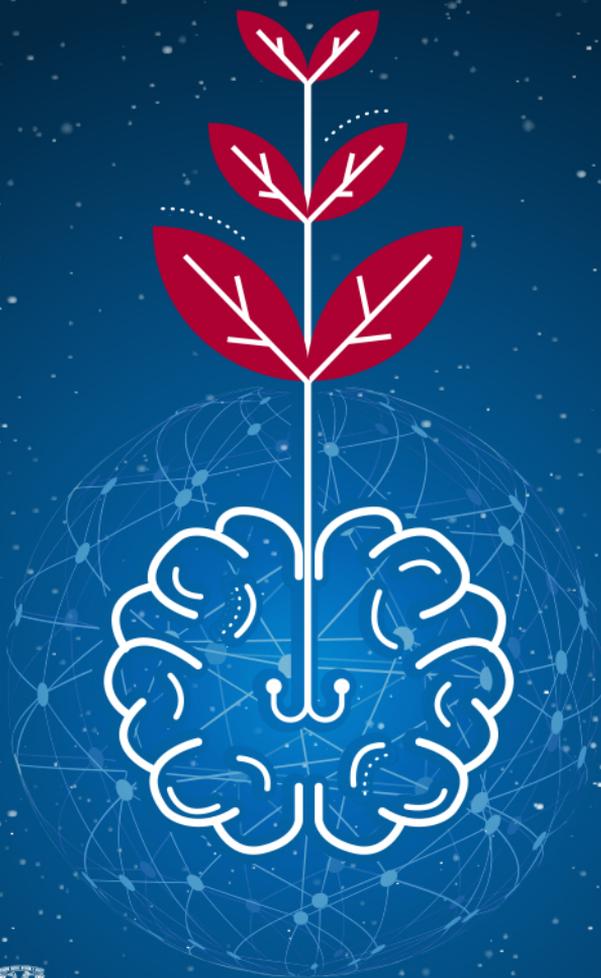


Aportaciones de la Psicología al bienestar del ser humano

Blanca Inés Vargas Núñez - Coordinadora



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Aportaciones de la Psicología al bienestar del ser humano

**Coordinadora
Blanca Inés Vargas Núñez**

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Autora: Blanca Inés Vargas Núñez.

Aportaciones de la Psicología al bienestar del ser humano.

UNAM, FES Zaragoza, febrero de 2021.

Peso: 6.9 MB.

ISBN: 978-607-30-4225-3.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños.

Diseño y formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Aportaciones de la Psicología al bienestar del ser humano.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía de Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía de Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Índice

Prólogo v

PRIMERA PARTE I

¿Dónde comienza la violencia? ¿terminaremos la violencia? 3
Blanca Inés Vargas Núñez

Intervención psicológica para pacientes con Enfermedad Pulmonar 15
Obstructiva Crónica
María Andrea Hernández Pérez,

Neuropsicología del tabaquismo 37
Leonor García Gómez

SEGUNDA PARTE 55

Variables psicológicas vinculadas al conflicto en el noviazgo 57
María Sughey López Parra

Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia 77
Ana Karen Talavera Peña

El ambiente familiar como predictores de rasgos de hipocondriasis depresión 101
e histeria en adolescentes escolares
Claudia Teresita Ruiz Cárdenas

Efectos de la discriminación percibida en una muestra de jóvenes mexicanos 121
Pedro Wolfgang Velasco Matus y Cristian Iván Bonilla Teoyotl

TERCERA PARTE

137

Tres experiencias de vida de la 3ª edad	140
Alberta José Tapia y María del Sagrario Bárcenas Gómez.	
La historia de Margarita. Altos y Bajos: Margarita Cruz Dávila	139
Lo más relevante de mi vida: Roberto Cruz Padrón.	144
La belleza de la vida: Pedro Rivas Sánchez.	147

Prólogo

Existe una gran aprobación al considerar que el bienestar constituye una dimensión esencial y determinante de la calidad de vida. De manera general la literatura muestra dos dimensiones del bienestar: el subjetivo y el psicológico.

El bienestar subjetivo es considerado como un indicador de la calidad de vida determinado por la interrelación entre características del ambiente y grado de satisfacción mostrado por el individuo. Las condiciones de vivienda, los recursos sanitarios en el entorno, la satisfacción con la salud, así como la autoestima, también en función del sexo, la edad de los individuos y el ámbito, rural o urbano, en que vivan.

El bienestar psicológico se focaliza sobre el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, concebidos ambos como los principales indicadores del funcionamiento positivo, así como en el estilo y manera de afrontar los retos vitales y en el esfuerzo y el afán por conseguir sus metas. Visto de esta manera, el constructo bienestar psicológico no dependería tanto de experiencias placenteras o displacenteras, sino que es el resultado del proceso de construcción personal basado en el desarrollo psicológico del individuo y en su capacidad para interactuar de forma armoniosa con las circunstancias que afronta en su vida.

El bienestar se puede abordar de diversas maneras. La presente obra, es un esfuerzo para mantener vigente el interés de buscar este bienestar y maneras de obtenerlo.

Es una colección de varios trabajos de una gran calidad, cimentados en diversas aproximaciones teórico-metodológicas. Que dan un gran aporte al conocimiento y entendimiento del individuo y su bienestar. Diversas maneras de compartir y reflexionar, como tener una buena calidad de vida, satisfacción, enfrentar los problemas de la vida.

Partiendo de esta idea de compartir y reflexionar, se tomó la decisión de dividir la presente obra en tres partes, para exponer con mayor detenimiento, las diversas áreas en donde está presente el bienestar: en reflexiones, en investigaciones y en la propia vida.

En una primera parte se presentan trabajos que hacen un recuento y reflexión, de lo que se ha presentado en violencia, intervención psicológica en pacientes con enfermedades

pulmonares, y del tabaquismo. Estos trabajos muestran cómo se puede deteriorar la calidad de vida, la autoestima, la salud.

En una segunda parte están los trabajos de investigación sobre conflicto en el noviazgo, el ambiente familiar de adolescentes y la depresión e hipocondriasis, la intervención psicológica basada en la evidencia, discriminación en jóvenes mexicanos. Estos trabajos muestran cómo se puede estropear el bienestar en adolescentes.

En la tercera parte, como corolario del bienestar, se consideró muy importante el incluir la narrativa de la vida de algunas personas de la tercera edad. Para lograr este objetivo, se acudió con la Psicóloga María del Sagrario Bárcenas de la Clínica Gerontológica Vicente García Torres SNDIF, se le explicó el propósito del presente libro, y que se invitaba a las personas de la Clínica, que quisieron compartir sus vivencias. Ella compartió la inquietud con ellas y tres personas fueron las que aceptaron participar. Las vivencias que se presentan son los resultados de la construcción personal del desarrollo psicológico del individuo y su manera de interactuar con las circunstancias que afrontan en sus vidas, tres historias de vida, de personas de la 3ra. edad, escritas por sus propios autores. Esta última parte es una gran experiencia para nuestro propio entendimiento, reflexión de la vida y aprendizaje para tener un buen bienestar.

Espero que esta obra le sea de gran utilidad en la construcción de su propio bienestar.

Dra. Blanca Inés Vargas Núñez
Coordinadora

Primera parte

*El desear estar bien es una parte
de lograr estar bien.*

(Seneca, filósofo romano).

¿Dónde comienza la violencia?

¿Terminará la violencia?

Blanca Inés Vargas Núñez¹

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Universidad Nacional Autónoma de México

La violencia y la discriminación han estado presentes desde tiempos inmemorables. Se puede pensar que la violencia surgió con el nacimiento de la humanidad, desde que Caín mató a Abel, se ha seguido dando esta violencia de una persona a otra.

La alusión a la violencia se encuentra en diversas religiones y hechos históricos. En Arabia Saudita se observa la lapidación de las mujeres adúlteras (Velázquez, 2003). En Deuteronomio 25 11-12, se indica que, en una pelea, si la mujer “accidentalmente” toca el órgano genital masculino, se le corta la mano. En China, el infanticidio de bebés niñas fue un método utilizado en lugares rurales para librar del exceso de bocas que alimentar y a las madres se les maltrataba, golpeaba y humillaba por no haber sabido concebir al hijo varón deseado (Aries y Duby, 1985; Falcón, 1991, 2005).

No obstante que las civilizaciones han mostrado un desarrollo económico, social y que se comenzaban a tener códigos y normas que les ayudaran a regir y gobernar a sus conciudadanos, la violencia continuaba. Un ejemplo es el Imperio Romano. A pesar de sus reformas sociales, económicas, políticas, culturales, la nobleza tenía el poder y oprimía a los plebeyos y esclavos (Grant, 1993).

Otro ejemplo, han sido las guerras mundiales (Bosemberg, 2006) en particular, en el tiempo de Hitler, la creación de los campos de concentración. En donde hubo un gran exterminio de hombres, mujeres y niños. Hitler concentró las fuerzas más siniestras de la historia alemana en la “destruictividad vengativa” y en el dominio (Bullock, 1952). Así como también, el genocidio en el siglo XX con la matanza de armenios a manos de los turcos, abriendo así una era de violencia masiva.

¹ Contacto ines_12_12@hotmail.com, ines.vargas@zaragoza.unam.mx

Hans-Ulrich Wehler (1979, citado en Bosemberg, 2006) en su análisis sobre las guerras que se han dado, considera que éstas no fueron el resultado de una planificación a largo plazo sino de la incapacidad de las élites para afrontar los problemas de un mundo que se estaba democratizando.

Violencia en época actual

La violencia se ha diversificado. Ya no solamente es entre países. Actualmente se ha centrado en la violencia entre narcotraficantes, violencia hacia la mujer, hacia los hombres, hacia los niños y niñas, es decir el ser humano contra el ser humano.

Scheper-Hughes y Bourgois (2004) consideran que la violencia es un concepto escurridizo. Puede ser “todo o nada, legítima o ilegítima, visible o invisible, necesaria o inútil, sin sentido o gratuita, pero también altamente racional y estratégica” (p. 1-2).

La violencia ha sido un problema mundial que afecta a toda la humanidad, a mujeres, a hombres, a niños, a ancianos, de todas las clases sociales, de todas las culturas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en su Informe Mundial sobre la violencia interpersonal² y la salud, considera que la violencia es un problema de salud pública en el mundo, debido a que cada año, más de 1.6 millones de personas pierden la vida de esta manera. La OMS ha establecido que el número de asesinatos por 100,000 habitantes es un indicador internacional para medir los niveles de violencia en una sociedad. En 2012 hubo 475 000 muertes por homicidio. (60% varones de entre 15 y 44 años). En los países de ingresos bajos y medianos, las tasas estimadas de homicidio más elevadas se registran en la Región de las Américas, con 28,5 homicidios por 100 000 habitantes, seguida de la Región de África con una tasa de 10,9 homicidios por 100 000 habitantes.

La violencia es un problema que en México afecta a individuos, instituciones y sociedad en general, con efectos negativos en la economía, la política local, la salud y la cultura (Blair, 2009; Briceño-León, 2008; Peñaloza y Garza, 2002).

Este índice de violencia se ha incrementado considerablemente en la población. La tasa de homicidio juvenil se triplicó en tan solo dos años, de 2008 a 2010, llegando a 26,5 homicidios

² La violencia interpersonal es distinta de la violencia autoinfligida y la violencia colectiva, de las que no se ocupa el informe.

por 100.000 habitantes. Los jóvenes no son solamente víctimas, son también la mayoría de los agresores, más del 50% de los delitos en México en 2010 fueron cometidos por jóvenes menores de 30 años (Banco Mundial, 2012, junio).

La Encuesta Nacional del Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad (ICESI) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) da a conocer que en 2019 en la CDMX el 88.8 % de la población a nivel nacional se percibía insegura por la violencia. Las mujeres puntúan ligeramente por encima de los hombres en la percepción de su inseguridad (66,8% para mujeres y 63% para hombres).

El 66% de los encuestados manifestó haber abandonado alguna actividad por temor a ser víctima de la violencia. Entre las actividades que más habían abandonado están: usar joyas, salir de noche, llevar dinero en efectivo y permitir salir a hijos menores. A la pregunta expresa de si cuando sale de su casa lo hace con el temor de ser víctima de algún delito, el 31,5% contestó entre frecuentemente y siempre, 33,7% ocasionalmente, y otro 33,3% dijo nunca salir con temor; es decir, dos tercios de la población se sienten afectados por su percepción de la violencia social (INEGI, 2017).

En México, en 1990, la muerte por homicidio fue de 14,451 (12,932 hombres y 1,519 mujeres), en 2010 fue 25,757 (23285 hombre y 2418 mujeres), en 2018 fue 36 685 (32765 hombres y 3752 mujeres) (INEGI 2020) y de enero a junio de 2019 se registraron 17 165 homicidios (15 391 hombres y 1774 mujeres, INEGI 2019)

¿Qué es la violencia?

La Organización Mundial de la Salud, (2014) considera que la violencia es el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte.

Beck (2003) menciona que la violencia es un comportamiento deliberado, que provoca, o puede provocar, daños físicos o psicológicos a otros seres, y se asocia, aunque no necesariamente, con el ataque físico, ya que también puede ser psicológica, emocional o política, a través de amenazas, ofensas o acciones.

Falcón (2005) resume el concepto de violencia como un acto u omisión intencional que transgrede un derecho, ocasiona un daño y busca el sometimiento y control de la víctima

Johan Galtung (2013) quien define la violencia como “afrentas evitables a las necesidades humanas básicas y más globalmente contra la vida, que rebajan el nivel real de satisfacción de las necesidades por debajo de lo que es potencialmente visible”.

Como se puede leer, a la violencia se le ha definido de diversas formas, siendo lo central, el ataque físico o verbal de una persona hacia otra con el objetivo de someterla y controlarla. Probablemente ya no sea necesario el dar otra definición sino el detenerse a reflexionar, por qué a pesar de tantos programas preventivos, de la creación de leyes que hablen de igualdad de género, de aumentar los años de reclusión de los agresores, la violencia no solo continúa, sino que la percepción de la sociedad es que ha ido en aumento, al grado de que el homicidio de una mujer, ahora se ha elevado al rango de feminicidio. Tal vez sea momento de volver al origen de la violencia, al ser humano, y preguntarse porque intencionalmente se lastima al prójimo. Violenta fue la conquista española, violento el esclavismo, violenta la independencia, violentos los procesos de apropiación de las tierras y de expropiación de los excedentes. Esta violencia es a nivel macro, pero hay que considerar que esa violencia no urge de la nada, sino que está en el individuo mismo, hay alguien que decide atacar, lastimar y continúa como una bola de nieve, por eso la pregunta ¿Qué pasa a nivel individual? ¿qué pasa con esta violencia cotidiana, que día a día se vive? ¿Qué pasa en este inicio? La violencia cotidiana es esa forma de maltrato que se escapa de las manos. Es la que ciega y amenaza, empequeñece y bloquea. La frialdad, la indiferencia, la falta de comunicación, de afecto y de atenciones, el mal humor y las exigencias, son también formas de violencia que hacen infelices a los que la sufren. El insulto al vecino porque se estacionó medio metro en la banqueta, el insulto porque alguien empujó en el metro. Si se es conscientes de esta violencia que hay en nosotros, ¿porque la seguimos alimentando?

¿Dónde comienza la violencia?

Las primeras experiencias de la violencia, generalmente se viven en la intimidad del hogar, lugar considerado que es el espacio protector por excelencia. Así, por ejemplo, la violencia de los “métodos” de educación infantil legitiman una cierta forma de socialización originada en la intimidad familiar, que reproduce conductas violentas, de los padres a los hijos. En la familia, los hijos observan como el papá trata a la mamá y viceversa. Observa que el padre grita y la mamá también. Va asimilando los estereotipos que la sociedad inculca. Los estereotipos que identifican características típicas de una población o del hombre y la

mujer (Pérez-Montfort, 2007). A pesar de las diferentes acciones que se están llevando a cabo en materia de igualdad (Lagarde, 2003; Torres, 2005) todavía siguen estando vigentes algunos estereotipos, que son estas creencias sociales de un grupo de personas que tienen cualidades en común como la pertenencia a determinados grupos o categorías sociales» y de acuerdo con Luengo y Blázquez (2004), los estereotipos son imágenes simplificadas sobre personas o grupos que son compartidas por un gran número de personas. Uno de los estereotipos que ha contribuido a la generación de violencia, es el que al hombre se le considera el proveedor, cuidador de la mujer y la mujer es la que está en la casa haciendo limpieza y cuidando hijos. El hombre es fuerte y la mujer es débil. Esto se observa muy claro en todos los comerciales en donde se anuncia productos de limpieza, en donde la mujer es el centro (Gutiérrez e Ibáñez-Ibáñez, 2013). La mujer que no cumple con este estereotipo, entre otras cosas, es agredida por su pareja. El hombre que no cumple con su estereotipo es considerado mandilón, dejado, poco hombre. Son estereotipos que siguen contribuyendo a la violencia. Un ejemplo es que en la familia se enseña a mentir, ahí se aprende que los problemas se resuelven a gritos y golpes, a llantos y amenazas. El hijo observa cómo la mujer chantajea al marido, con no dejar ver a sus hijos, porque no le cumplió una promesa (Vargas-Núñez, 2008).

De la ficción a la realidad

Ya no se ve una serie de televisión violenta, crímenes, sino que ocurren enfrente de la persona y muy frecuentemente se es víctima de la violencia. Esta situación hace preguntarse, ¿por qué las personas se lastiman entre ellos? ¿Por qué las personas ponen piedras en el camino de los demás?

Se ha detallado bastante la violencia en diversos ámbitos, feminicidio, agresión a los niños, hacia los ancianos, hacia los hombres. Matanzas de estudiantes. En los titulares de los periódicos, se lee: “Feminicidios en México: A pesar de la fuerza que cobra el movimiento feminista en México, lo asesinatos de mujeres continúan sucediéndose de forma alarmante en todo el país: tan sólo en el primer mes del 2020 ocurrieron 73 feminicidios, de acuerdo con las cifras del Sistema Nacional de Seguridad Pública” (Infobae, 2020).

La violencia, como el monstruo de mil cabezas, parece no tener fin. Todo lo que hasta la fecha se ha realizado tanto institucionalmente, como de las sociedades de mujeres y gubernamentales, no ha sido suficiente para detenerla. ¿Qué es lo que no se está haciendo?

Al hacer un análisis de los discursos que se han dado sobre la violencia, da la impresión de que está afuera del ser humano, como si tuviera vida propia y por lo tanto no se puede controlar. Pero no se ha analizado que la violencia está dentro del ser humano. Es decir, ¿Qué le pasa al hombre que mata a una mujer? ¿Por qué las odia? ¿Será que, de acuerdo con Freud, odia a su madre, odia a la mujer que puede llevar dentro? Es decir, no acepta su homosexualidad y por eso mata a la mujer, como un intento de que desaparezca, sin que lo logre. Y como no se puede matar el mismo, trata de matarlo en la mujer. ¿Qué cambios ha habido en esta sociedad que está haciendo que los hombres maten a las mujeres y viceversa? ¿Cómo se están educando a los hombres que como resultado matan a las mujeres? Por otra parte, hay otro nivel de violencia, no se necesita matar a alguien para ser violentos, es suficiente con insultar, no ayudar al semejante, decir mentiras, dar falsos testimonios, para permitir que la violencia que hay en nosotros, la violencia, ese mal que nos habita, salga y cause daño.

Esta violencia que nos habita la cual eventualmente ejercemos hacia nuestro semejante. Cuando hacemos trampa para que se le dé un trabajo a un amigo y no a la persona que realmente lo merece.

La violencia, este monstruo de mil cabezas, no se sabe cómo terminarla. Pero hay una violencia que puede ser más probable que se pueda controlar, y pudiera ser el inicio. La violencia que hay dentro de cada uno individuo.

Se critica a los que insultan a la mujer, pero no nos criticamos por mentir y falsear información. No se ve la maldad que habita en nosotros. Es indignante que maten a una infanta, pero no nos indignamos cuando matamos a alguien con un falso testimonio. Si se comienza con el control de la violencia que nos habita, probablemente sería el inicio del fin.

Características personales de violencia

Sanmartín (2002) comenta que el ser humano es agresivo por naturaleza, pero violento por cultura. La violencia es una alteración del equilibrio del sujeto dada principalmente por la cultura. La violencia está mediatizada por ideas y sentimientos adquiridos en la familia, los amigos, en el medio ambiente. Sanmartín (2002) plantea una hipótesis que parece bastante plausible: el arte de matar ha ido poniendo a la víctima cada vez más lejos del atacante, difuminándola. Cuando los ojos no ven las expresiones emocionales de la víctima, el inconsciente no es impactado y no hay reacción instintiva alguna que se traduzca en la

inhibición del despliegue agresivo. ¿Por qué no les afecta las expresiones emocionales de sus víctimas? ¿Qué ocurre con sus controladores innatos de la agresión?

Con el objetivo de investigar sobre los rasgos de violencia que hay en el individuo Vargas-Núñez (2014) desarrolló y validó una escala que mide las características personales de violencia y encontró las siguientes características. En la Tabla 1 se muestran los factores y sus definiciones.

Tabla 1. Escala características personales de violencia. Factores y sus definiciones Vargas (2014).

HUMILLACIÓN	Agredir a la persona porque se piensa que es inferior. Se le insulta porque no hace lo que se le pide. Cualquier comportamiento que realice que esté en desacuerdo con uno, es causa de insultos y agresiones.
REMORDIMIENTO HACIA LA PAREJA	Sentirse culpable por agredir o insultar a la pareja. El ser consciente de que es malo el insultar a la pareja.
REMORDIMIENTO HACIA LA GENTE	Sentirse culpable por agredir o insultar a la gente. El ser consciente de que es malo el insultar a la gente
DESQUITE	Cuando alguien me hace enojar, busco el desquitarme con mi pareja porque no la considero un ser humano
CONTROLADO(A)	Se siente controlado(a). La pareja tiene que pedir permiso para cualquier actividad que realice fuera de la casa.
MI PAREJA ES LA CULPABLE	Considera a la pareja, culpable de que la insulte, porque no hace lo que se le pide.
EL OTRO ME ESTORBA	Agredir a la gente porque se piensa que es inferior, porque le estorba
PERCIBIR MIEDO EN EL OTRO	Me doy cuenta de que la persona a la que agredo me tiene miedo.
CELOS	Siente Celos de que su pareja se vea atractiva(o) porque piensa que lo va a dejar.
NO PERCIBO MIEDO EN EL OTRO	Cuando agredo a una persona no percibo su miedo, no veo sus emociones en la cara. No la(o) veo como un ser humano.

El principal factor de violencia es el humillar a la persona porque se le considere inferior, el sentir o no remordimiento sobre la violencia que se ejerce hacia el otro. El que el otro le estorbe y por eso lo agrede. El considerar que la pareja es la culpable de lo que pasa y por eso pretexto el golpearla o lastimarla. El percibir o no el miedo que tiene la otra persona cuando es golpeada. Concuerda con lo planteado por Sanmartín (2002), en donde las personas agresoras consideran que es natural el defenderse de la “agresión” que sufre por parte de los demás o de su pareja. Por eso humillan. Sinay (2006) comenta que estas personas sufren de una actitud de “analfabetismo comunicacional” y que al ser conscientes de esta actitud que se tiene hacia los demás, puede hacer que las personas se detengan de agredir. Los resultados de la presente investigación indican que la mujer es la que siente más remordimiento hacia la pareja, hacia la gente, es la que se siente controlada, se desquita de la pareja y percibe el miedo que las personas sienten. Esto probablemente se deba a que la mujer ha sido mayormente maltratada o a factores culturales.

En este orden de ideas de identificar los rasgos de violencia, Vargas-Núñez, López-Parra y Cortes-Martínez (2020) encontraron que tanto hombres como mujeres, son conscientes de las palabras que pueden usar con la pareja, cuando buscan pelea y cuando buscan agredir. Estos resultados pueden indicar que la persona se da cuenta de su propia violencia y no la controla. En la tabla 2, se muestra lo que hombres y mujeres hacen y dicen cuando buscan pelea.

Con relación a lo que hacen, ambos indican que le grita, ignora, empuja, insulta y le reclama sin sentido, siendo ésta última en donde le afecta más a la mujer. En relación con lo que dicen, ambos coinciden en: siempre haces lo mismo, inútil y floja(o), siendo este último en donde el hombre se molesta más cuando se lo dicen. Duarte, Gómez, y Carrillo (2010) encontraron que las creencias que hombre y mujeres tienen sobre la masculinidad y hombre maltratador pueden provocar violencia. Como ya se comentó, qué cambios está habiendo en la masculinidad, que está incrementando el buscar pelear con las mujeres. De igual manera, que cambios está habiendo en la femineidad, que hace que las mujeres también busquen pelear con su pareja.

Vargas-Núñez, López-Parra y Cortes-Martínez (2020) también mostraron que cuando se busca agredir a la pareja, el tipo de palabras que ambos dicen, suben de nivel: tonta(o), pendeja(o), inútil, foja(o) hija(o) de la chinada, groserías. Lo mismo pasa con lo que hacen: grita, me empuja, nada, me insulta, manotea, golpea (ver tabla 3). Estos resultados muestran que ambos son conscientes de las palabras y acciones que pueden dañar y agredir. Y que las llevan a cabo. Comprobando nuevamente que las personas se dan cuenta de su propia violencia y no la controla.

Tabla 2. Se muestran las respuestas dadas en las redes semánticas a las preguntas ¿Qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo? 2 ¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo?, que hombres y mujeres coinciden.

ME DICE-BUSCA PLEITO				ME HACE-BUSCA PLEITO			
	MUJER	HOMBRE			MUJER	HOMBRE	
NR	PS	PS	Chi cuadrada	NR	PS	PS	Chi cuadrada
siempre haces lo mismo	135	129	0.14	grita	261	396	27.74***
Floja (o)	27	46	4.95 *	me ignora	144	218	15.13***
inútil	27	33	0.60	me empuja	46	168	69.55***
				insulta	99	111	0.69
				reclama sin sentido	92***	33	27.85

***p= .001 **p= .01 *p= .05 (Tomado de Vargas-Núñez, López-Parra y Cortes-Martínez, 2020).

Tabla 3. Se muestran las respuestas dadas en las redes semánticas a las preguntas ¿qué me dice mi pareja cuando me agrede? Y ¿Qué me hace mi pareja cuando me agrede?, en hombres y mujeres.

ME DICE- AGREDE				ME HACE- AGREDE			
	MUJER	HOMBRE			MUJER	HOMBRE	
NR	PS	PS	Chi cuadrada	NR	PS	PS	Chi cuadrada
Tonta(o)	115	283	70.91 ***	grita	422	427	0.03
Pendeja(o)	80	143	17.80 ***	me empuja	124	275	57.15***
inútil	85	90	0.14	nada	70	99	4.98 *
Floja(o)	27	57	10.71**	me insulta	202	110	27.13***
Hija(o) de la chingada	29	55	8.05 **	nunca me ha agredido	202	105	30.65 ***
grosería	70	85	1.45	me ignora	142	149	0.17
nunca me ha agredido	130	38	50.38 ***	manotea	28	52	7.20 **
				golpea	78	112	6.08 **

***p= .001 **p= .01 *p= .05 (Tomado de Vargas-Núñez, López-Parra y Cortes-Martínez, 2020).

A manera de reflexión

¿Terminaremos la violencia?

Ya se comentó que la violencia es como el monstruo de mil cabezas. En un extremo hay violencia entre naciones, y en otro hay violencia entre dos personas. Se sabe cómo comenzar un pleito, una discusión, Y lo grave es que no las personas no se detienen, seguimos hasta completar el objetivo. Si en la próxima discusión, si yo me detengo y no contesto o si yo me detengo y no digo o hago algo para continuar, probablemente abre dado un paso para evitar mi violencia y enseñar a los demás a evitarla. Una tarea difícil que tenemos.

REFERENCIAS

- Aries, P. & Duby, G. (1985). *Historia de la vida privada*. Ed. Madrid: Taurus
- Azaola, E. (2012) La violencia de hoy, las violencias de siempre *Desacatos*, núm. 40, septiembre-diciembre, pp. 13-32 Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Distrito Federal, México
- Bullock, A. (1952). *Hitler: A Study in Tyranny* (Londres: Odham).
- Bosemberg, L. E. (2006). Las guerras mundiales: problemas y controversias en torno a los orígenes *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, núm. 33, 2006, pp. 289-309 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia
- Falcón, L. (1991). *Violencia contra la mujer*. Madrid: Vindicación feminista.
- Falcón, T. M. (2005). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Grant M. (1993) *The History of Rome*. Ed. Faber and Faber.
- INEGI (2019). <https://sinegi.page.link/vBT8> <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2020/EstSociodemo/DefunHomicidio.pdf>
- INEGI (2020). <https://sinegi.page.link/vBT8> https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?proy=
- Infobae (2020) <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/02/23/feminicidios-en-mexico-los-cinco-estados-con-mas-ataques-contra-mujeres-en-enero-de-2020/>

- Gutiérrez-Esteban, P. & Ibáñez-Ibáñez, P. (2013) ¿Cómo se transmiten los estereotipos culturales y sexistas a través de las imágenes de las TIC, en los libros de texto? *Enseñanza & Teaching*, 31, 1-2013, 109-125.
- Lagarde, M. (2003). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Nacional Autónoma de México. Colección de Posgrado.
- Organización Mundial de la salud, OMS (2014). Informe sobre la situación mundial de la prevención mundial de la violencia. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf;jsessionid=C094AC0621CF76464A52E1FB7655CF1B?sequence=1.
- Pérez-Montfort, R. (2007) *Expresiones populares y estereotipos culturales en México. Siglo XIX y XX. Diez ensayos*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. México: Ariel.
- Sinay, S. (2006). *La Masculinidad tóxica*. México: Ediciones B. Gripo Zeta
- Torres, F. M. (2005). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Vargas- Núñez, B. I. (2008). *Factores culturales, estructurales y psicológicos en la violencia doméstica: un modelo explicativo*. (Tesis inédita de Doctorado no publicada), Universidad Nacional Autónoma de México, México, D. F
- Vargas-Núñez, B. I. (2014). Desarrollo y validación de la escala características personales de violencia. *La Psicología Social en México*, vol. XV, 832-838. ISBN 978-607-96539-2-7.
- Vargas-Núñez, B. I., López-Parra, M. S. & Cortes-Martínez E. (2019) ¿Qué se hace y dice para violentar a la pareja? Diferencias por sexo, *Memorias del XXVII Congreso Mexicano de Psicología*.
- Vargas-Núñez, B.I. López-Parra & Cortes-Martínez (2020). ¿Es posible terminar el círculo de violencia? Aportaciones a la Psicología. EN PRENSA
- Velázquez, S. (2003) *Violencias cotidianas, violencia de género*. México: Paidós.

Intervención psicológica para pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

María Andrea Hernández-Pérez³

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Ismael Cosío Villegas

En el presente capítulo se abordará la evidencia más actual relacionada a las intervenciones psicológicas en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), siendo una enfermedad crónico degenerativa requiere una atención integral, que incluya la valoración y atención de variables biopsicosociales, por lo que se muestra un panorama de acción disponible para los psicólogos, con énfasis en las áreas de oportunidad, en las cuales es posible generar líneas de investigación que puedan contribuir a la generación de evidencia sobre efectividad de las intervenciones diseñadas e implementadas por psicólogos, lo cual apoya a la incursión del psicólogo dentro de escenarios hospitalarios y en la salud pública en general.

Debido a la transición epidemiológica experimentada, que conocemos como el cambio en los patrones de enfermedad; transcurriendo de enfermedades infecciosas a mayores prevalencias de enfermedades crónicas, que sabemos van acompañadas de factores de riesgo de tipo conductual, representados en estilo de vida y comorbilidades psicológicas asociadas, surge la necesidad de capacitar a los psicólogos en los contextos de salud; para que sean capaces de valorar de manera objetiva una condición psicológica, bajo criterios de rigor científico, empleando mediciones fisiológicas, bioquímicas y psicosociales.

Siendo también los psicólogos capaces de diseñar e implementar programas de intervención basados en evidencia, para atender las necesidades psicológicas de los pacientes con distintas enfermedades crónicas. Por lo que resulta imprescindible dotar a los psicólogos de dichas herramientas clínicas necesarias para integrarse a un equipo interdisciplinar, que así contribuya a mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC y con ello el pronóstico de la enfermedad.

³ Contacto andrea.hde@gmail.com

Se comenzará describiendo la epidemiología de la enfermedad, para después definirla, se analizarán las principales variables de estudio psicológicas reportadas en pacientes con EPOC, acompañadas de las intervenciones y su efectividad reportada, en un esfuerzo por resaltar el conocimiento actual e identificar las necesidades para futuras líneas de investigación.

Epidemiología de la EPOC

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) representan un problema de salud pública importante en el mundo y en México, las cuatro principales enfermedades reconocidas por indicadores de prevalencia y mortalidad, son las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), Cáncer, Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC) y diabetes, esos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Perteneciendo las ERC a unas de las cuatro ENT principales, requiere una atención integral, con la finalidad de reducir la tasa de morbilidad, de incapacidad y de muertes prematuras, mejorando la calidad de vida de los pacientes, lo cual es una de las metas clave en los sistemas de salud nacional e internacional.

Las ERC son enfermedades crónicas de las vías respiratorias y otras estructuras del pulmón. El asma, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), las alergias respiratorias, las enfermedades pulmonares de origen laboral y la hipertensión pulmonar son algunas de las más frecuentes (World Health Organization, 2019).

La EPOC es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo, la cual induce una carga económica y social que es sustancial y creciente (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD, 2020). El estudio de la Carga Global de Enfermedad informa una prevalencia tan sólo en el año 2016 de 251 millones de casos de EPOC, siendo la cuarta causa de muerte a nivel mundial, en el mismo informe la proporción de mortalidad reportada en México fue de 6% (World Health Organization, 2018). Según The Global Burden of Disease Study (2013), se encuentra dentro de las principales causas de años perdidos por muerte prematura, años vividos con discapacidad y años de vida saludable perdidos.

En México la EPOC se encuentra dentro de las diez principales causas de muerte, en el grupo de 65 años o más es la quinta causa de muerte, se reporta un total de 22 954 defunciones

ocasionadas por EPOC. La tasa de defunciones sigue una tendencia de incremento, considerando desde el año 2008 hasta el año 2017, como se observa en la Figura 1 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018).

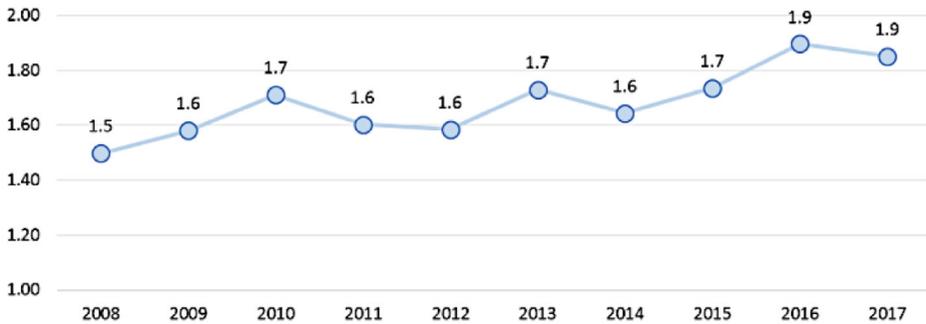


Figura 1. Tasa de defunciones registradas por enfermedad pulmonar obstructiva crónica por cada 10,000 habitantes.

En cuanto a la morbilidad en México, no existen datos específicos a nivel nacional, sin embargo; reportes en la Ciudad de México indican que la EPOC se ubica en el cuarto lugar en la tabla de morbi-mortalidad anual (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, 2017).

Definición, descripción y síntomas de EPOC

Es una enfermedad común, prevenible y tratable, que se caracteriza por síntomas respiratorios persistentes y limitación del flujo aéreo que se debe a anomalías de las vías respiratorias y/o alveolares, generalmente causadas por una exposición significativa a partículas o gases nocivos (GOLD, 2020).

La principal causa de la EPOC es la exposición al humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). Otros factores de riesgo son: la contaminación del aire de interiores (por ejemplo, la derivada de la utilización de combustibles sólidos en la cocina, como biomasa y la

calefacción); la contaminación del aire exterior; la exposición laboral a polvos y productos químicos (vapores, irritantes y gases) y/o las infecciones repetidas de las vías respiratorias inferiores en la infancia (Organización Mundial de la Salud, 2017).

EPOC es un término en el que se incluye la bronquitis crónica, el enfisema y una combinación de ambas enfermedades. Los principales síntomas son (American Thoracic Society, 2015; GOLD, 2020):

Disnea, un síntoma cardinal de la EPOC, es una de las principales causas de la discapacidad. Los pacientes con EPOC describen su disnea como una sensación de mayor esfuerzo para respirar, pesadez en el pecho, falta de aire o jadeo.

Tos, es a menudo el primer síntoma de EPOC y el paciente la descarta con frecuencia como consecuencia esperada de fumar y/o exposiciones ambientales. Inicialmente, la tos puede ser intermitente, pero posteriormente puede estar presente todos los días, a menudo durante todo el día, la tos crónica en la EPOC puede ser productiva o improductiva.

Producción de esputo (secreción o flema), los pacientes con EPOC comúnmente generan pequeñas cantidades de esputo al toser. La producción regular de esputo durante más de tres meses o dos años consecutivos (en ausencia de cualquier otra condición que pueda explicarlo) es la definición clásica de bronquitis crónica. Además, la producción de esputo puede ser intermitente con períodos de brote intercalados con períodos de remisión.

Para el diagnóstico de EPOC, se requiere una valoración multidimensional que incluya identificación de la sintomatología ya citada, acompañada de una valoración con espirometría; la cual es la medida más reproducible y objetiva de la limitación del flujo de aire, es una prueba no invasiva y fácilmente disponible, a pesar de poseer buena sensibilidad, la medición del flujo espiratorio máximo por sí sola no puede utilizarse de manera confiable como la única prueba de diagnóstico debido a una especificidad débil. La espirometría mide el volumen de aire exhalado por la fuerza desde el punto de máxima inspiración (Capacidad Vital Forzada, FVC) y el volumen de aire exhalado durante el primer segundo de esta maniobra (Volumen Espiratorio Forzado en un segundo, FEV₁) y la proporción de estas dos mediciones (FEV₁/ FVC). Las mediciones de espirometría se evalúan a través de una comparación con los valores de referencia; en función de la edad, la altura, el sexo y la raza (GOLD, 2020).

En México se cuenta con parámetros mexicanos establecidos por Pérez-Padilla, Regalado y Vázquez (2001), los cuales consisten en la presencia de un FEV1/FVC post-broncodilatador $<0,70$ confirma la presencia de limitación persistente del flujo de aire y, por lo tanto; de EPOC, en pacientes con síntomas citados y exposiciones significativas a estímulos nocivos, de manera crónica.

Variables psicológicas asociadas a EPOC

Ansiedad y depresión

Dentro de las principales variables que han sido estudiadas en EPOC, se ubican la ansiedad y depresión, las cuales son extremadamente comunes en personas con EPOC, y han sido objeto de investigaciones en las últimas décadas (Yao et al., 2020; Pierobon et al., 2017; Pooler y Beech, 2014). La literatura no sólo respalda que la EPOC es un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión y/o ansiedad, sino que su presencia también puede conducir a un mal pronóstico de la EPOC. Dicha comorbilidad afectiva (ansiedad y depresión) han sido incluidas en las más recientes Guías de Práctica Clínica para pacientes con EPOC, debido a sus significativos indicadores de prevalencias, morbilidad y mortalidad de la enfermedad.

Estudios sobre comorbilidades asociadas con EPOC, que representan prevalencias y riesgos son los llamados Comorbidomas, que muestran de una manera muy representativa las comorbilidades en dicha enfermedad, incluyendo sus asociaciones con tasas de prevalencia y mortalidad. En las Figura 2, se muestra el más reciente Comorbidoma publicado, que incluye las principales comorbilidades asociadas con EPOC, se puede interpretar de acuerdo con el área del círculo, proximidad al centro y color de las burbujas. El área del círculo se relaciona con la prevalencia de la enfermedad. La proximidad al centro (mortalidad) expresa la fuerza de la asociación entre la enfermedad y el riesgo de muerte (razón de riesgo). Los colores de las burbujas representan los distintos sistemas en el ser humano: 1) cardiovascular (rojo), que incluye hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica, enfermedad cerebrovascular; 2) trastornos metabólicos (marrón), incluyendo obesidad abdominal, diabetes mellitus, dislipidemia, anemia, insuficiencia renal crónica, osteoporosis; 3) trastornos mentales (azul), representado por depresión, demencia y ansiedad; 4) enfermedad respiratoria (verde), la apnea obstructiva del sueño; 5) neoplasia (negro) (Almagro et al., 2015).

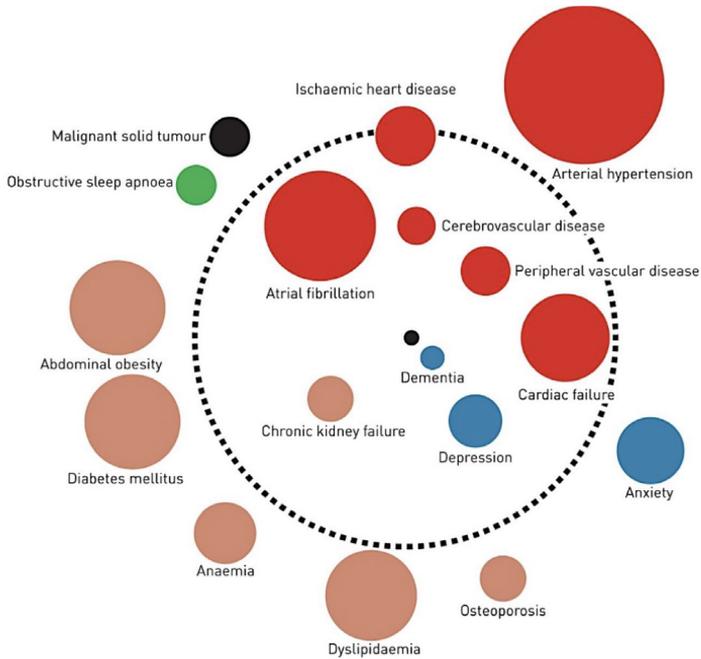


Figura 2. Comorbidoma de EPOC.

La prevalencia de ansiedad y depresión que se reporta en diversos estudios oscila de 15 a 40%, son reconocidas como importantes comorbilidades en EPOC (Pooler y Beech, 2014; Almagro et al., 2015; Putcha et al., 2015; GOLD, 2020).

Koskela et al. (2014) demostraron la contribución de múltiples comorbilidades a la mala calidad de vida relacionada con la salud en una gran cohorte de pacientes hospitalizados con EPOC, se encontró que la asociación más fuerte con la calidad de vida fue con los trastornos mentales (ansiedad y depresión).

La calidad de vida de un paciente crónico puede ser especialmente complicada por la depresión, la cual puede llevar al paciente a un círculo vicioso; el estado de ánimo deprimido disminuirá la capacidad necesaria para hacer frente a la enfermedad crónica, los síntomas físicos serán menos tolerables y el efecto agotador de la enfermedad puede estar relacionado con el estado de ánimo deprimido (Pooler y Beech, 2014).

Un metaanálisis basado en siete estudios estimó que el aumento del riesgo de muerte asociado con la depresión en la EPOC fue del 83% (RR: 1,83; IC del 95%: 1,00–3,36) (Atlantis et al., 2013). La depresión también se ha relacionado con otros resultados, incluida una peor capacidad de ejercicio, estado de salud y calidad de vida, reingresos de hospitalización, disnea, riesgo de exacerbación e incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, así como pobre adherencia terapéutica (Huerta, 2013; Jarab y Mukattash, 2019).

Otros estudios han puesto de manifiesto indicadores de tipo bioquímicos como el aumento de los marcadores inflamatorios que se ha documentado en la EPOC. En una muestra de población de adultos mayores, los niveles elevados de biomarcadores inflamatorios interleucina-6 y proteína C reactiva se explicaron en parte por la asociación de síntomas depresivos con obstrucción pulmonar (Lu, 2013; Huerta, 2013).

La ansiedad en pacientes con EPOC está íntimamente relacionada con el miedo a los ataques de disnea aguda y esencialmente con la sensación de asfixia y el miedo a la muerte. La evidencia también sugiere relaciones fisiopatológicas entre disnea, hiperventilación y ansiedad. La investigación fisiológica ha demostrado que la frecuencia respiratoria aumenta con la ansiedad y que el patrón de respiración rápida y superficial resultante empeora notablemente la disnea en la EPOC. Los factores fisiológicos comunes clave en la EPOC son el aumento de la carga ventilatoria, la capacidad ventilatoria reducida y el aumento del impulso respiratorio neural, la hiperinflación y la disociación neuromecánica, que conducen a un desajuste eferente-aférente, que es fundamental para el origen de la disnea (Tselebis et al., 2016).

También se ha demostrado que la coexistencia de trastornos de ansiedad y EPOC da como resultado una mayor tasa de asistencia hospitalaria y aumenta dosis de fármacos como broncodilatadores, corticosteroides inhalados y antibióticos; como resultado adicional, causa una mayor incidencia y gravedad de efectos adversos (Pooler y Beech, 2014; Uchmanowicz et al., 2016).

Apoyo social

Se ha encontrado que el apoyo social resulta una variable significativa en enfermedades crónico-degenerativas, en especial con los pacientes con EPOC, se ha encontrado resultados positivos cuando los pacientes cuentan con un adecuado soporte social, sobre todo enfocado en la esfera familiar.

En un estudio longitudinal con 282 pacientes con EPOC cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el apoyo social estructural y funcional con los comportamientos de autocuidado en adultos con EPOC, se encontró que quienes vivían acompañados acumularon 903 pasos más por día que los que vivían solos, manifestando una mayor actividad física; también se identificó que los pacientes que contaban con un cónyuge o pareja de cuidadores tenían mayor probabilidad de participación en rehabilitación pulmonar en comparación con no tener un cuidador; el mayor apoyo social funcional se asoció con probabilidades marginalmente menores de fumar y mayores probabilidades de vacunación neumocócica, lo cual es recomendable para mantenerse estables y sin riesgo de complicaciones (Chen et al., 2017).

Se ha reportado que los pacientes con EPOC, que reciben apoyo social positivo tienen menor frecuencia de hospitalizaciones, reducción de exacerbaciones, un mejor estado de salud y mejores comportamientos de promoción de la salud y de control de enfermedad, también hay evidencia de que el número de personas en la red de apoyo social del paciente con EPOC tiene implicaciones importantes para los resultados de salud (Dinicola et al., 2014).

Las intervenciones psicológicas grupales, dirigidas a mejorar el apoyo social funcional han encontrado que promueven la ampliación en redes de pares, ya que la comparación social y la interacción con otras personas con EPOC ofrecen oportunidades de aprendizaje, un sentido de validación de la experiencia vivida y una oportunidad para hacer nuevas amistades, favoreciendo el sentido de pertenencia a un grupo (Russell et al., 2018).

Se han encontrado otras variables de índole psicológica en pacientes con EPOC, que han recibido menos atención y requieren explorarse con mayor profundidad para identificar su asociación y papel en el proceso de la enfermedad. Se tienen reportes de patrón de comportamiento tipo D, aceptación de la enfermedad, miedos, barreras y facilitadores para el autocontrol en la enfermedad, etc. En la Tabla 1, se observa un resumen de los hallazgos asociados con las principales variables psicológicas estudiadas en EPOC (ansiedad, depresión y apoyo social).

Tabla 1. Resumen de variables psicológicas y hallazgos principales.

Variable	Hallazgos encontrados relacionados con EPOC
Ansiedad	Aumento del número de consultas médicas Mayor frecuencia de reingresos hospitalarios Aumento en exacerbaciones agudas Incremento de conductas de riesgo (tabaquismo) Variabilidad de síntomas Aumento en dosis de fármacos Impacto en función pulmonar (FEV ₁ más bajo)
Depresión	Inflamación sistémica elevada (interleucina-6 y proteína C reactiva) Incremento de conductas de riesgo (sedentarismo) Mayor número de exacerbaciones Gravedad en disnea Disminución en capacidad de ejercicio Riesgo de hospitalización Impacto en función pulmonar (FEV ₁ más bajo) Mal pronóstico de la enfermedad Empeoramiento en calidad de vida Riesgo de mortalidad Menor adherencia terapéutica
Apoyo social	Mejora en CVRS Incremento de actividad física Mayor adherencia terapéutica Probabilidades marginalmete más bajas de fumar Mayor autocuidado Mejora en autoeficacia Hospitalizaciones reducidas Menor número de exacerbaciones al año

Intervenciones psicológicas en EPOC

Las intervenciones psicológicas cognitivo-conductuales, son actualmente las que han mostrado mayor efectividad para atender diversas variables de tipo psicosocial en enfermedades crónico-degenerativas, asimismo, han demostrado ser una alternativa costo/efectiva (Rzadkiewicz y Nasilowski 2019; Pollok, 2019; Heslop-Marshall et al., 2018; Xuemel, 2020). Recientemente, un ensayo aleatorizado y controlado de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con 279 pacientes con EPOC realizado por Heslop-Marshall et al. (2018)

encontró que una intervención breve para pacientes con EPOC mejoró los síntomas de ansiedad y redujo el uso de recursos de atención médica (asistencia al departamento de emergencias y admisiones hospitalarias), como se observa en la Figura 3, del plano de rentabilidad, la TCC se ubica en el cuadrante 4: que manifiesta ser una intervención menos costosa / más efectiva.

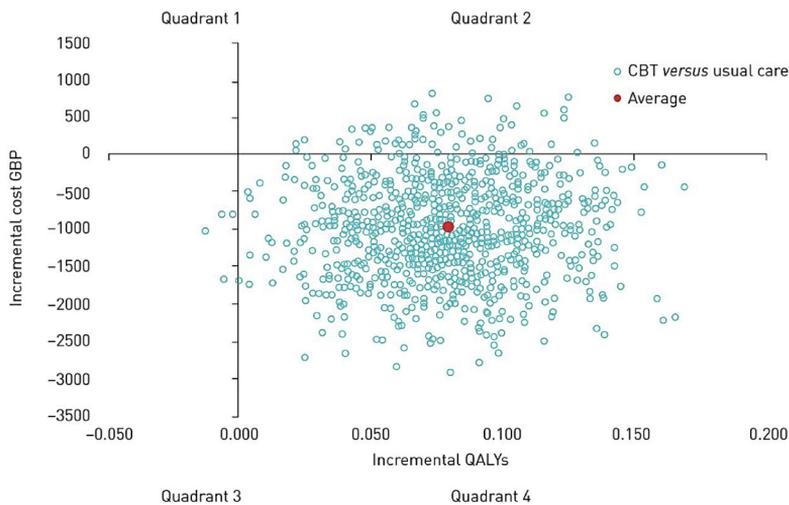


Figura 3. Costo efectividad del tratamiento cognitivo conductual en EPOC.

Abreviaturas. QALYs: Quality-Adjusted Life-Years (Años de Vida Ajustados por calidad, AVAC), GBP: Great Britain Pound (libra de Gran Bretaña), CBT: Cognitive-Behavioral Therapy (Terapia Cognitivo Conductual).

El propósito de la TCC es enseñar a los pacientes, habilidades para cambiar su estado emocional y comportamiento con el fin de abordar sus pensamientos, creencias y comportamientos negativos disfuncionales actuales (Yohannes, Kaplan y Hanania, 2018). Este modelo terapéutico enfatiza en los efectos de la cognición sobre la emoción y el comportamiento, y teoriza que los patrones de pensamiento distorsionados pueden conducir a emociones “negativas” y comportamientos desadaptativos (Tselebis et al., 2016).

Recientemente se han incorporado otras intervenciones en pacientes con enfermedades crónicas para atender problemas en la salud mental, como por ejemplo; la atención plena

(Mindfulness). La atención plena se define como “la conciencia que surge al prestar atención a propósito, en el momento presente, sin juzgar el desarrollo de la experiencia” (Didonna, 2009).

En un ensayo controlado aleatorizado realizado por Farver-Vestergaard et al. (2018), sobre una intervención grupal que integra la meditación de la atención plena con elementos de la terapia cognitivo-conductual, llamada terapia cognitiva basada en la atención plena para pacientes con EPOC; mostró ser capaz de alcanzar un efecto estadísticamente significativo y duradero sobre la angustia psicológica, lo que indica que puede ser un complemento eficaz para los programas estándar de pacientes con EPOC.

En una reciente revisión sistemática (Yadav et al., 2020), que incluyó 27 estudios, evaluó los efectos de intervenciones de autocuidado y activación conductual, se encontró que actualmente existen brechas sustanciales con base en la evidencia científica disponible. En más de un tercio de los estudios incluidos, las intervenciones de autocuidado mejoraron la calidad de vida de los pacientes con EPOC; la evidencia científica emergente sugiere que abordar tanto la alfabetización en salud como los componentes de activación del paciente en una intervención podría resultar en una mejor adherencia a las conductas de autocuidado en pacientes con EPOC.

En la Tabla 2 se enlistan los estudios de intervenciones de corte psicosocial publicados en los últimos años, con la intención de mostrar un recuento integrado de los resultados de intervenciones más relevantes en el campo clínico y de investigación.

Tabla 2. Intervenciones psicosociales para pacientes con EPOC.

Autores	Población o estudios incluidos	Diseño	Intervención	Resultados
Peian et al. (2015).	8217 pacientes con EPOC.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	GC: Atención habitual. GE: Programa de manejo de la salud.	Índice BODE aumentó en 0.7 en GC y 0.4 en GE por sujeto (1.1, 95% IC 0.2–2.0, $p < .001$). GE redujo síntomas de ansiedad en 4.8% y depresión en 6.6% ($p < .05$).

Tabla 2. Intervenciones psicosociales para pacientes con EPOC (*continuación...*).

Autores	Población o estudios incluidos	Diseño	Intervención	Resultados
Farver-Vestergaard, Jacobsen y Zachariae (2015).	1491 estudios, 20 elegibles, 1361 pacientes.	Revisión sistemática con metaanálisis.	Intervención psicosocial: TCC. Tercera generación (atención plena y yoga).	Efecto significativo sobre ansiedad, depresión, disnea y CVRS, una tendencia a incremento en la capacidad de ejercicio, ningún efecto sobre la función pulmonar y la fatiga.
Tselebis et al. (2016).	72 estudios y 14 revisiones fueron elegidos, un total de 253 artículos.	Revisión sistemática.	Tratamiento médico ansiolítico y antidepresivo. TCC y otras intervenciones intensivas para reducir síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con EPOC.	La evidencia sugiere que la TCC individualizada o de grupo es el tratamiento de elección para abordar el manejo desadaptativo en el paciente con EPOC y dificultades de salud mental, debido a la naturaleza temporal de la intervención.
Doyle et al. (2016).	140 pacientes con EPOC.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	TCC para modificar depresión y ansiedad, calidad de vida, autoeficacia, gravedad de los síntomas de EPOC, satisfacción de los participantes con la intervención y alianza terapéutica, 8 intervenciones telefónicas semanales de TCC o control social activo y seguimiento a las 8 semanas.	Primer ensayo controlado aleatorio que evalúa la eficacia de la TCC administrada por teléfono y la del control social activo (amistad) con los resultados para pacientes con EPOC que tienen al niveles leves de depresión y/o ansiedad. En comparación con el cara a cara de la TCC, puede lograr efectos clínicos comparativos o mejoría en los resultados.

Tabla 2. Intervenciones psicosociales para pacientes con EPOC (*continuación...*).

Autores	Población o estudios incluidos	Diseño	Intervención	Resultados
Luk et al. (2017).	70 pacientes con EPOC.	Ensayo clínico prospectivo controlado.	GE: TCC y rehabilitación pulmonar. GC: Rehabilitación pulmonar.	GC obtuvo mejoras significativas en la capacidad de ejercicio (cambio promedio 32.9 m, $p=0.043$). GE mostró mejoras significativas a corto plazo en fatiga, estrés y depresión (cambio medio 2.4, $p=0.016$, 3.9, $p=0.024$ y 4.3, $p=0.047$, respectivamente). No se observaron cambios significativos en el GC.
Bove et al. (2017).	29 pacientes con EPOC.	Estudio cualitativo.	Intervención psicoeducativa mínima en el hogar: experiencias de los pacientes.	Los pacientes se percibieron con un apoyo al mejorar los recursos internos, lo cual ayudó a controlar la experiencia de ansiedad y disnea. También indujo alivio a través de la posibilidad de discutir temas relacionados con el final de la vida y un sentimiento de soporte.
Perkins-Porras. (2018).	50 pacientes con EPOC hospitalizados.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	Intervención breve de atención plena, para mejorar estado de ánimo y disnea; evaluar viabilidad.	Tendencia a cambios de la mayoría de los resultados de atención plena vs grupo control, no hubo efectos significativos en ansiedad, depresión y disnea; efecto piso potencial, lo que limita las posibilidades de encontrar un efecto de la intervención.
Heslop-Marshall et al. (2018)	279 pacientes con EPOC.	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	TCC para disminuir ansiedad, reducir ingresos hospitalarios y asistencia a emergencias.	Cambio significativo de ansiedad y depresión, ingresos hospitalarios y exacerbaciones.

Tabla 2. Intervenciones psicosociales para pacientes con EPOC (*continuación...*).

Autores	Población o estudios incluidos	Diseño	Intervención	Resultados
Pollok et al. (2019).	13 ensayos controlados aleatorios, con 1500 participantes.	Revisión sistemática.	Terapia psicológica para depresión en pacientes con EPOC.	Efectividad de las terapias psicológicas VS ninguna intervención (DME 0,19; IC del 95%: 0,05 a 0,33; $p=0,009$; 6 estudios, 764 participantes) VS educación (DME 0,23; IC del 95%: 0,06 a 0,41; $p=0,010$; 3 estudios, 507 participantes).
Rzadkiewicz y Nasilowski (2019).	66 estudios, incluidos 34.	Revisión sistemática.	Intervención psicosocial, psicológica, psicoeducación.	Efectos positivos sobre los problemas emocionales y en algunas dimensiones de la CVRS. Los resultados más prometedores se logran cuando la atención de salud mental se integra con un programa de actividad física.
Hegelund, Andersen y Bodtger (2019).	75 participantes asignados aleatoriamente.	Ensayo controlado aleatorizado.	GE: intervención multicomponente de acción. GC: atención habitual.	El grupo experimental redujo significativamente la incidencia de reingresos, mostró una tendencia hacia una disminución significativa en la depresión, pero ninguna en ansiedad.
Lewthwaite et al. (2019).	95 pacientes con EPOC.	Análisis composicional, estudios extraídos de 1 ensayo controlado aleatorio de TCC y un estudio de rehabilitación pulmonar.	TCC y rehabilitación pulmonar para cambios en la composición del comportamiento.	Un cambio en la composición del comportamiento de movimiento de 24 horas se asoció con un cambio en los síntomas y la CVRS. La reasignación del tiempo a una actividad física de mayor intensidad o al sueño se asoció con cambios favorables.

Tabla 2. Intervenciones psicosociales para pacientes con EPOC (continuación...).

Autores	Población o estudios incluidos	Diseño	Intervención	Resultados
Xuemei et al. (2020).	10 estudios, un total de 1278 pacientes con EPOC.	Revisión sistemática con meta-análisis.	TCC para ansiedad y depresión.	TCC puede mejorar la depresión y la ansiedad en pacientes con EPOC. El análisis de subgrupos mostró que el tiempo de intervención ≥ 8 semanas tuvo mejora de la ansiedad, mientras que el tiempo de intervención < 8 semanas tuvo mejora de la depresión.
Williams, Johnston y Paquet (2020).	33 estudios, un total de 3215 pacientes con EPOC.	Revisión rápida.	TCC para EPOC, factores que influyen en el efecto de la intervención.	En comparación con la atención habitual, la TCC intensiva produjo reducciones pequeñas pero significativas en la carga de síntomas (ansiedad, depresión, disnea) y una mejor capacidad de ejercicio y calidad de vida. El modo de administración o la dosis de la intervención no influyó en el tamaño del efecto.
Yardav et al. (2020).	27 estudios.	Revisión sistemática.	Intervenciones de alfabetización sanitaria y activación conductual.	Intervenciones de autocuidado mejoran la CVRS. Seis estudios mostraron efecto positivo sobre la autoeficacia para los cambios de comportamiento, como dejar de fumar, realizar un ejercicio diario o tomar medicamentos de acuerdo con las pautas.

Abreviaturas. EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; TCC: Terapia Cognitivo Conductual; GE: Grupo Experimental; GC: Grupo Control; CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud; VS:Contra; DME: Diferencia de Medias Estandarizada; IC: Intervalo de Confianza; BODE: Body mass index, airflow Obstruction, Dysnea and Exercise capacity index.

CONCLUSIONES

El presente capítulo pone de manifiesto la importancia que tiene el psicólogo especializado en el área de la salud para la valoración y atención de los pacientes con EPOC, sobre todo por las altas comorbilidades en salud mental asociadas y su impacto en la salud-enfermedad.

Ya se ha documentado que la presencia de comorbilidad afectiva (depresión y ansiedad), como comorbilidades en la EPOC contribuyen a una carga sustancial de morbilidad relacionada con la EPOC, al incremento significativo en ingresos a emergencias con exacerbaciones, a reducir la adherencia al tratamiento y afectar la calidad de vida (Blakemore et al., 2019; Pooler y Beech, 2014; Hanania y O'Donnell, 2019; Yohannes, Kaplan y Hanania, 2018; Miravittles et al., 2017).

Hay grandes áreas de oportunidad para explorar y atender, resulta necesario enfocar los esfuerzos en reconocer y promover las variables que funjan como factores protectores, para amortiguar la carga de los padecimientos y con ello mejorar la calidad de vida. Dentro de estos factores protectores psicológicos que han sido estudiados en otras patologías y en las propias enfermedades respiratorias crónicas, resaltan: autocuidado, resiliencia, sentido de coherencia, empatía, compasión, entre otras variables (Bringsvor et al., 2018; Topel et al., 2019; Sang et al., 2019; Wang et al., 2017; Rosa et al., 2016). También resulta necesario incorporar a la familia y el contexto social en general en la rehabilitación, debido al impacto positivo del apoyo social en los pacientes con EPOC (Sang et al., 2019).

En las Guías de Práctica Clínica internacionales (GOLD, 2020) y nacionales (Vázquez-García et al., 2020) más recientes disponibles para EPOC se hace énfasis en atender todas las comorbilidades en EPOC, incluidas la ansiedad y depresión. Lamentablemente existe una brecha entre lo que dictan las Guías de Práctica Clínica y lo que se está llevando a cabo en los escenarios hospitalarios en nuestro país, en la gran mayoría de servicios que se atiende a pacientes con EPOC no se les brinda una valoración integral que incluya la identificación de comorbilidad afectiva; a pesar de que se encuentran dentro de las principales comorbilidades. Tampoco se les está brindado una intervención psicosocial basadas en evidencia científica que puedan promover un mejor estado de salud, reduciendo así los riesgos asociados a padecimientos psicológicos.

La evidencia del TCC en pacientes con EPOC, es sólida y consistente, revela que la TCC es tan efectiva como la medicación y puede ser la primera opción para los pacientes con problemas de salud mental. También se sugiere integrar un tratamiento cognitivo conductual con componentes de rehabilitación pulmonar y estilo de vida, lo cual se ha

reportado que podría incrementar el efecto en variables clínicas y psicosociales, hay literatura que sugiere que los tratamientos multicomponentes resultan ser más efectivos y con mayores alcances positivos en seguimientos (Luk et al., 2017; Hegelund, Andersen y Bodtger, 2019).

También es necesario generar evidencia científica sólida bajo altos estándares metodológicos sobre las intervenciones psicológicas emergentes, como la intervención de atención plena o activación conductual; para probar su eficacia, determinar los efectos alcanzados y su utilidad en diversos contextos

Con un modelo biopsicosocial de atención es necesario contar con un equipo multidisciplinar, diseñando e implementando la intervención, se ha demostrado que los tratamientos que incluyen a diversos profesionales de la salud (médicos especialistas, enfermería, psicólogos y técnicos en rehabilitación pulmonar) pueden reducir las hospitalizaciones, reingresos de pacientes con EPOC y mejorar la atención de exacerbaciones (Bollmeier y Hartmann, 2020).

Se recomienda que las futuras investigaciones que se realicen en la población de pacientes con EPOC, se incluyan valoraciones integrales con correlatos fisiológicos, bioquímicos y psicosociales, que permitan brindar una intervención multidisciplinar, cuyo objetivo final sea mejorar la calidad de vida de los pacientes y del contexto social que los rodea.

REFERENCIAS

- American Thoracic Society. (2015). COPD. <https://www.thoracic.org/statements/copd.php>
- Almagro, P., Cabrera, F., Diez, J., Boixeda, R., Alonso, B., Murio, C., & Soriano, J. (2015). A comorbidity index is a useful representation of the prevalence and impact of comorbidities in hospitalized COPD patients. *Eur Resp J*, 5(142), 1-4.
- Atlantis, E., Fahey, P., Cochrane, B., & Smith, S. (2013). Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest*, 144(3), 766-777.
- Blakemore, A., Dickens, C., Chew-Graham, C. A., Afzal, C. W., Tomenson, B., Coventry, P. A., & Guthrie, E. (2019). Depression predicts emergency care use in people with chronic obstructive pulmonary disease: a large cohort study in primary care. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 14, 1343-1353. <https://>

doi.org/10.2147/COPD.S179109

- Bollmeier, S., y Hartmann, A. (2020). Management of chronic obstructive pulmonary disease: A review focusing on exacerbations. *American Journal of Health-System Pharmacists*, 77(4), 259-268. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxz306>
- Bove, D., Midtgaard, J., Kaldan, G., Overgaard, D., & Lomborg, K. (2017). Home-based COPD psychoeducation: A qualitative study of the patients' experiences. *J. Psychosom. Res.* 98, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.05.013>
- Bringsvor, H. B., Langeland, E., Oftedal, B. F., Skaug, K., Assmus, J., & Bentsen, S. B. (2018). Effects of a COPD self-management support intervention: a randomized controlled trial. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 13, 3677–3688. <https://doi.org/10.2147/COPD.S181005>
- Chen, Z., Fan, V. S., Belza, B., Pike, K., & Nguyen, H. Q. (2017). Association between Social Support and Self-Care Behaviors in Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Annals of the American Thoracic Society*, 14(9), 1419–1427. doi:10.1513/AnnalsATS.201701-026OC
- Didonna, F. (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- Dinicola, G., Julian, L., Gregorich, E., Blanc, P., & Katz, P. (2014). The Role of Social Support in Anxiety for Persons with COPD. *J Psychosom Res*, 74 (2).
- Doyle, C., Dunt, D., Ames, D., Fearn, M., & Bhar, S. (2016). Study protocol for a randomized controlled trial of telephone-delivered cognitive behavior therapy compared with befriending for treating depression and anxiety in older adults with COPD. *International Journal Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 11: 327 - 334. doi: 10.2147 / COPD.S100859
- Farver-Vestergaard, L., Jacobsen, D., & Zachariae, R. (2015). Efficacy of Psychosocial Interventions on Psychological and Physical Health Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84 (1), 37-50. <https://doi.org/10.1159/000367635>
- Farver-Vestergaard, I., O'Toole, M. S., O'Connor, M., Løkke, A., Bendstrup, E., Basdeo, S. A., Cox, D. J., Dunne, P. J., Ruggeri, K., Early, F., & Zachariae, R. (2018). Mindfulness-based cognitive therapy in COPD: a cluster randomised controlled trial. *The European respiratory journal*, 51(2), 1702082. <https://doi.org/10.1183/13993003.02082-2017>
- Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study. (2013). Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2013. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2020). Recuperado de <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2019/11/GOLD-2020-REPORT-ver1.0wms.pdf>
- Hanania, N. y O'Donnell, D. (2019). Activity-related dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease: physical and psychological consequences, unmet needs, and future directions. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 24 (14):1127-1138. doi: 10.2147/COPD.S188141.
- Hegelund, A., Andersen, I. C., Andersen, M. N., & Bodtger, U. (2019). The impact of a personalised action plan delivered at discharge to patients with COPD on readmissions: a pilot study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 10.1111/scs.12798. <https://doi.org/10.1111/scs.12798>
- Heslop-Marshall, K., Baker, C., Carrick-Sen, D., Newton, J., Echevarria, C., Stenton, C., De Soyza, A. (2018). Randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy in COPD. *ERJ Open Research*, 4(4), 94–2018. <https://doi.org/10.1183/23120541.00094-2018>
- Huerta, A., Crisafulli, E., Menéndez, R., Martínez, R., Soler, N., Montull, B., & Torres, A. (2013). Pneumonic and non-pneumonic exacerbations of COPD: inflammatory response and clinical characteristics. *Chest* 144: 1134–1142. <https://doi.org/10.1378/chest.13-0488>
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. (18 de agosto de 2017). EPOC. Recuperado de <http://www.iner.salud.gob.mx/interna/tabaquismo-clinEPOC.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (31 de octubre de 2018). Características de las defunciones registradas en México durante 2017. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>
- Jarab, A., & Mukattash, T. (2019). Exploring variables associated with medication non-adherence in patients with COPD. *Int J Clin Pharm* 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00895-3>
- Koskela, J., Kilpeläinen, M., Kupiainen, H., Mazur, W., Sintonen, H., Boezen, M., Laitinen, T. (2014). Co-morbidities are the key nominators of the health related quality of life in mild and moderate COPD. *BMC pulmonary medicine*, 14, 102. doi:10.1186/1471-2466-14-102
- Lu, Y., Feng, L., Feng, L., Nyunt, M., Yap, K., & Ng, T. (2013). Systemic inflammation, depression and obstructive pulmonary function: a population-based study. *Respiratory research*, 14(1), 53. doi:10.1186/1465-9921-14-53
- Luk, E., Gorelik, A., Louis, I. y Khan, F. (2017). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in a community-based pulmonary rehabilitation programme: A controlled

- clinical trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 49. doi: 10.2340/16501977-2189
- Miravittles, M., Izquierdo, J., Esquinas, C., Pérez, M., Calle, M., López-Campos J et al. (2017). The variability of respiratory symptoms and associated factors in COPD. *Respir Med*, 129:165–72.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Retrieved junio 2019, from <https://www.who.int/respiratory/copd/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Recuperado el julio de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Peian, L., Peipei, Ch., Pan, Z., Jiayi, Y., Yong, W., Na, Ch., Li, Z., Hongmin, W., Jing, Z. (2015). A COPD Health Management Program in a Community-Based Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *Respiratory Care*, 60 (1). doi: 10.4187/respcare.03420
- Pérez-Padilla R, Regalado J, Vázquez-García J. (2001). Reproducibilidad espirométrica y adecuación a valores de referencia internacionales en trabajadores mexicanos demandando incapacidad [Reproducibility of spirometry in Mexican workers and international reference values]. *Salud Publica de Mexico*; 43: 113–121.
- Perkins-Porras, L., Riaz, M., Okekunle, A., Zhelezna, S., Chakravorty, I., & Ussher, M. (2018). Feasibility study to assess the effect of a brief mindfulness intervention for patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Chronic respiratory disease*, 15(4), 400–410. <https://doi.org/10.1177/1479972318766140>
- Pierobon, A., Sini Bottelli, E., Ranzini, L., Bruschi, C., Maestri, R., Bertolotti, G., Sommaruga, M., Torlaschi, V., Callegari, S., & Giardini, A. (2017). COPD patients' self-reported adherence, psychosocial factors and mild cognitive impairment in pulmonary rehabilitation. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 12, 20592067. <https://doi.org/10.2147/COPD.S133586>
- Pollok, J., Agteren, J., Esterman, A. y Carson, K. (2019). Psychological therapies for the treatment of depression in chronic obstructive pulmonary disease. *The Cochrane Library* 6 (3). doi: 10.1002/14651858.CD012347.pub2
- Pooler, A., y Beech, R. (2014). Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*, 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3974694/>
- Putcha, N., Drummond, M. B., Wise, R. A., & Hansel, N. N. (2015). Comorbidities and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Prevalence, Influence on Outcomes, and

- Management. *Seminars in respiratory and critical care medicine*, 36(4), 575–591. doi:10.1055/s-0035-1556063
- Russell, S., Ogunbayo, O. J., Newham, J. J., Heslop-Marshall, K., Netts, P., Hanratty, B., & Kaner, E. (2018). Qualitative systematic review of barriers and facilitators to self-management of chronic obstructive pulmonary disease: views of patients and healthcare professionals. *NPJ primary care respiratory medicine*, 28(1), 2. doi:10.1038/s41533-017-0069-z
- Rzadkiewicz, M., & Nasiłowski, J. (2019). Psychosocial Interventions for Patients with Severe COPD—An Up-to-Date Literature Review. *Medicina*, 55, 597. <https://doi.org/10.3390/medicina55090597>
- Sang, H., Haejung, L., Yun, S., Parque, H. Min, K. y Ki, U. (2019). Social support is a strong determinant of life satisfaction among older adults with chronic obstructive pulmonary disease. *The Clinical Respiratory Journal*, 14: 85-91. <https://doi.org/10.1111/crj.13104>
- Topel, M. L., Kim, J. H., Mujahid, M. S., Ko, Y. A., Vaccarino, V., Mubasher, M., Liu, C., Dunbar, S., Sims, M., Taylor, H. A., Quyyumi, A. A., Baltrus, P., & Lewis, T. T. (2019). Individual Characteristics of Resilience are Associated With Lower-Than-Expected Neighborhood Rates of Cardiovascular Disease in Blacks: Results From the Morehouse-Emory Cardiovascular (MECA) Center for Health Equity Study. *Journal of the American Heart Association*, 8(12). <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.011633>
- Tselebis, A., Pachi, A., Ilias, I., Kosmas, E., Bratis, D., Moussas, G., & Tzanakis, N. (2016). Strategies to improve anxiety and depression in patients with COPD: a mental health perspective. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 297–328. doi:10.2147/NDT.S79354
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polanska, B., Motowidlo, U., Uchmanowicz, B., & Chabowski, M. (2016). Assessment of illness acceptance by patients with COPD and the prevalence of depression and anxiety in COPD. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 11, 963–970. doi:10.2147/COPD.S102754
- Vázquez-García, J., Hernández-Zenteno, R., Pérez-Padilla, R., Cano-Salas, M., Fernández-Vega, M., Salas-Hernández, J., Figueroa-Morales, A., Benítez-Pérez, R., Rendón-Pérez, L., Vázquez-Cortés, J., Mejía-Ávila E. & Mayorga-Butrón, J. (2020). Guía de Práctica Clínica Mexicana para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 78(1). dx.doi.org/10.35366/NTS191A

- Wang, T., Tan, J. Y., Xiao, L. D., & Deng, R. (2017). Effectiveness of disease-specific self-management education on health outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An updated systematic review and meta-analysis. *Patient education and counseling*, 100(8), 1432–1446. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.02.026>
- Williams, M. T., Johnston, K. N., & Paquet, C. (2020). Cognitive Behavioral Therapy for People with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Rapid Review. *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*, 15, 903–919. <https://doi.org/10.2147/COPD.S178049>
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. 224.
- World Health Organization. (2019). Recuperado el agosto de 2019, de Chronic respiratory diseases: <https://www.who.int/respiratory/en/>
- Xuemei, Z., Changchun, Y., Wuguo, T., Dongbing, L., & Xiumu, Y. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy on anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A Meta-analysis and Systematic Review. *The clinical respiratory journal*, 10.1111/crj.13226. <https://doi.org/10.1111/crj.13226>
- Yadav, U. N., Lloyd, J., Hosseinzadeh, H., Baral, K. P., & Harris, M. F. (2020). Do Chronic Obstructive Pulmonary Diseases (COPD) Self-Management Interventions Consider Health Literacy and Patient Activation? A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 9(3), 646. <https://doi.org/10.3390/jcm9030646>
- Yao, H. M., Xiao, R. S., Cao, P. L., Wang, X. L., Zuo, W., & Zhang, W. (2020). Risk factors for depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *World journal of psychiatry*, 10(4), 59–70. <https://doi.org/10.5498/wjp.v10.i4.59>
- Yohannes, A. M., Kaplan, A., & Hanania, N. A. (2018). Anxiety and Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Recognition and Management. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 85(2 Suppl 1), S11–S18. <https://doi.org/10.3949/ccjm.85.s1.03>

Neuropsicología del tabaquismo

Leonor García-Gómez⁴

Departamento de Investigación en Tabaquismo y EPOC
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Como toda adicción, el tabaquismo implica modificaciones en el funcionamiento cerebral que llevan a desarrollar tolerancia y dependencia ante el consumo de nicotina. Los efectos sobre el organismo son muy diversos. Impactan una gran cantidad de órganos, incluyendo el cerebro.

La neuropsicología se ocupa de comprender, evaluar e intervenir en cualquier condición que vulnere o dañe al cerebro. Sin embargo, este aspecto es poco tratado en el tabaquismo.

A continuación, se describe con más detalle el problema de salud pública que representa el tabaquismo en nuestro país.

El tabaquismo en México

Desde la década de los 60, el tabaquismo se ha combatido como un problema de salud pública. El consumo de tabaco implica la adicción a la nicotina y su consumo está asociado a un gran número de enfermedades crónicas no transmisibles.

La nicotina es una droga legal y es la segunda sustancia psicoactiva más consumida en el mundo. Pese a que se han realizado enormes esfuerzos para reducir el consumo a nivel global, éstos han sido insuficientes. Los esfuerzos de políticas públicas para prevenir el consumo y tratar la adicción no han sido los suficientes para alcanzar las metas que las instituciones de salud y gobiernos han fijado.

⁴ Contacto leonor_garciag@hotmail.com

¿Por qué resulta tan difícil controlar el consumo de tabaco? La respuesta está en el interior de los cerebros de quienes lo consumen. El tabaquismo implica la adicción a la nicotina, y dejar una adicción implica poner en marcha una serie de mecanismos psicológicos que deben sostenerse permanentemente.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco de 2017, el consumo de tabaco estaba en 16% en la población mexicana. Para el 2018 se cumplieron 10 años de la promulgación de la Ley General para el Control de Tabaco en México, y aún con el trabajo para regular el consumo en espacios públicos, los pictogramas, las leyendas sanitarias, los impuestos y la oferta de tratamiento para la cesación, la disminución no ha sido significativa.

El producto de tabaco más consumido en México es el cigarro. El cigarro de tabaco industrializado suele tener sustancias tóxicas como arsénico, tolueno, acetona, entre otras. Estos químicos son añadidos para preservar la hoja del tabaco, darle aroma y sabor, consistencia al humo, entre otras cosas. Se ha demostrado que las sustancias que son añadidas al cigarro ocasionan mutaciones al ADN en el tejido de los epitelios y promueven carcinogénesis, y aterosclerosis. Esto promueve el desarrollo de enfermedades como EPOC, fibrosis pulmonar, cardiopatía isquémica y cáncer.

Para comprender mejor el fenómeno de la adicción a la nicotina y comprender sus efectos cognitivos es importante conocer sobre la farmacología de la sustancia. A continuación, se describe brevemente.

Farmacología de la nicotina

La nicotina es un alcaloide presente en la planta del tabaco (*nicotiana tabacum*). Se fija selectivamente a los receptores colinérgicos nicotínicos. Cuando el medio en el que se transporta la molécula tiene un pH básico, atraviesa con facilidad las membranas biológicas, dada su liposolubilidad. Existe una dosis tóxica en humanos está en un rango entre 30 y 60 mg. Un consumo que alcance una dosis aproximada de 0.8 mg/ kg de peso llega a ser letal. (Mayer, 2014) La dosis presente en los cigarros convencionales no es letal porque la mayor parte de la nicotina desaparece en la combustión. La naturaleza de su forma habitual de consumo y sus efectos neurofisiológicos impiden que un fumador alcance una dosis que pondría en riesgo su vida. La absorción de la nicotina se inicia en las membranas de la boca. (Mishra et al., 2015). La vascularización de las mucosas permite la

entrada de la nicotina desde este primer momento, y una pequeña dosis entra en el torrente sanguíneo. Por otro lado, el humo del tabaco llega a las vías aéreas pequeñas y la nicotina se absorbe en los alvéolos pulmonares. Por la vía fumada las concentraciones de nicotina en sangre aumentan rápidamente (concentración máxima se alcanza a los 10-15 min). Una vez que la nicotina entra en el torrente sanguíneo, se distribuye extensamente de la sangre a los tejidos corporales. Sin embargo, una parte de la nicotina es secuestrada por el tejido graso y el tejido óseo. Por lo tanto, la nicotina que contiene el producto de tabaco no llega enteramente al cerebro. (Brenes et al, 2016)

En un periodo de aproximadamente 8 minutos el cerebro capta una dosis de nicotina suficiente para cubrir buena parte de los receptores colinérgicos nicotínicos $\alpha 4\beta 2$. La revisión de Jasinska, et al. (2014). muestra estudios de tomografía por emisión de positrones que con 1 cigarro convencional se cubre una gran parte de los receptores $\alpha 4\beta 2$ en un adulto. Con el consumo de 3 cigarros continuos, la cobertura alcanza casi un 100% a los pocos minutos de haber iniciado el consumo.

Las concentraciones en sangre decrecen 20 o 30 min después de la administración de la droga. Mediante enzimas como la CYP2A6 o la amina n-metil transferasa se metaboliza la nicotina y es eliminada. La vida media de eliminación alrededor de 2 horas. (Fagan et al., 2015).

Mecanismo de adicción a la nicotina

El sistema colinérgico tiene 2 categorías de receptores: nicotínicos y muscarínicos. Existen 2 tipos de receptores nicotínicos: N1 y N2. En el sistema nervioso periférico, los receptores N1 se encuentran en las uniones neuromusculares y participan en la contracción de los músculos esqueléticos. Los receptores N1 se encuentran principalmente en las uniones neuromusculares. Los receptores nicotínicos N2 se distribuyen por diversas vías en el encéfalo, las vías del sistema nervioso autónomo y participan en la activación de la glándula suprarrenal. (Nees, 2015)

La nicotina tiene afinidad por los receptores colinérgicos nicotínicos. En el encéfalo, el sistema colinérgico se extiende desde el puente hasta la corteza cerebral, pasando por el mesencéfalo. La activación del sistema colinérgico está asociado al estado de vigilia, de alerta, la atención y la memoria. Por sus proyecciones hacia el hipotálamo, también participa en la regulación del hambre y el sueño. (Balfour et al., 2019).

Una porción de los receptores se extiende por la vía mesolímbica. Al ser estimulados, ocurre una activación de las neuronas dopaminérgicas del área ventral tegmental y del núcleo accumbens. Como toda sustancia psicoactiva, esta hiperactivación dopaminérgica genera una sensación inmediata de placer y recompensa en el sujeto. (Tiwari et al., 2020).

La exposición continua genera poco a poco neuroadaptaciones en esta región cerebral. Tras la estimulación de los receptores con nicotina ocurre una desensibilización temporal. Este mecanismo impide que la nicotina se ligue al receptor por un breve lapso. Sin embargo, la exposición crónica provoca un mecanismo de regulación al alza, lo que significa que incrementa la expresión de los receptores nicotínicos colinérgicos. Estas neuroadaptaciones son el correlato neurofisiológico de la tolerancia y la dependencia. El incremento de la expresión de receptores provoca una sensación de urgencia por fumar, particularmente cuando la concentración de nicotina en plasma es baja. Y dado que la expresión de los receptores va al alza, esta sensación se percibe cada vez con mayor intensidad. (Balfour, et al 2019; Tiwari et al., 2020)

Dada la alta afinidad de la nicotina a los receptores colinérgicos nicotínicos $\alpha 4\beta 2$. Los fumadores que han alcanzado la mayor concentración de nicotina en plasma posible con un solo cigarro no necesitan más dosis para tener un determinado efecto reforzador. La elevada afinidad, aunado al fenómeno neuroadaptativo de desensibilización posterior al consumo, evita que los fumadores crucen una barrera tóxica aversiva. La neuroadaptación a que ocurre ante el consumo crónico de nicotina genera también la tolerancia. Esto significa que la persona necesita consumir cada vez más nicotina para percibir los mismos efectos que percibía en los primeros consumos. (Tiwari et al., 2020).

Procesos cognitivos en la adicción: el inicio de la adicción.

La mayoría de las personas que desarrollan una adicción al tabaco inician su consumo en la adolescencia (ENCODAT, 2017). Las personas comienzan a fumar por imitación, buscando la aceptación social. Generalmente, pese a que la sensación y el sabor de la primera vez que se fuma en la vida no es del todo agradable, esta primera experiencia se da en un contexto social que refuerza la conducta y los adolescentes llegan a percibir la experiencia de forma placentera. (Lee et al 2019).

Los seres humanos estamos dotados con una gran capacidad para imitar las conductas de otros individuos de nuestra especie. La crianza cara a cara con las figuras paternas

en la primera infancia nos permite desarrollar las habilidades de la teoría de la mente. La teoría de la mente es el proceso en el que intuimos los pensamientos o emociones de los demás a través de los gestos. Los seres humanos, a diferencia de otros primates, tenemos un gran desarrollo de estas habilidades por la constante exposición al rostro de la madre o del cuidador durante la primera infancia. Este proceso tiene un correlato neuroanatómico en las neuronas espejo. Las neuronas espejo, operan, no solamente en la primera infancia para adquirir las habilidades de la teoría de la mente, sino a lo largo de la vida. Permiten los procesos de empatía y socialización. (Goswami, 2020).

Durante la adolescencia, estos procesos son vitales, ya que es la etapa en la que los individuos prueban las habilidades sociales adquiridas con sus pares. Esto los prepara para ser adultos competentes entre las personas de su edad. El consumo de sustancias psicoactivas suele iniciar en la adolescencia debido a esta tendencia natural de interactuar con los pares. (Spear, 2013).

Las personas en la adolescencia tienen una incrementada actividad del sistema dopaminérgico, por lo que el consumo de sustancias psicoactivas y la interacción entre pares puede ser tan placentera que fácilmente se negligencian los daños a la salud o cualquier otra potencial consecuencia negativa. (Ernst & Luciana, 2015). Además, la mielinización completa del lóbulo frontal concluye hasta pasados los 20 años, lo que se traduce en una baja percepción de riesgo. La combinación de un ambiente social agradable con el uso de sustancias es un binomio altamente gratificante, y es un reto para los adolescentes ponderar los riesgos que la circunstancia conlleva. (Spear, 2013).

Por otro lado, la nicotina tiene un alto potencial adictivo, por lo que, si los jóvenes se exponen al tabaco, fácilmente pueden desarrollar una adicción (Volkow & Boyle, 2018)

Los sistemas de receptores nicotínicos están involucrados en una amplia variedad de funciones cognitivas y conductuales. Dado que la nicotina es una sustancia altamente afín a los receptores colinérgicos nicotínicos, al ligarse tiene un efecto agonista. El sistema colinérgico se extiende desde la base del encéfalo hasta la corteza, pasando por el sistema límbico. Al unirse a los receptores nicotínicos en el sistema límbico, estimula la producción de dopamina y noradrenalina (Collins et al. 2019)

Los efectos del consumo de nicotina varían según la etapa de la historia de consumo. Se han encontrado variaciones en los efectos en etapas de intoxicación aguda en comparación con la etapa de abstinencia a corto y largo plazo (Yuan et al. 2015)

A continuación, una descripción de los cambios cognitivos que se observan en los diferentes momentos del consumo:

Edad temprana de inicio está asociada a mayor disfunción

El estudio de Mashhoon et al. (2018) comparó 3 grupos en tareas de inhibición: un grupo de no fumadores, uno de inicio temprano de consumo de tabaco (antes de la culminación del neurodesarrollo) y otro de inicio tardío (adultez temprana). Encontró que el consumo y edad de inicio repercuten en el desempeño de tareas de inhibición. El grupo de inicio temprano presentó mayor porcentaje de errores en comparación con los que inician tardíamente y con los no fumadores. Por otro lado, los no fumadores y los de inicio tardío responden con mayor precisión.

En México la venta de tabaco es legal a partir de los 18 años, sin embargo, se sabe que el cerebro termina su desarrollo hasta pasados los 22 años. (Spear, 2013). Con estas evidencias, sería pertinente modificar la regulación del tabaco de manera que no se exponga a los adolescentes en su última etapa del neurodesarrollo a las agresiones de la nicotina.

Intoxicación aguda

La estimulación del sistema colinérgico ocurre a los pocos minutos de que una persona consume un cigarro de tabaco. Se han realizado diversos estudios que exploran el papel de la nicotina en la atención. La nicotina estimula la activación del locus ceruleus y la formación reticular ascendente. En consecuencia, los individuos experimentan un incremento en el estado de alerta. (Hahn, 2015).

Las personas que consume tabaco perciben un beneficio sobre su estado de alerta y capacidad de concentración, y lo asocian con mejor desempeño en sus actividades escolares, laborales y sociales.

Durante la intoxicación con nicotina la atención y otros procesos cognitivos, como la memoria, pueden mejorar momentáneamente. La nicotina actúa sobre receptores colinérgicos que se encuentran distribuidos en el puente, núcleo basal de Meynert, núcleo medial septal, locus ceruleus y la corteza cerebral. Su actividad excitatoria en los receptores

N2 favorece el estado de alerta, y en consecuencia la atención y la memoria. (Valentine & Sofuoglu, 2018).

Los receptores nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ y $\alpha 7$ en el hipocampo ventral y en la amígdala basolateral están involucrados en la función de memoria de trabajo. (Sharp et al 2019). La memoria de trabajo es un proceso cognitivo que mantiene temporalmente la información disponible, lo que representa un componente necesario para el aprendizaje espacial. Si bien la mayoría de los estudios encontraron una mejora de la memoria de trabajo espacial, otros estudios no han informado ningún efecto de la administración aguda de nicotina. En un estudio que evalúa el efecto de la nicotina sobre este dominio en la tarea de laberinto de brazos radiales se observó una mejora en el rendimiento en ratas mayores, pero no en las jóvenes. (Kutlu & Gould, 2015).

En el estudio de Shah et al. (2011) encontraron en un estudio doble ciego con placebo que la atención visual selectiva no se beneficia del consumo de nicotina. Este estudio examinó el efecto agudo de la nicotina en 24 no fumadores que realizaron una tarea de búsqueda visual y atención espacial que se probó con medidas de comportamiento y medición electroencefalográfica (componente N2pc del potencial relacionado con evento (ERP). La nicotina no afectó los índices de desempeño conductual. Algunos sujetos reaccionaron sensiblemente al efecto de la nicotina con incremento en la frecuencia cardíaca, y este efecto se asoció con un aumento de la amplitud de N2pc. Por otra parte, los individuos que no reaccionaron con este efecto cardíaco mostraron una disminución de la amplitud de la diferencia de N2pc. Si bien no se encontraron diferencias significativas en el desempeño conductual de la tarea, la nicotina tuvo efectos sobre los efectos del marcador ERP de la selección de atención espacial. Esto corrobora, aunque solo hasta cierto punto, los efectos agonistas en los receptores colinérgicos sobre la atención. (Shah et al.2011).

En el estudio de Knott et al. (2015) se evaluó el desempeño conductual diversos dominios cognitivos en 24 participantes masculinos sanos después de una dosis única baja (500 mg) y moderada (1000 mg) de un agonista de los receptores colinérgicos $\alpha 7$ (CDP-colina). En relación con el placebo, el agonista mejoró la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, el aprendizaje verbal, la memoria verbal y la función ejecutiva en los de bajo rendimiento en la línea base. Los efectos de la dosis variaron con el dominio cognitivo, pero fueron evidentes con las dosis de 500 mg y 1000 mg.

Estudios de neuroimagen han revelado que la mayor densidad de receptores colinérgicos nicotínicos $\alpha 4\beta 2$ se encuentran en la región entre el núcleo mediodorsal del tálamo y la corteza pre-frontal. La distribución de estos receptores podría explicar parcialmente el efecto

favorable de la nicotina aguda sobre la atención y las funciones ejecutivas, y posiblemente, la fisiopatología de algunos trastornos neuropsiquiátricos. (Garibotto et al., 2020)

La administración de nicotina parece tener efectos particularmente positivos en el desempeño atencional, de memoria y funcionamiento ejecutivo.

Sin embargo, resulta importante distinguir si la nicotina mejora procesos cognitivos en sí, o si más bien, mejora las habilidades motoras y eso se confunde con mejoras en la cognición. La nicotina también tiene efectos en los receptores colinérgicos de las uniones neuromusculares. (Bertrand & Wallace, 2020). Los efectos atencionales de la nicotina podrían confundirse con la aceleración de la función motora. Este es todavía un campo abierto para investigación.

Se investigaron los efectos de la nicotina en dosis bajas sobre marcadores fisiológicos de la atención como el tamaño de la pupila, las tasas de parpadeo de los ojos (EBR) y la atención visual en no fumadores mientras realizaban una tarea de seguimiento de objetos múltiples con carga creciente de objetivo. La nicotina se administró con chicles (2mg). Los resultados revelaron que las pupilas eran relativamente más pequeñas en la nicotina que en la condición de placebo. La dilatación de la pupila aumentó proporcionalmente a la carga objetivo. Por el contrario, la tasa de parpadeo disminuyó a medida que la carga objetivo era mayor. Se concluyó que una pequeña dosis de nicotina fue suficiente para contraer el tamaño de la pupila a través de su interacción con la acetilcolina en el sistema nervioso parasimpático. Sin embargo, una pequeña dosis de nicotina podría no tener un efecto directo sobre el sistema dopaminérgico para estimular el parpadeo, mejorar la atención y acelerar la respuesta conductual. (Wardhani, 2018). Pocos estudios han evaluado los efectos de la nicotina en la atención visual utilizando medidas que no están contaminadas por los efectos motores.

Vangkilde, et al. (2011) midieron precisión en tareas de percepción visual, velocidad de procesamiento perceptual y selectividad. Evaluaron la capacidad de almacenamiento de memoria visual a corto plazo y atención selectiva en 24 jóvenes fumadores y 24 no fumadores sanos en un diseño cruzado, con grupos pareados y utilizando placebo. Tanto la dosis aguda de nicotina en los no fumadores, como el uso crónico de nicotina en los fumadores que se abstienen temporalmente mostraron mejor desempeño en velocidad de procesamiento perceptual, umbral de percepción visual y control atencional (selectividad). Pero no fue así en capacidad de almacenamiento de memoria visual a corto plazo (Vangkilde, Bundesen & Coull (2011).

El estudio de Smucny et al. (2015) evaluó el efecto de parches de nicotina de 7mg sobre atención selectiva auditiva en adultos sanos no fumadores. El diseño de la tarea incluyó dos niveles de dificultad (estímulos ordenados versus aleatorios) y dos niveles de distracción auditiva (silencio versus ruido). Encontraron efectos significativos de interacción tratamiento × dificultad × distracción sobre la respuesta neuronal en el hipocampo, la corteza parietal ventral y el cíngulo anterior. Se observaron efectos en forma de U y U invertida entre los efectos de la nicotina en la respuesta y las demandas de la tarea, dependiendo del área del cerebro. Estos resultados sugieren que la nicotina puede afectar diferencialmente la respuesta neuronal dependiendo de las condiciones de la tarea.

En un estudio en donde se evaluó el efecto de la nicotina sobre la velocidad de procesamiento con información visual en fumadores, se encontró un mejor desempeño y una mayor actividad neuronal en las cortezas parietal y occipital, en el tálamo y en el caudado, y una disminución de la actividad en las regiones frontal izquierda, cíngulo anterior y posterior, ínsula y parahipocampal izquierdo. (Azizian, 2009) Esto también se asocia a la alta densidad de receptores colinérgicos nicotínicos en el tálamo (Garibotto et al., 2020) y en el caudado (Azizian, 2009), y el aumento de la actividad neuronal en estas regiones puede reflejar modulaciones en la excitación y en la actividad motora que mejora la atención sostenida.

Este tipo de estudios que exploran los mecanismos nicotínicos neurales que subyacen a las funciones cognitivas son sumamente relevantes para comprender los mecanismos que perpetúan la adicción.

Por otro lado, se han desarrollado alternativas terapéuticas para dejar de fumar que proveen nicotina por una vía distinta a la pulmonar. Estos productos de reemplazo de nicotina podrían funcionar como intervención para trastornos que conllevan deficiencias cognitivas. De hecho, ya se han considerado como coadyuvante en el tratamiento en la enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), por ejemplo. Esta alternativa podría ayudar a aminorar el déficit. (Alkadhi, 2018; Esteves et al., 2017; Featherstone & Siegel, 2015; Kollins et al., 2020)

Síndrome abstinencia

Una vez que se ha desarrollado la adicción, la supresión de nicotina provoca un síndrome de abstinencia. Los efectos alcanzados durante la etapa de intoxicación son reemplazados por sensaciones opuestas. Muchos consumidores de tabaco reportan diversos beneficios

en el desempeño cognitivo durante los primeros minutos, pero conforme se desarrolla la dependencia, las personas perciben fallas cognitivas una vez que la nicotina se metaboliza y ya no está teniendo efecto en el organismo.

Por este motivo, las primeras semanas en las que una persona deja de fumar puede haber malestar por las dificultades percibidas para concentrarse, recordar y aprender cosas nuevas.

Los efectos negativos sobre la cognición de la abstinencia de tabaco se conocen desde hace varios años. El estudio de Ernst, Heishman, Spurgeon, & London (2001) examinó los efectos de la abstinencia del tabaquismo, del historial de tabaquismo y de la administración de nicotina en la atención visual (tarea de búsqueda de 2 letras en una plantilla), el procesamiento de información verbal (tarea de razonamiento lógico) y la memoria de trabajo (tareas *N-Back*). En este estudio participaron catorce fumadores, 15 exfumadores y 9 nunca fumadores. Todos los sujetos participaron en una sesión de entrenamiento (con consumo previo libre) y en dos sesiones de prueba posteriores después de la administración de 4 mg de nicotina mediante chicle de nicotina o placebo, respectivamente. A los fumadores se les solicitó que se abstuvieran de fumar 12 h cuando antes de recibir el chicle de nicotina. Se observaron efectos de mejora con la administración aguda de nicotina (independiente del historial de tabaquismo) solo con respecto al tiempo de reacción en la tarea de búsqueda de 2 letras. El rendimiento de la memoria de trabajo se asoció con la historia de consumo de tabaco, siendo que los fumadores obtuvieron peor desempeño que los sujetos que nunca habían fumado. En la tarea de razonamiento lógico no se encontraron efectos ni con la exposición aguda o ni con la exposición crónica a la nicotina. Los hallazgos de esta investigación indican que la nicotina puede influir en el enfoque de la atención en fumadores y no fumadores, y que, en algunas circunstancias, el tiempo de consumo de tabaco tiene impacto (Ernst, Heishman, Spurgeon, & London, 2001).

Más recientemente, Grundey et al. (2015) exploraron si las alteraciones fisiológicas inducidas por la nicotina en no fumadores y fumadores están asociadas con cambios cognitivos. Evaluaron el impacto de la nicotina en el rendimiento de la memoria de trabajo (con tarea secuencia de n-letras en reversa) y en los procesos de atención (prueba de interferencia de Stroop) en fumadores y no fumadores sanos. La administración de nicotina fue con parches transdérmicos y se estableció la condición placebo. Los resultados mostraron que la memoria de trabajo y los procesos de atención se ven comprometidos en los fumadores privados de nicotina en comparación con los no fumadores. Después de la administración de nicotina, el rendimiento de la memoria de trabajo en los fumadores mejoró, mientras que los sujetos no fumadores mostraron una menor precisión con un mayor número de

errores. Este trabajo demuestra que las funciones cognitivas pueden ser restauradas por la nicotina en fumadores con supresión de ésta, mientras que los no fumadores no obtienen beneficios adicionales.

El funcionamiento ejecutivo también puede verse impactado por el síndrome de abstinencia. Recordemos que el funcionamiento ejecutivo abarca una serie de funciones que permiten la conducta dirigida y con propósito. Esencialmente, cumplen una función adaptativa y que favorece la supervivencia. Las funciones ejecutivas abarcan la planeación, inhibición de la respuesta motora, verbal y emocional, organización, verificación. El funcionamiento ejecutivo tiene un correlato neuroanatómico con el lóbulo frontal.

En un estudio de neuroimagen se sometieron 33 fumadores a una exploración por resonancia magnética funcional después de 24 horas de usar un parche de nicotina o placebo durante un periodo de tiempo en que estuvieron fumando cigarros con muy bajo contenido de nicotina o se abstuvieron de fumar. Durante el escaneo, se adquirió una señal dependiente del nivel de oxigenación de la sangre (BOLD) mientras los participantes realizaban una tarea verbal *N-back*. En la condición de placebo la precisión en la tarea de *N-back* fue significativamente peor y la señal BOLD relacionada con la tarea fue menor en la corteza frontal dorsomedial en comparación a la condición con el parche de nicotina. Estos efectos se observaron independientemente de la historia de tabaquismo. Estos hallazgos arrojan evidencia sobre cómo los déficits inducidos por la abstinencia en la memoria de trabajo y los cambios en la función cerebral subyacente se deben en gran parte a la abstinencia de la nicotina en comparación (McClernon et al., 2016).

Es importante mencionar que un aspecto reforzante de la conducta puede ser la mejora cognitiva inicial, es decir, las personas pueden aprender que fumar aumenta temporalmente el funcionamiento cognitivo (mejorando algunos componentes de la atención y la memoria). Estos efectos agudos de nicotina mejoran el rendimiento cognitivo por encima de los niveles normales de los fumadores y la alteración cognitiva resultante de la abstinencia de nicotina. Ambos efectos neurobiológicos actúan como reforzadores del uso de nicotina, contribuyendo en gran medida al desarrollo de la dependencia de la nicotina. Sin embargo, fumar en exceso se asocia con deterioro cognitivo y deterioro cognitivo en la mediana edad (Waisman Campos, et al., 2016).

El efecto deletéreo puede estar asociado a los cambios neuroplásticos que provoca el consumo de nicotina, pero también el daño sistémico que se genera. El daño respiratoria y cardiovascular que conlleva el tabaquismo puede mermar la perfusión y aporte de oxígeno al cerebro, provocando daño neuronal (Noé-Díaz, García-Gómez, Sansores

& Ramírez-Venegas, 2014). Además, en el tabaquismo se desarrolla una condición de inflamación crónica de bajo grado que impacta en la síntesis de neurotransmisores (Kendall-Tackett, 2010).

Procesos cognitivos en la abstinencia a largo plazo

Finalmente, las personas que logran dejar de fumar de forma permanente también perciben cambios a largo plazo respecto a su rendimiento cognitivo. Definitivamente, no todos los procesos de abandono de tabaco son iguales. La experiencia del síndrome de abstinencia puede ser más o intensa y más o menos duradera en las personas. Pero una vez que superan la etapa de acción en la que tienen que invertir más esfuerzo para lidiar con el síndrome, el funcionamiento ejecutivo parece ser recompensado.

En el estudio de Noé-Díaz, et al.,(2018) se evaluaron las diferencias en funciones ejecutivas entre fumadores y no fumadores “sanos” y se determinaron las diferencias en funciones ejecutivas antes y después de un período de 6 meses sin fumar. Se evaluaron a 22 fumadores sanos (de 45 ± 12 años) y no fumadores (de 42 ± 11 años) con la prueba de rendimiento ejecutivo de Delis-Kaplan y se encontraron diferencias significativas en la evaluación inicial entre fumadores y no fumadores en la memoria de trabajo, fluidez verbal y subpruebas de inhibición. Los sujetos atravesaron por una intervención cognitivo conductual para dejar de fumar y tras 6 meses de abstinencia continua, se encontraron cambios en el pensamiento deductivo ($p = 0.02$), la memoria de trabajo ($p = 0.021$) y la planificación ($p 0.016$, $p 0.053$). Este trabajo sugiere que los fumadores sin comorbilidades muestran mejoría en las tareas de las funciones ejecutivas, al menos, después de 6 meses de abstinencia del tabaco (Noé-Díaz, et al., 2018). Por supuesto, es imperante considerar que no solamente la abstinencia podría estar influyendo en la mejoría, sino que la intervención cognitivo conductual también podría haber promovido el cambio en el desempeño.

Cambios epigenéticos

El tabaquismo podría provocar alteraciones cognitivas y conductuales, no solamente en la persona que consume nicotina, sino en generaciones posteriores. En el estudio de McCarthy Morgan, Lowe, Williamson, Spencer, et al. (2018) expusieron a ratas macho a nicotina antes de cruzarlas y midieron alteraciones locomotoras, capacidades atencionales y de memoria

de trabajo espacial en sus descendientes. Sorprendentemente, encontraron alteraciones en las crías y las alteraciones locomotoras y atencionales fueron encontradas en mayor medida en los descendientes macho. Los investigadores fueron más allá, e indagaron si estas alteraciones conductuales se asociaban con cambios en los patrones de metilación de ciertos genes. Entraron asociaciones entre los hallazgos conductuales y cambios en los patrones de metilación de genes que codifican para receptores de dopamina. Este estudio resulta interesante, ya que usualmente se apuntan las alteraciones epigenéticas a los efectos que tiene el ambiente sobre la madre, pero en esta investigación, se comprueba como también por vía del padre puede haber cambios en las generaciones subsecuentes.

CONCLUSIÓN

Está demostrado que la nicotina, como otras sustancias psicoactivas tienen efectos sobre la conducta y la cognición. La neuropsicología también puede atender las alteraciones provocadas por el uso de drogas legales o ilegales. En el caso particular de la nicotina, las alteraciones sobre el funcionamiento cognitivo que conlleva la abstinencia pueden ser una barrera para que la persona logre dejar de fumar permanentemente. Durante las campañas de prevención y las intervenciones no siempre se enfatizan los cambios que ocurren en el cerebro derivados del consumo y se minimizan los efectos sobre la cognición.

En medida en que esto se conozca y se aborde durante la intervención, las personas que desean dejar de fumar buscarán alternativas para mejorar su rendimiento cognitivo en la etapa más difícil del proceso de dejar de fumar.

Hall, Der-Avakian, Gould, Markou, Shoaib & Young, (2015) describen de forma muy clara los diversos efectos que se han tratado en este capítulo y señalan cómo el alivio de estados afectivos negativos y deficiencias cognitivas pueden ser razones poderosas para continuar fumando. Comparten la visión de que los efectos neuropsicológicos del tabaquismo cambian según el momento de la historia de consumo y lo ilustran claramente (figura 1).

En los diferentes niveles de intervención (prevención, cesación y mantenimiento) se pueden advertir los cambios que generará el consumo de nicotina. Esto se puede relacionar con la etapa de vida por la que atraviesan las personas que están en riesgo de consumir tabaco, o bien que ya están consumiendo. En el caso de los adolescentes, se pueden vincular las deficiencias académicas con el riesgo de desarrollar una dependencia a la nicotina. Padres y maestros de los adolescentes deben estar al tanto de esta asociación para poder intervenir

oportunamente. En el caso de los adultos que llevan varios años de consumo de tabaco y ya han desarrollado la dependencia, es importante brindar estrategias neuropsicológicas durante el tratamiento de cesación y de mantenimiento, de manera que puedan suplir los efectos benéficos de la nicotina sobre su rendimiento cognitivo con técnicas inocuas y más efectivas a largo plazo. El terapeuta puede promover estrategias de organización de tiempo, exposición a la luz, atenuación de distractores e higiene de sueño para ayudar al paciente que desea dejar de fumar a mejorar sus capacidades atencionales, mnémicas y ejecutivas sin necesidad de una sustancia psicoactiva.

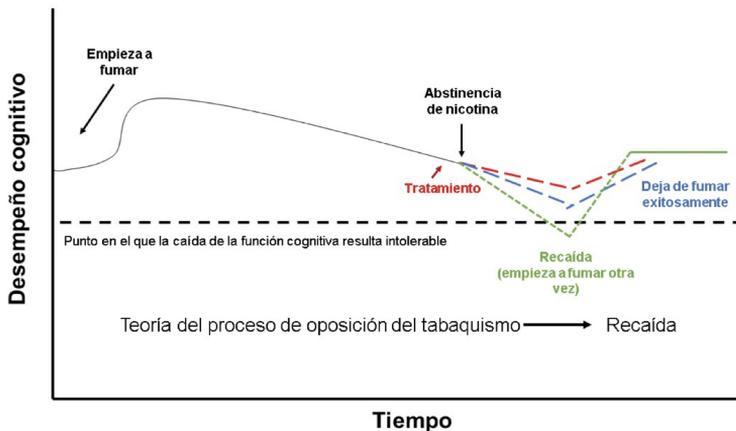


Figura 1. Resumen gráfico. Imagen tomada de Hall, F. S., Der-Avakian, A., Gould, T. J., Markou, A., Shoaib, M., & Young, J. W. (2015). Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 58, 168-185.

El consumo de tabaco puede comenzar por una necesidad que tienen las personas de mejorar una deficiencia cognitiva que existe desde la condición premórbida, no solamente a partir de que se desarrolla la adicción. Esto significa que es de gran relevancia de atender los problemas cognitivos lo más temprano posible, de forma que se pueda evitar que la persona (generalmente adolescente) comience a fumar. Las razones de una deficiencia cognitiva a temprana edad pueden ser variadas, siendo las más comunes los trastornos del neurodesarrollo y los trastornos afectivos.

REFERENCIAS

- Alkadhi, K. A. (2018). Neuroprotective effects of nicotine on hippocampal long-term potentiation in brain disorders. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 366(3), 498-508.
- Azizian, A., Monterosso, J. R., Brody, A. L., Simon, S. L., & London, E. D. (2009). Severity of nicotine dependence moderates performance on perceptual-motor tests of attention. *Nicotine & Tobacco Research*, 10(4), 599-606.
- Balfour, D. J., & Munafò, M. R. (Eds.). (2015). *The neurobiology and genetics of nicotine and tobacco* (Vol. 23). Springer.
- Bertrand, D., & Wallace, T. L. (2020). *A Review of the Cholinergic System and Therapeutic Approaches to Treat Brain Disorders*.
- Brenes, S. S., & Esquivel, L. S. (2016). Dependencia a tabaco y su tratamiento. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 6(1), 121-128.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. 2017 [citado el 13 de diciembre de 2019]; Disponible en: http://inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_DROGAS_2016-2017.pdf
- Ernst, M., & Luciana, M. (2015). Neuroimaging of the dopamine/reward system in adolescent drug use. *CNS spectrums*, 20(4), 427-441.
- Ernst, M., Heishman, S. J., Spurgeon, L., & London, E. D. (2001). Smoking history and nicotine effects on cognitive performance. *Neuropsychopharmacology*, 25(3), 313.
- Esteves, I. M., Lopes-Aguiar, C., Rossignoli, M. T., Ruggiero, R. N., Broggin, A. C. S., Bueno-Junior, L. S., ... & Leite, J. P. (2017). Chronic nicotine attenuates behavioral and synaptic plasticity impairments in a streptozotocin model of Alzheimer's disease. *Neuroscience*, 353, 87-97.
- Fagan, P., Pokhrel, P., Herzog, T. A., Pagano, I. S., Franke, A. A., Clanton, M. S., ... & Moolchan, E. T. (2015). Nicotine metabolism in young adult daily menthol and nonmenthol smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(4), 437-446.
- Featherstone, R. E., & Siegel, S. J. (2015). The role of nicotine in schizophrenia. In *International review of neurobiology* (Vol. 124, pp. 23-78). Academic Press.
- Garibotto, V., Wissmeyer, M., Giavri, Z., Ratib, O., & Picard, F. (2020). Nicotinic acetylcholine receptor density in the "Higher-Order" thalamus projecting to the prefrontal cortex in humans: a PET Study. *Molecular Imaging and Biology*, 22(2), 417-424.

- Goswami, U. (2020). *Cognitive development: The learning brain*. (2da ed.) Editorial Routledge.
- Grundey, J., Amu, R., Ambrus, G. G., Batsikadze, G., Paulus, W., & Nitsche, M. A. (2015). Double dissociation of working memory and attentional processes in smokers and non-smokers with and without nicotine. *Psychopharmacology*, 232(14), 2491-2501.
- Hahn, B. (2015). Nicotinic receptors and attention. In *The Neurobiology and Genetics of Nicotine and Tobacco* (pp. 103-135). Springer, Cham.
- Heishman, S. J., Kleykamp, B. A., & Singleton, E. G. (2010). Meta-analysis of the acute effects of nicotine and smoking on human performance. *Psychopharmacology*, 210(4), 453-469.
- Jasinska, A. J., Zorick, T., Brody, A. L., & Stein, E. A. (2014). Dual role of nicotine in addiction and cognition: a review of neuroimaging studies in humans. *Neuropharmacology*, 84, 111-122.
- Kendall-Tackett, K. E. (2010). *The psychoneuroimmunology of chronic disease: Exploring the links between inflammation, stress, and illness*. American Psychological Association
- Hall, F. S., Der-Avakian, A., Gould, T. J., Markou, A., Shoaib, M., & Young, J. W. (2015). Negative affective states and cognitive impairments in nicotine dependence. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 58, 168-185
- Knott, V., de la Salle, S., Choueiry, J., Impey, D., Smith, D., Smith, M., ... & Labelle, A. (2015). Neurocognitive effects of acute choline supplementation in low, medium and high performer healthy volunteers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 131, 119-129.
- Kollins, S. H., Sweitzer, M. M., McClernon, F. J., & Perkins, K. A. (2020). Increased subjective and reinforcing effects of initial nicotine exposure in young adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) compared to matched peers: results from an experimental model of first-time tobacco use. *Neuropsychopharmacology*, 45(5), 851-856.
- Kutlu M.G., Gould T.J. (2015) Nicotinic Receptors, Memory, and Hippocampus. In: Balfour D., Munafò M. (eds) *The Neurobiology and Genetics of Nicotine and Tobacco*. Current Topics in Behavioral Neurosciences, vol 23. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-13665-3_6
- Lee, J., Striley, C. W., Custodero, C., Rocha, H. A., & Salloum, R. G. (2019). Association of pleasant sensations at cigarette smoking initiation with subsequent tobacco product use among US adolescents. *Addictive behaviors*, 89, 151-155.

- Mashhoon, Y., Betts, J., Farmer, S. L., & Lukas, S. E. (2018). Early onset tobacco cigarette smokers exhibit deficits in response inhibition and sustained attention. *Drug and alcohol dependence*, 184, 48-56
- Mayer, B. (2014). How much nicotine kills a human? Tracing back the generally accepted lethal dose to dubious self-experiments in the nineteenth century. *Archives of toxicology*, 88(1), 5-7.
- McClernon, F. J., Froeliger, B., Rose, J. E., Kozink, R. V., Addicott, M. A., Sweitzer, M. M., ... & Van Wert, D. M. (2016). The effects of nicotine and non-nicotine smoking factors on working memory and associated brain function. *Addiction biology*, 21(4), 954-961.
- Mishra, A., Chaturvedi, P., Datta, S., Sinukumar, S., Joshi, P., & Garg, A. (2015). Harmful effects of nicotine. *Indian journal of medical and paediatric oncology: official journal of Indian Society of Medical & Paediatric Oncology*, 36(1), 24.
- Nees, F. (2015). The nicotinic cholinergic system function in the human brain. *Neuropharmacology*, 96, 289-301.
- Neumann, D. L., Sturm, A. C., Boyle, G. J., & Furedy, J. J. (2010). Effects of nicotine administration via a sublingual tablet on arousal and verbal ability in non-smokers. *Australian Journal of Psychology*, 62(2), 75-81.
- Noé-Díaz, V., García-Gómez, L., Sansores, R. H., & Ramírez-Venegas, A. (2014). Impacto del tabaquismo y la EPOC sobre el funcionamiento cerebral. *NCT Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(3), 196-204.
- Noé-Díaz, V., Salinas-Rivera, E., Cruz-Pérez, F., García-Gómez, L. A., Mandujano-Baeza, E., Ortiz-Moncada, G., ... & Sansores, R. H. (2018). Changes on executive functions before and after quitting smoking: Pilot study. *Journal of Substance Use*, 23(5), 452-456.
- Shah, D., Impey, D., Chique-Alfonzo, M., Fisher, D., Lorenzo-López, L., & Knott, V. (2011). Neural effects of acute nicotinic treatment on visual spatial attention in non-smokers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 100(2), 228-236.
- Sharp, B. M. (2019). Basolateral amygdala, nicotinic cholinergic receptors, and nicotine: Pharmacological effects and addiction in animal models and humans. *European Journal of Neuroscience*, 50(3), 2247-2254.
- Smucny, J., Olincy, A., Eichman, L. S., & Tregellas, J. R. (2015). Neuronal effects of nicotine during auditory selective attention. *Psychopharmacology*, 232(11), 2017-2028.

- Spear, L. P. (2013). Adolescent neurodevelopment. *Journal of adolescent health, 52*(2), S7-S13.
- Tiwari, R. K., Sharma, V., Pandey, R. K., & Shukla, S. S. (2020). Nicotine Addiction: Neurobiology and Mechanism. *Journal of Pharmacopuncture, 23*(1), 1.
- Valentine, G., & Sofuoglu, M. (2018). Cognitive effects of nicotine: recent progress. *Current Neuropharmacology, 16*(4), 403-414.
- Vangkilde, S., Bundesen, C., & Coull, J. T. (2011). Prompt but inefficient: nicotine differentially modulates discrete components of attention. *Psychopharmacology, 218*(4), 667-680.
- Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of addiction: relevance to prevention and treatment. *American Journal of Psychiatry, 175*(8), 729-740.
- Waisman Campos, M., Serebrisky, D., & Mauricio Castaldelli-Maia, J. (2016). Smoking and cognition. *Current drug abuse reviews, 9*(2), 76-79.
- Wardhani, I. K. (2018). Does nicotine improve attention? Effects of a single administration of low-dose nicotine on cognitive performance of non-nicotine users (Master's thesis).
- Yuan, M., Cross, S. J., Loughlin, S. E., & Leslie, F. M. (2015). Nicotine and the adolescent brain. *The Journal of physiology, 593*(16), 3397-3412.

Segunda parte

*Si crees que el problema está ahí afuera,
para. Ese pensamiento es tu problema.*

(Stephen Covey).

Variables psicológicas vinculadas al conflicto en el noviazgo

María Sughey López-Parra⁵

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Las relaciones interpersonales son inherentes al ser humano por lo que se hace evidente la importancia su estudio, sobre todo al vincularlos con lo que ocurre en el ámbito de pareja; pues en torno a ello surgen diferentes procesos, tanto positivos como negativos. Es justo en torno a los negativos que se da un fenómeno relevante para esta investigación, este es el conflicto de pareja. Por tanto, aunque es bien sabido que el conflicto se considera como normal e inevitable en toda relación (Cahn, 1992), también es cierto que si no se maneja de forma adecuada puede generar secuelas negativas tanto de forma individual como para la relación de pareja (López-Parra, 2013).

Para esta investigación, un elemento fundamental es entender cómo la etapa de vida en la que se encuentran los integrantes de la pareja tiene impacto en la forma en la que se vive el conflicto, de manera particular en la etapa de noviazgo. De acuerdo con Alatríste (2004) el noviazgo inicia usualmente durante la adolescencia; y es justo en esta etapa en la que las relaciones interpersonales recobran una gran importancia. En esta etapa empiezan a disminuir los lazos amorosos que tenían los jóvenes durante su infancia con sus padres, y comienzan a buscar nuevas relaciones interpersonales con diferentes personas como amigos, compañeros y la pareja (González, 2004). Al respecto es importante decir que, si bien el noviazgo se asocia a la juventud, lo cierto es que a lo largo de toda la vida pueden establecerse nuevas relaciones de pareja que impliquen un periodo de noviazgo o cortejo.

El noviazgo puede entenderse como una fase de encuentro y conocimiento del otro, dentro de sus principales características se encuentra que tiene un carácter transitorio, mismo que se considera fundamental para construir y consolidar una relación de pareja que puede derivar o no en una relación estable (Romo, 2008). De acuerdo con Sánchez-Aragón y Díaz-Loving (1999) el noviazgo implica atracción y el conocimiento de la otra

⁵ Contacto sughey.unam@gmail.com

persona, comenzando a descubrir gustos, hábitos o intereses; y con base en ello se puede decidir si se quiere iniciar una relación con la otra persona o no. Esta etapa se considera relevante en la vida de las personas, pues es a través de ella, que se busca fortalecer una relación, no obstante, también es importante decir que en la actualidad las relaciones de pareja, sobre todo en las generaciones más jóvenes están sufriendo transformaciones (López-Parra, 2013).

Si se entiende al noviazgo como una etapa temporal, esta puede ser vista como un periodo de aprendizaje en cuestión de las relaciones interpersonales, en el que dichas interacciones pueden derivar en patrones de conducta con dos posibles resultados, positivos y negativos, es precisamente en esta esfera en la que puede darse el conflicto. De acuerdo con la Real Academia Española de la Lengua (2009) la palabra conflicto se deriva del latín *conflictus*, que se entiende como choque; al hablar en términos psicológicos, se entiende a éste como la coexistencia de dos tendencias contradictorias en el individuo capaces de generar angustia y trastornos. Ahora bien, al tratar el tema del conflicto desde una perspectiva social y que se concibe de forma más amplia, se observa al conflicto como una percepción en la que los intereses de dos personas son diferentes; o bien como la creencia de que se tienen aspiraciones que no son compatibles y no se pueden alcanzar de forma simultánea por quienes se encuentran involucrados en el conflicto (Pruitt & Rubin, 1986).

El conflicto en la pareja se refiere a la presencia de desacuerdos o incompatibilidades por parte de uno o de ambos integrantes de la pareja y que implica a la relación. El conflicto de pareja surge entonces cuando la pareja y sus componentes tienen inconvenientes para lograr llegar a un acuerdo, o bien surgen problemas para lograr conciliar los intereses que cada uno tiene en la relación (Díaz-Loving, 1996). En este sentido se puede concebir al conflicto de pareja como un fenómeno que tiene diferentes aristas: los elementos que lo causan, la forma en la que los integrantes de la pareja afrontan los problemas y las consecuencias de ese afrontamiento (Mcfarland, & Christensen, 2000).

En este trabajo en particular, se abordarán sólo los aspectos vinculados a las fuentes de conflicto, debido a que éstas se vinculan con patrones de interacción diádicos que generan conductas problemáticas (Cahn, 1992). Así, al hablar de las áreas del conflicto, éstas podrían clasificarse en dos grandes áreas: causas internas (del individuo) y causas externas (de la situación u otros). Ahora bien, al hablar de forma particular sobre los temas que generan problemas, se ha encontrado que las parejas recién casadas y establecidas, se quejan de que las fuentes principales del conflicto van desde características y comportamientos personales (e. g. celos, comunicación, maltrato verbal y físico) hasta elementos materiales (e. g. dinero, bienes inmuebles) o terceros (e. g. hijos o familia política) (López-Parra, 2013).

Justo es a partir de estos elementos que surge la idea de analizar si estas áreas son similares al estudiarlas en una etapa diferente de la pareja como lo es el noviazgo; en el entendido de que la interacción se torna diferente, pues no tienen vida en conjunto.

El conflicto de pareja no puede analizarse como un elemento aislado, pues como se describió previamente, respecto a las fuentes de conflicto, éstas están en función de aspectos y variables tanto personales como externas. Dentro de las variables externas que se han vinculado con la presencia del conflicto se encuentra la sociocultura, pues la manera en la que se relacionan las personas se da en un contexto socio-histórico dado; es decir que sus gustos, normas y valores, son influidos por lo que las personas vieron y vivieron con su familia de origen (Sánchez-Aragón, 2002). La sociocultura contribuye en la forma en que se enseña a hombres y mujeres a través de la familia, a construir las relaciones íntimas; de tal manera que la forma en la que definan y estructuren relaciones como el matrimonio o el noviazgo se verán influidas invariablemente por una sociocultura dada, así como la manera en que éstas se lleven, incluyendo la forma en la que resuelven las problemáticas que se les presentan día con día (Díaz-Loving, 1999).

Otra variable vinculada al conflicto de pareja es el amor, éste se entiende como el conjunto de pensamientos, sentimientos, motivaciones, reacciones fisiológicas, acciones y declaraciones que ocurren en las relaciones interpersonales (Yela, 2001). Maureira (2011) sugiere que existen dos componentes del amor uno biológico (estructuras fisiológicas y neurotransmisores específicos) y otro social (vinculado con el romance, la intimidad y el compromiso). El amor en la pareja implica pues combinaciones de intimidad, pasión y compromiso, componentes que cambian de acuerdo con diferentes momentos históricos, lugares geográficos y culturas (Sternberg, 1989, 2000); y que pueden resultar en amor para unos y desamor para otros. En este sentido, si bien el noviazgo puede entenderse como la etapa en la que el amor tiene su máxima expresión, que se caracteriza por la idealización, la fascinación (Hatfield & Rapson, 1987); así como a la euforia y las recompensas, que hacen que se vea como si el amor nunca fuese a terminar (Gray & Steinberg, 1999; Hatfield & Rapson, 2008); también puede ser base de experiencias dolorosas.

Aunado al amor (o en su caso desamor) y la cultura, la comunicación es otro factor fundamental para estudiar el conflicto de pareja, pues se parte del supuesto de que una buena comunicación promoverá un manejo del conflicto adecuado; lo que puede generar a su vez el que los miembros de la pareja estén satisfechos y su relación se mantenga, mientras que una comunicación inadecuada, puede generar insatisfacción con la relación, problemas y el término de la relación. La comunicación en la pareja es el medio con el que se expresan sentimientos, pensamientos, temores, la percepción que se tiene de la pareja,

se negocia y se resuelven problemas (Flores, 2011; Ojeda, Sánchez, Díaz & Rivera, 1996; Soller, 1982 en Kimble et al., 2002). Por ello es tan importante su vínculo con el conflicto, en particular los estilos de comunicación, pues estos implican el cómo se dice algo, cómo se transmite; además de que se considera como un aspecto que refleja poco o mucho de la personalidad del individuo. Los estilos de comunicación se pueden agrupar en dos polos, uno positivo y otro negativo, dentro del positivo están: el romántico, abierto y positivo; y del lado negativo se encuentran: el callado, negativo y violento (Sánchez-Aragón & Díaz-Loving 2003). Así, cuando una persona transmite un mensaje de forma positiva, es decir, utiliza un estilo de comunicación positivo, muy probablemente su mensaje tenga un impacto bueno en la relación y viceversa, relacionándose los estilos de comunicación negativos con aspectos relacionados al conflicto (Sánchez-Aragón, 2002).

Otra de las variables negativas vinculadas al conflicto son los celos. Estos son vistos como un sentimiento de temor a la pérdida de una atención especial, teniendo como foco la de ser indispensable. Cuando se experimentan celos, también surgen sensaciones como venganza e indignación; pues al sentir celos la persona duda y se compara obsesivamente con el que considera su rival, por lo que tiende a desencadenar estos sentimientos (Reidl, 2005). Así pues, los celos se consideran como un estado sentimental y emocional ante una violación a la regla de exclusividad, sea esta real o imaginaria, por parte de un miembro de la pareja y se caracterizan por miedo a la derrota, ansiedad, desconfianza, ira, baja autoestima y la motivación del acercamiento, podría decirse que los celos pueden entenderse como un mecanismo psicológico para hombres y mujeres (Parrot & Smith, 1993; Reidl, Sierra, Domínguez & González, 2000; DeSteno, Valdesolo & Bartlett, 2006; Harmon-Jones, Peterson & Harris, 2009). Se habla de que los celos pueden tener una función positiva en la relación, pues se supone que la presencia de estos podría propiciar una re-examinación de la relación, sentirse más apasionado(a) por su pareja, así como volverse más comprometido con la relación (Pines, 1992, como se citó en Guerrero & Andersen, 1998). No obstante, los celos, generalmente pueden influir en el conflicto y ser causa del mismo, pues entran en juego cuando una relación colateral quebranta a la relación primaria.

Finalmente, y vinculada con los celos se encuentra la infidelidad, esta es vista como la violación a las normas básicas de la relación en función de la interacción entre los integrantes de la pareja, dicha violación puede darse por parte de uno de los miembros de la pareja hacia el otro que se siente traicionado (Kluwer & Karremans, 2009). Diferentes autores perciben a la infidelidad como la falta de compromiso marital-sexual que se vincula con el sentido de propiedad (Jacobo, 2005; Green & Sabini, 2006; Whisman, Gordon & Chatav, 2007; Romero, 2007; Ayala, Rivera & Díaz, 2008; Romero & Rivera, 2008). Sin embargo, Afifi, Falato y Weiner (2001) relacionan un aspecto emocional al concepto de infidelidad,

pues lo consideran no sólo como una conducta sexual, sino también romántica, que se da fuera de una relación convenida entre miembros casados o no, que cohabitan o no. De esta manera se percibe a la infidelidad en la pareja como una fuente de conflictos; ya que si uno de los integrantes de la pareja no se siente a gusto en la relación puede buscar otra relación que perciba como más positiva.

El conflicto en la pareja es multidimensional y multifactorial, por ello el objetivo de este trabajo fue conocer la relación que existe entre la cultura y los estilos y conductas de interacción en la pareja (amor, comunicación, celos e infidelidad) con el conflicto, de forma particular, con las causas de conflicto.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra de 803 jóvenes de la zona metropolitana del valle de México (392 hombres y 411 mujeres) de 18 a 28 años ($M= 21$, $D. E.= 2.8$) que al momento del estudio tenían una relación de noviazgo de 1.8 años en promedio, tomando como criterios de inclusión que su relación fuera de al menos un mes y como criterio de exclusión que tuvieran hijos o vivieran juntos.

Instrumentos

Se utilizó la Escala Multidimensional de Conflicto en el Noviazgo (López-Parra, 2013), compuesta por cinco subescalas con opción de respuesta tipo Likert pictográfico que van de siempre (5) a nunca (1):

- Subescala de causas de conflicto. Evalúa los antecedentes generadores de conflicto. Conformada 38 reactivos divididos en seis factores (F1 Intolerancia, F2 Agresión, F3 Preferencias F4 Deshonestidad, F5 Apatía, y F6 posesividad), tiene un alfa de .95 y explica el 56.69% de la varianza.
- Subescala de manejo del conflicto Yo. Mide las formas en las que la persona se comporta frente a una situación conflictiva. Se conforma de 32 reactivos distribuidos en 6 factores (F1 Intolerante, F2 Evitante, F3 Negociador, F4. Afecto-negativo, F5 Retirada y F6 Acomodación) tiene un alfa de .77 y explica el 54.5% de la varianza.

- Subescala de manejo del conflicto Pareja. Mide la forma en las que la persona percibe que se su pareja se comporta frente a una situación conflictiva. Está conformada por 34 reactivos distribuidos en 5 factores (F1 Agresivo-evitante, F2 Ataque-defensa, F3 Apático, F4 No colaborador y F5 Chantaje) con un alpha total de .89.
- Subescala de consecuencias del conflicto en la relación. Evalúa las afectaciones derivadas de los conflictos para la relación. Se conforma por 35 reactivos distribuidos en cuatro factores (F1 Separación, F2 Interacción negativa, F3 Salud mental y F4 Violencia) y tiene un alpha de .97 y explica el 64.09% de la varianza.
- Subescala de consecuencias del conflicto Yo. Evalúa las afectaciones derivadas de los conflictos para la persona. Se conforma por 38 reactivos distribuidos en tres factores (F1 Salud mental, F2 Resentimiento y F3 Depresión) y tiene un alpha de .97 y explica el 60.95% de la varianza.

También se utilizó la Escala de Premisas Histórico-socioculturales en su versión adaptada por García-Méndez (2007) está conformada por 33 reactivos dicotómicos, distribuidos en 7 factores (F1 Obediencia afiliativa, F2 Consentimiento, F3 Autoafirmativo, F4 Status quo, F5 Temor a la autoridad, F6 Marianismo y F7 Honor familiar) que explican el 57% de la varianza total, con un Alpha de Cronbach global de .8284.

Además, se utilizó el Inventario de Estilos de Comunicación (Sánchez-Aragón & Díaz-Loving, 2003) que se encuentra dividido en dos versiones una para evaluar cómo me comunico con mi pareja, ésta consta de 36 reactivos dividida en dos dimensiones, yo positivo y yo negativo; y otro para evaluar cómo se comunica mi pareja conmigo, que en su versión corta consta de 42 reactivos divididos en dos dimensiones, mi pareja positiva y mi pareja negativa. Y tiene un alfa de .89 y sus factores explican entre el 50.92% al 62.12% de la varianza.

Se aplicó la Escala de Inclusión del Otro en el yo (Aaron, Aaron & Smollan, 1992), para evaluar forma de definir la cercanía percibida en la relación de pareja. Esta escala consiste en un único reactivo Likert pictográfico en el que la persona debe seleccionar la imagen que mejor describa su relación de pareja en una serie de 7 diagramas (como los de Venn), cada uno representa diferentes grados de traslape entre los círculos (Sánchez, 1995).

Se utilizó el Inventario de Amor (Sánchez-Aragón, 1995) que evalúa los tres elementos básicos del amor. Este inventario consta de 35 reactivos con cinco opciones de

respuesta tipo Likert que van de totalmente de acuerdo (5) a totalmente en desacuerdo (1). Esta distribuida en 3 factores (F1 Intimidad, F2 Pasión y F3 Compromiso) que explican el 64.2% de la varianza y tiene un alfa total de .89.

También se utilizó el Inventario de Estilos de Poder en su versión corta (Rivera-Aragón & Díaz-Loving, 2002) que está conformada por 39 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de siete opciones (que va de nunca a siempre). Los 39 ítems se organizan en ocho factores (F1 Autoritario, F2 Afectuoso, F3 Democrático, F4 Tranquilo-conciliador, F5 Negociador, F6 Agresivo-evitante, F7 Laissez-Faire y F8 Sumiso) que explican el 51.4% de la varianza y presenta un alpha total de .90.

Se trabajó con el Inventario de Celos (Rivera & Díaz-Loving, 2010) conformado por 115 reactivos divididos en 12 factores (F1 Respuestas emocionales generadas por celos, F2 Enojo, F3 Actitud negativa, F4 Dolor, F5 Control, F6 Temor, F7 Obsesión por la pareja, F8 Susplicacia e intriga, F9 Confianza-desconfianza, F10 Confianza, F11 Frustración, y F12 Desconfianza) que explican el 69.8% de la varianza.

Se utilizó la Subescala de Conducta Infiel del Inventario Multidimensional de Infidelidad (Romero, 2007). Que consta de 48 reactivos distribuidos en cuatro factores (F1 Infidelidad sexual, F2 Infidelidad emocional, F3 Deseo de infidelidad sexual y F4 Deseo de infidelidad emocional) que explican el 70% de la varianza y tiene una alpha de .98.

Procedimiento

Se pidió la cooperación voluntaria de las personas para contestar los instrumentos, dichos instrumentos fueron aplicados en lugares concurridos como plazas, centros comerciales, escuelas, etc. A las personas que accedieron a participar en el estudio, se les garantizó su confidencialidad, luego se les proporcionaron los instrumentos y al final se agradeció su cooperación. Si bien los instrumentos eran autoaplicables, el investigador permaneció presente en todo momento por cualquier duda que le surgiera al respondiente.

RESULTADOS

Con la finalidad de ver la relación que existe entre las causas de conflicto y las premisas histórico-socioculturales, los estilos de comunicación en la pareja, el amor, los celos y la infidelidad, se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson.

En la tabla 1 se observa que en los hombres existen correlaciones significativas entre las premisas de consentimiento, status quo familiar, marianismo y honor familiar, con la intolerancia como causa de conflicto; además el honor familiar se relaciona significativamente con la agresión, preferencias y posesividad como causas de conflicto; finalmente la obediencia afiliativa, el consentimiento, el temor a la autoridad y el marianismo se relacionan positiva y significativamente con la posesividad como causa de conflicto. En las mujeres se observa que cuando éstas tienen creencias relacionadas con el temor a la autoridad, las causas de conflicto son por tener formas de ser diferentes o tener actividades diferentes a las de la pareja, mientras que cuando las mujeres tienen creencias relacionadas con anteponer los intereses propios por sobre los de los otros, las causas de conflicto son por el dominio de la pareja.

Tabla 1. Correlación entre causas de conflicto y premisas histórico socioculturales.

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	M	DE
1. Obediencia afiliativa	-	,33**	-,15**	,06	,18**	,39**	,36**	-,05	-,09	-,11*	-,10*	-,03	-,14**	1,29	,31
2. Consentimiento	,40**	-	,13*	,00	,23**	,38	,14**	-,11*	-,05	-,11*	-,02	-,02	-,12*	1,29	,32
3. Auto-afirmativo	-,17**	,09	-	,16**	,40**	,14**	,04	-,02	,03	,02	,08	,04	,01	1,36	,39
4. Status quo familiar	-,04	,03	,12*	-	,13*	,20**	,21**	-,11*	,02	,06	,01	,01	,02	1,64	,27
5. Temor a la autoridad	,18**	,27**	,32**	,19**	-	,30**	,08	-,01	-,05	-,06	,02	,04	-,07	1,35	,39
6. Marianismo	,41**	,43**	,08	,11*	,31**	-	,31**	-,11*	-,04	-,06	-,06	,01	-,08	1,34	,27
7. Honor Familiar	,33**	,38**	,04	,12*	,20**	,35**	-	-,08	-,09	-,10*	-,03	-,03	-,05	1,36	,38
8. Intolerancia	-,04	-,05	,00	-,05	,07	-,04	-,07	-	,68**	,59**	,62**	,54**	,66**	2,67	,95
9. Agresión	-,14**	-,09	,07	,02	,05	-,07	-,03	,56**	-	,71**	,69**	,54**	,64**	2,02	1,10
10. Preferencias	-,06	-,10*	,07	,09	,10*	,00	,00	,48**	,66**	-	,62**	,60**	,61**	1,99	,96
11. Deshonestidad	-,06	-,07	,13	,05	,08	-,03	-,03	,57**	,61**	,57**	-	,58**	,70**	2,25	1,12
12. Apatía	-,04	-,07	,05	,00	,07	-,01	-,04	,67**	,55**	,66**	,67**	-	,49**	2,25	1,33
13. Posesividad	-,08	-,14**	,08	,04	,01	-,06	-,04	,66**	,59**	,58**	,71**	,65**	-	2,56	,97
M	1,29	1,29	1,30	1,64	1,37	1,36	1,34	2,65	,95	2,01	1,06	2,05	,98		
DE	,33	,32	,37	,26	,40	,26	,38	2,29	1,16	2,31	,91	2,53	,93		

Nota: Las correlaciones intercorrelaciones para hombres (n=225) se presentan arriba de la diagonal y las intercorrelaciones para mujeres (n=225) se aparecen debajo de la diagonal. La media y desviaciones estándar para los hombres se presentan en las columnas verticales, y las medias y desviaciones estándar para mujeres se presentan en las filas horizontales. *p<.05, ** p<.001.

En cuanto a las causas de conflicto y los estilos de comunicación yo positivo en la tabla 2 se observan de manera general correlaciones negativas entre las causas de conflicto y los estilos de comunicación positivos. En hombres se observa que el factor social afiliativo correlaciona de manera negativa pero significativamente con las causas de conflicto de intolerancia, agresión, preferencias, deshonestidad y posesividad; asimismo, existe una correlación significativa entre el factor claro con la intolerancia. Así, se ve que cuando los hombres no son amables, amistosos o atentos a la hora de comunicarse, hay más conflicto por intolerancia, agresión, tener gustos o ideas diferentes y ser posesivos. Asimismo, cuando los hombres son menos prudentes, tolerantes y congruentes a la hora de comunicarse con sus parejas existirán más problemas por intolerancia. Por su parte en las mujeres se observa que cuando estas no son claras o son incongruentes a la hora de comunicarse con sus parejas, habrá más problemas por intolerancia.

Tabla 2. Correlación entre causas de conflicto y estilos de comunicación yo positivo.

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	M	DE
Social afiliativo	-	,44**	,34**	,23**	,37**	,31**	,50**	-,23**	-,27**	-,21**	-,20**	-,15**	-,17**	3,97	,94
Social Auto-modificador	,49**	-	,35**	,30**	,58**	,46**	,50**	-,20**	-,13**	-,10	-,10	-,11	-,11	3,72	,89
Simpático	,35**	,23**	-	,22**	,34**	,29**	,27**	-,05	-,07	-,11	-,02	-,05	-,01	3,62	,88
Abierto	,42**	,26**	,36**	-	,34**	,32**	,46**	,02	-,12*	-,08	-,06	-,04	-,02	3,85	,89
Social normativo	,50**	,51**	,29**	,35**	-	,56**	,57**	-,13**	-,08	-,07	-,04	-,11	-,09	3,76	,87
Reservado reflexivo	,39**	,38**	,30**	,26**	,48**	-	,57**	-,01	,01	,02	,09	,01	,03	3,46	,90
Claro	,50**	,38**	,29**	,42**	,57**	,51**	-	-,14**	-,12*	-,09	-,10	-,11	-,11	3,83	,94
Intolerancia	-,10	-,11	,00	,01	-,06	,03	-,09	-	,68**	,59**	,62**	,54**	,66**	2,67	,95
Agresión	-,09	-,08	-,07	-,08	-,03	-,03	-,07	,56**	-	,71**	,69**	,54**	,64**	2,02	1,10
Preferencias	-,12*	-,14**	-,08	-,04	-,08	-,06	-,11	,48**	,66**	-	,62**	,60**	,61**	1,99	,96
Deshonestidad	-,08	-,05	-,03	-,03	-,07	-,03	-,06	,57**	,61**	,57**	-**	,58**	,70**	2,25	1,12
Apatía	-,11	-,12*	-,01	-,03	-,07	,02	-,07	,67**	,55**	,66**	,67**	-	,49**	2,25	1,33
Posesividad	-,12*	-,08	-,01	,00	-,05	,00	-,09	,66**	,59**	,58**	,71**	,65**	-	2,56	,97
M	4,04	3,73	3,74	3,90	3,70	3,33	3,80	2,65	,95	2,01	1,06	2,05	,98		
DE	,89	,89	,92	,82	,89	,93	,88	2,29	1,16	2,31	,91	2,53	,93		

Nota: Las correlaciones intercorrelaciones para hombres (n=225) se presentan arriba de la diagonal y las intercorrelaciones para mujeres (n=225) se aparecen debajo de la diagonal. La media y desviaciones estándar para los hombres se presentan en las columnas verticales, y las medias y desviaciones estándar para mujeres se presentan en las filas horizontales. *p< .05, ** p< .001.

Respecto a las causas de conflicto y los estilos de comunicación yo negativo en la tabla 3 se observan correlaciones positivas y significativas entre los factores de ambas escalas, tanto en hombres como en mujeres. En los hombres se observan correlaciones positivas y significativas entre los factores de violencia instrumental, evitante, hiriente expresivo, autoritario e irritante expresivo con todos los factores de causas de conflicto. Es decir, cuando los hombres son violentos, evitantes, intolerantes, autoritarios y difíciles al comunicarse con sus parejas, existirán más problemas por la intolerancia, agresión, tener gustos diferentes, deshonestidad, apatía y posesividad. A su vez, en las mujeres se ven correlaciones positivas y significativas entre los factores de violencia instrumental, evitante e hiriente expresivo y todos los factores de causas de conflicto; mientras que los factores de autoritario e irritante expresivo sólo correlacionaron significativamente de manera positiva con los factores de intolerancia, preferencias, deshonestidad, apatía y posesividad. Lo que implica que cuando las mujeres son enérgicas, exigentes, latosas y difíciles al comunicarse con su pareja, se puede generar conflicto por no aceptar las opiniones del otro, tener gustos diferentes, la deslealtad, el desinterés y posesividad.

Tabla 3. Correlación entre causas de conflicto y estilos de comunicación yo negativo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	M	DE
Violencia instrumental	-	.38**	.56**	.48**	.40**	.31**	.28**	.27**	.26**	.25**	.27**	1,69	,88
Evitante	.37**	-	.52**	.30**	.26**	.25**	.29**	.26**	.21**	.19**	.23**	2,12	,94
Hiriente expresivo	.54**	.52**	-	.48**	.45**	.31**	.27**	.24**	.22**	.19**	.24**	1,90	,96
Autoritario	.43**	.29**	.46**	-	.39**	.27**	.16**	.20**	.17**	.13*	.19**	2,65	,92
Irritante expresivo	.37**	.25**	.47**	.52**	-	.26**	.16**	.19**	.21**	.20**	.18**	2,53	,90
Intolerancia	.15**	.14**	.23**	.15**	.20**	-	.68**	.59**	.62**	.54**	.66**	2,67	,95
Agresión	.20**	.16**	.16**	.06	-.03	.56**	-	.71**	.69**	.54**	.64**	2,02	1,10
Preferencias	.25**	.16**	.20**	.17**	.09	.48**	.66**	-	.62**	.60**	.61**	1,99	,96
Deshonestidad	.15**	.11	.13*	.12*	.04	.57**	.61**	.57**	-	.58**	.70**	2,25	1,12
Apatía	.18**	.09	.19**	.17**	.15**	.67**	.55**	.66**	.67**	-	.49**	2,25	1,33
Posesividad	.19**	.13*	.24**	.15**	.11	.66**	.59**	.58**	.71**	.65**	-	2,56	,97
M	1.57	2.00	1.86	2.61	2.58	2,65	,95	2,01	1,06	2,05	,98		
DE	.83	.90	.91	.91	.89	2,29	1,16	2,31	,91	2,53	,93		

Nota: Las correlaciones intercorrelaciones para hombres (n=225) se presentan arriba de la diagonal y las intercorrelaciones para mujeres (n=225) se aparecen debajo de la diagonal. La media y desviaciones estándar para los hombres se presentan en las columnas verticales, y las medias y desviaciones estándar para mujeres se presentan en las filas horizontales. *p< .05, ** p< .001

En lo relacionado a las causas de conflicto y el amor en la tabla 4 se aprecia que el factor de intimidad tiene una correlación negativa y significativa tanto en hombres como en mujeres con los factores de intolerancia, preferencias, deshonestidad y apatía. Lo anterior sugiere que cuando existe menos cercanía, unión y vinculación se sienta por su pareja habrá más problemas por intolerancia, tener gustos diferentes, ser desleales y el desinterés. Al analizar los resultados en hombres se observa que los factores de pasión y compromiso correlacionan negativa pero significativamente con los factores de intolerancia, preferencias, deshonestidad y apatía; así, se puede decir, que mientras más atracción e interés por mantener la relación se tenga, habrá menos problemas por intolerancia, tener gustos diferentes, deslealtad y desinterés. Por otra parte, se encontró una correlación significativa y negativa entre los factores de intimidad y pasión con el factor de posesividad, lo anterior implica que hay cercanía y atracción existirán menos problemas por tratar de dominar al otro. En cuanto a las mujeres, se observa que únicamente existe correlación significativa de manera negativa entre el factor de compromiso con el factor de intolerancia, esto es, mientras mayor comprometidas estén con la relación habrá menos problemas por intolerancia.

Tabla 4. Correlación entre causas de conflicto y amor.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M	DE
Intimidad	-	,68**	,77**	-,23**	-,21**	-,26**	-,27**	-,29**	-,20**	4,22	,68
Pasión	,63**	-	,55**	-,14**	-,12*	-,18**	-,21**	-,22**	-,17**	4,15	,77
Compromiso	,74**	,47**	-	-,22**	-,14**	-,16**	-,23**	-,28**	-,13*	3,97	,79
Intolerancia	-,24**	-,04	-,16**	-	,68**	,59**	,62**	,54**	,66**	2,67	,95
Agresión	-,12*	-,04	-,02	,56**	-	,71**	,69**	,54**	,64**	2,02	1,1
Preferencias	-,21**	-,10	-,06	,48**	,66**	-	,62**	,60**	,61**	1,99	,96
Deshonestidad	-,26**	-,09	-,17**	,57**	,61**	,57**	-	,58**	,70**	2,25	1,12
Apatía	-,27**	-,10	-,17**	,67**	,55**	,66**	,67**	-	,49**	2,25	1,33
Posesividad	-,22**	-,01	-,11	,66**	,59**	,58**	,71**	,65**	-	2,56	,97
M	2,65	2,01	2,05	2,29	2,31	2,53	4,22	4,16	4,06		
DE	,95	1,06	,98	1,16	,91	,93	,67	,78	,76		

Nota: Las correlaciones intercorrelaciones para hombres (n=225) se presentan arriba de la diagonal y las intercorrelaciones para mujeres (n=225) se aparecen debajo de la diagonal. La media y desviaciones estándar para los hombres se presentan en las columnas verticales, y las medias y desviaciones estándar para mujeres se presentan en las filas horizontales. *p<.05, ** p<.001.

En lo que respecta a las causas de conflicto y los celos, en la tabla 5 se observa que para los hombres existen correlaciones positivas entre la mayoría de los factores de celos con las distintas causas de conflicto, a excepción de los factores confianza-desconfianza, confianza, actitud negativa y dolor; a la vez que los factores de dolor y actitud negativa no tuvieron correlación significativa con los factores de agresión, preferencias, deshonestidad y apatía.

Tabla 5. Correlación entre causas de conflicto y celos.

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	M	DE
Respuesta emocional	-	,83**	,65**	,57**	,75**	,81**	,87	,78**	,50**	,10	,72**	,65**	,17**	,13*	,12*	,15**	,09	,23**	2,27	,95
Enojo	,83**	-	,63**	,46**	,78**	,68**	,82**	,76**	,54**	,05**	,67**	,64**	,17**	,21**	,18**	,18**	,12*	,26**	2,24	,92
Actitud Negativa	,62**	,58**	-	,64**	,65**	,66**	,59**	,52**	,29**	,41**	,70**	,44**	,08	,03	-,01	,05	,01	,12*	2,85	1,02
Dolor	,49**	,37**	,65**	-	,47**	,58**	,53**	,38**	,08	,52**	,60**	,27**	,08	,02	-,01	,01	,01	,09**	3,03	1,03
Control	,76**	,80**	,55**	,36**	-	,69**	,73**	,71**	,46**	,08	,76**	,71**	,18**	,17**	,12*	,18**	,10	,25**	2,25	,93
Temor	,83**	,68**	,59**	,54**	,66**	-	,74**	,73**	,36**	,14**	,74**	,61**	,17**	,12*	,11	,16**	,12*	,25**	2,48	1,07
Obsesión por Pareja	,88**	,85**	,57**	,43**	,77**	,73**	-	,83**	,49**	,06	,70**	,70**	,18**	,18**	,16**	,18**	,12*	,23**	2,21	,83
Suspiciona-Intriga	,80**	,79**	,51**	,31**	,74**	,74**	,84**	-	,52**	-,04	,68**	,79**	,23	,21**	,19**	,26**	,18**	,28**	2,21	,88
Confianza-desconfianza	,57**	,57**	,23**	,01	,52**	,43**	,56**	,59**	-	-,23**	,37**	,48**	,09	,17**	,18**	,16**	,07	,19**	2,62	,68
Confianza	-,01	-,04	,31**	,49**	-,08	,07	-,03	-,12*	-,33**	-	,19**	-,11	-,07	-,10	-,17**	-,11	-,08	-,12*	3,38	1,01
Frustración	,71**	,68**	,70**	,54**	,74**	,70**	,70**	,66**	,40**	,12*	-	,66**	,16**	,12*	,08	,12*	,05	,23**	2,6	,99
Desconfianza	,66**	,64**	,39**	,22**	,76**	,61**	,70**	,74**	,49**	-,19**	,65**	-	,23**	,20**	,18**	,28**	,14**	,33**	2,13	1,03
Intolerancia	,14**	,16**	,17**	,10	,15**	,14**	,15**	,17**	,08	-,0	,20**	,14**	-	,68**	,59**	,62**	,54**	,66**	2,67	,95
Agresión	,15**	,22**	,11	,01	,14**	,08	,18**	,17**	,14**	-,06	,12*	,14**	,56**	-	,71**	,69**	,54**	,64**	2,02	1,1
Preferencias	,14**	,17**	,06	-,01	,15**	,07	,16**	,17**	,14**	-,11	,11	,16**	,48**	,66**	-	,62**	,60**	,61**	1,99	,96
Deshonestidad	,12*	,14**	,06	-,06	,15**	,09	,13*	,15**	,13*	-,08	,11	,23**	,57**	,61**	,57**	-	,58**	,70**	2,25	1,12
Apatía	,09	,09	,09	,01	,08	,05	,10	,12*	,07	-,08	,10	,13*	,67**	,55**	,66	,67	-	,49**	2,25	1,33
Posesividad	,19**	,21**	,16**	,06	,26**	,18**	,22**	,25**	,13*	-,07	,24**	,25**	,66**	,59**	,58**	,71**	,65**	-	2,56	,97
M	2,29	2,2	2,89	3,06	2,33	2,5	2,24	2,18	2,62	3,43	2,64	2,21	2,65	2,01	2,05	2,29	2,31	2,53		
DE	,88	,85	,91	,94	,89	1,02	,77	,85	,63	,92	,93	1	,95	1,06	,98	1,16	,91	,93		

Nota: Las correlaciones intercorrelaciones para hombres (n=225) se presentan arriba de la diagonal y las intercorrelaciones para mujeres (n=225) se aparecen debajo de la diagonal. La media y desviaciones estándar para los hombres se presentan en las columnas verticales, y las medias y desviaciones estándar para mujeres se presentan en las filas horizontales *p≤ .05, ** p≤ .001.

En las mujeres se observan pocas correlaciones significativas entre las escalas, así existen correlaciones positivas y significativas entre la mayoría de los factores de la escala de celos y la posesividad, excepto con los factores de confianza, desconfianza; asimismo, la actitud negativa, dolor, temor, suspicacia, intriga, frustración y desconfianza correlacionan significativamente y de forma positiva con el factor intolerancia; finalmente el enojo correlacionó significativamente y de forma positiva únicamente con la agresión y la confianza con la deshonestidad.

Cuando se observan los resultados para las causas de conflicto e infidelidad, en la tabla 6 se percibe que tanto para hombres como para mujeres hay correlaciones significativas y positivas entre la infidelidad sexual y emocional, el deseo de infidelidad sexual y emocional, con todas las causas de conflicto, excepto con relación al factor agresión, que para las mujeres únicamente correlacionó con la infidelidad emocional. Lo anterior sugiere que cuando hay deseo o vínculo sexual y emocional con otra persona además de la relación primaria, el conflicto puede darse por cualquiera de las causas de conflicto. No obstante, cuando existe un vínculo emocional con otra persona además de la pareja primaria, en las mujeres se observa la agresión como causa de conflicto.

Tabla 6. Correlación entre causas de conflicto e infidelidad.

Factores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	M	DE
Infidelidad sexual	-	,82**	,80**	,74**	,17**	,22**	,24**	,23**	,22**	,19**	1,48	,78
Deseo infidelidad emocional	,77**	-	,85**	,72**	,20**	,20**	,22**	,23**	,21**	,18**	1,82	,83
Deseo infidelidad sexual	,78**	,81**	-	,60**	,24**	,21**	,27**	,22**	,23**	,19**	1,63	,91
Infidelidad emocional	,75**	,74**	,65**	-	,15**	,20**	,24**	,22**	,25**	,15**	1,59	,81
Intolerancia	,15**	,22**	,17**	,17**	-	,68**	,59**	,62**	,54**	,66**	2,67	,95
Agresión	,17**	,13*	,14**	,14**	,56**	-	,71**	,69**	,54**	,64**	2,02	1,1
Preferencias	,20**	,14**	,15**	,20**	,48**	,66**	-	,62**	,60**	,61**	1,99	,96
Deshonestidad	,19**	,22**	,18**	,19**	,57**	,61**	,57**	-	,58**	,70**	2,25	1,12
Apatía	,22**	,26**	,21**	,25**	,67**	,55**	,66**	,67**	-	,49**	2,25	1,33
Posesividad	,21**	,21**	,20**	,21**	,66**	,59**	,58**	,71**	,65**	-	2,56	,97
M	1,48	1,83	1,57	1,61	2,65	2,01	2,05	2,29	2,31	2,53		
DE	,76	,87	,88	,87	,95	1,06	,98	1,16	,91	,93		

Nota: Las correlaciones intercorrelaciones para hombres (n=225) se presentan arriba de la diagonal y las intercorrelaciones para mujeres (n=225) se aparecen debajo de la diagonal. La media y desviaciones estándar para los hombres se presentan en las columnas verticales, y las medias y desviaciones estándar para mujeres se presentan en las filas horizontales. *p≤ .05, ** p≤ .001.

DISCUSIÓN

Para dar respuesta al objetivo de esta investigación de identificar la relación existente entre la cultura, y los estilos de conductas de interacción en la pareja, y las causas del conflicto, se procedió a realizar correlaciones de Pearson.

Al hablar de la cultura y su relación con las causas de conflicto, con base en los resultados se puede decir que cuando los hombres presentan ideas culturales rígidas que implican el mantenimiento de la posición tradicional de la mujer; a la vez que se mantiene intacta la estructura y el honor familiar, se generan conflictos por intolerancia, tener gustos diferentes y ser posesivos. A su vez, en las mujeres se observa que cuando hay creencias relacionadas con el temor a la autoridad, las causas de conflicto son por tener formas de ser diferentes o tener actividades diferentes a las de la pareja; mientras que cuando las mujeres tienen creencias relacionadas a anteponer los intereses propios por sobre los de los otros, las causas de conflicto son por el dominio de la pareja. Esto se puede explicar a partir de lo encontrado en estudios previos (e. g. Delgado-Gaitan, 1993; Triandis, 1990) que indican que para los mexicanos es fundamental quedar bien ante los otros y buscar la armonía en las relaciones interpersonales, debido a que sirven para mantener el grupo, aun cuando estas atenten en contra de los intereses propios; de tal manera que cuando las mujeres antepongan sus intereses versus los de la pareja, esto muy probablemente derivará en la presencia de conflicto.

Ahora bien, al hablar de los estilos y conductas de interacción y su vínculo con las causas de conflicto, se puede decir que de forma general los resultados indican correlaciones positivas entre las causas de conflicto, y los estilos de comunicación negativos, los celos e infidelidad; mientras que hubo correlaciones negativas entre el conflicto y los estilos de comunicación positivos y el amor. Dichos resultados son congruentes con la literatura revisada si se tiene presente que estos factores en sí mismos han sido descritos como fuentes de conflicto (Arnaldo, 2001; Buss, 1989; Hooper, 2001; Jorgensen, 1986).

Al analizar las correlaciones de forma particular, se pudo observar que existe una marcada relación entre los estilos de comunicación y la presencia de conflicto, pues de acuerdo con Fitzpatrick, Fallis y Vance (1982) la comunicación es un elemento primordial en el desarrollo de las relaciones personales; sobre todo en el ámbito de la pareja, ya que una buena comunicación resultará muy probablemente en un manejo adecuado del conflicto. De tal manera que al tener estilos de comunicación positivos, habrá una disminución del conflicto, y como consecuencia que los miembros de la pareja estén satisfechos y su relación se mantenga. A la vez que una comunicación inadecuada, puede generar insatisfacción con

la relación, problemas y probablemente el término de la relación. De ahí la importancia de investigar estas variables, en etapas tempranas de la relación como lo es el noviazgo, pues con ello se pueden identificar y promover la creación de patrones de comunicación más eficaces para la relación (Weeks & Treat, 2001, en Parr, Boyle & Tejada, 2008).

Cuando se analiza la relación entre el amor y las causas del conflicto, es interesante resaltar que si bien las relaciones de pareja en una etapa inicial como el noviazgo se caracterizan por la idealización y la fascinación (Hatfield & Rapson, 1987), y una sensación de que el amor nunca terminará (Gray & Steinberg, 1999). También es cierto que las experiencias con la pareja en el día a día presentan desacuerdos y conflictos, esto puede deberse a que comportamientos que inicialmente eran percibidos como expresiones de amor, con el paso del tiempo pueden ser vistos como conductas de control en la pareja y volverse una fuente de estrés y decepción (Scharff, J., & Scharff, D., 1997). Por ello se considera importante conocer su vínculo, pues los hallazgos pueden servir como base para explorar las necesidades interpersonales y psicosociales de los integrantes de la pareja, así como el desarrollo de habilidades y actitudes que pueden ayudar a mejorar la intimidad en las relaciones adultas (Lorente, 1997, en Montgomery & Sorell, 1998).

En lo concerniente a la cercanía y el conflicto existe una percepción de que a menor cercanía habrá más problemas, pues la percepción de cercanía se asocia a un manejo de conflicto positivo; al sentirse cercanos los integrantes de la pareja buscan resolver sus problemáticas, por lo tanto, cuando no hay cercanía la forma en la que la pareja maneja los conflictos es siendo agresivo, atacando al otro y siendo apático. A partir de esta información se puede entender porque algunos estudios sugieren que la amenaza sobre el control e identidad personal, son predictores de un deseo menor de intimidad en las relaciones de pareja, así como de la importancia del grado de cercanía (mayor o menor) en la calidad de la relación (Mashek & Sherman, 2004, en Goodboy & Booth-Butterfly, 2009).

En torno al tema de la infidelidad los resultados de este trabajo reflejan el vínculo tan íntimo entre la infidelidad y la presencia de conflictos en la pareja, y aunque si bien, la literatura al respecto es limitada (al hablar en particular de datos en relaciones premaritales), debido en parte a las posibles dificultades en la definición de una relación de noviazgo. La principal dificultad se presenta en torno a los límites de la relación, pues este tipo de relaciones a menudo carecen de un compromiso formal, sexual y exclusividad emocional que caracteriza el matrimonio. De tal manera que las violaciones de la exclusividad pueden ser más difíciles de definir; pues estas relaciones a diferencia de lo que supone el matrimonio, establecen un acuerdo implícito de lo que es aceptable o no en su relación (McNaulty & Brineman, 2007).

Es importante señalar que la información recabada confirma que efectivamente en una relación de noviazgo las fuentes o causas de conflicto también tienen características propias de esta etapa; de tal forma que éstas estarán en función de la interacción exclusiva entre los miembros de la pareja, y en pocas o nulas ocasiones tendrán relación con aspectos externos (e. g. dinero, bienes y familia política). Esto resulta interesante, pues si bien se presentan conflictos en las relaciones de noviazgo, sí existen diferencias en las fuentes que lo generan; por lo que es fundamental entender, que el hecho de que estén en una relación que típicamente se caracteriza por elementos positivos, no implica la ausencia de problemas entre sus integrantes. Esto sugiere que hay que aprender a ver al conflicto como parte natural de las relaciones de pareja y ver al noviazgo como un posible período formativo (Fincham & Beach 1999), que sirva para aprender las estrategias necesarias para solucionarlo. Finalmente, es necesario resaltar la importancia de analizar y entender el conflicto en las relaciones premaritales además del noviazgo, pues actualmente el ábaco de posibilidades se ha ampliado de manera importante, y se están generando nuevas formas de relacionarse entre los jóvenes (e. g. relaciones L. A. T., amigovios, amigos con derechos, fuck booty, entre otras); y con ello problemáticas particulares que pueden tener un impacto diferencial para la relación y para los individuos, dependiendo del tipo de relación en el que se esté involucrado.

REFERENCIAS

- Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 596–612. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.4.596>
- Afifi, W. A., Falato, W. L. & Weiner, J. L. (2001). Identity concerns following a severe relational transgression: The role of Discovery meted for the relational outcomes of infidelity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18(2), 291-308.
- Alatríste, G. J. (2004). *Relaciones interpersonales en la pareja*. México: Manual Moderno.
- Arnaldo, O. O. Y. (2001). Construcción y validación de un instrumento de conflicto para parejas mexicanas. *Tesis de licenciatura no publicada*. UNAM.
- Ayala, L. O. N., Rivera, A. S. y Díaz, L. R. (2008). Infidelidad, ansiedad y depresión en la relación de pareja. *La Psicología Social en México*, XII, 179-186.
- Buss, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences*, 12, 1-49. doi: 10.1017/S0140525X00023992

- Brines, J., & Joyner, K. (1999). The Ties that Bind: Principles of Cohesion in Cohabitation and Marriage. *American Sociological Review*, 64, 333–365.
- Cahn, D. (1992). *Conflict in intimate relationship*. New York: Guilford Press.
- Delado-Gaitán, C. (1993). Parenting in Two Generations of Mexican American Families. *International Journal of Behavioral Development*, 16(3), 409–427. <https://doi.org/10.1177/016502549301600303>
- DeSteno, D., Valdesolo, P. & Bartlett, M. Y. (2006). Jealousy and the threatened self: Getting to the heart of the green-eyed monster. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 626-641.
- Díaz-Loving, R. (1996). Una teoría bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. *Revista de psicología contemporánea*, 2(1),
- Díaz-Loving, R. (1999). Una teoría Bio-psico-socio-cultural de la relación de pareja. En Díaz-Loving, R. (Comp). *Antología psicosocial de la pareja*. (p. 13-33). México: Porrúa.
- Fincham, F. D. & Beach, R. H. S. (1999). Conflict in marriage: Implications for Working with Couples. *Annual Review of Psychology*, 5, 47-77.
- Fitzpatrick, M. A. Fallis, S., & Vance, L. (1982). Multifunctional Coding of Conflict Resolution Strategies in Marital Dyads. *Family Relations* 31(1). 61-70.
- Flores, G. M. M. (2011). Comunicación y conflicto, ¿Qué tanto impactan en la satisfacción marital? *Acta de Investigación Psicológica*, 1(2), 216-232.
- García- Méndez, M. (2007). *La infidelidad y su relación con el poder y el funcionamiento familiar: correlatos y predicciones*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gray, M. R., & Steinberg, L. (1999). Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multidimensional construct. *Journal of Marriage and the Family*, 61, 574 – 587.
- Green, M. C. & Sabini, J. (2006). Gender, socioeconomic status, age, and jealousy: Emotional responses to infidelity in a national sample. *Emotion*, 6, 2, 330-334.
- Guerrero, L. K. & Andersen, P. A. (1998). The Dark Side of Jealousy and Envy: Desire, Delusion, Desperation, and Destructive Communication. *The dark side of close relationships*. 33-72
- Goodboy, A., & Booth-Butterfield, M., (2009). Love styles and desire for closeness in romantic relationships. *Psychological reports*, 105 (1). 191-197.
- González J. J. (2004). *Relaciones interpersonales*. México: Manual Moderno.

- Harmon-Jones, E., Peterson, C. K. & Harris, C. R. (2009). Jealousy: Novel methods and neural correlates. *Emotion*, 9(1), 113-117.
- Hatfield, E., & Rapson, R. L. (1987). Passionate love: New directions in research. *Advances in Personal Relationships*, 1, 109-139.
- Hatfield, E. & Rapson, R. L. (2009). The neuropsychology of passionate love and sexual desire. In E. Cuyler and M. Ackhart (Eds.). *Psychology of social relationships*. Hauppauge, NY: Nova Science.
- Hooper, J. (2001). The Symbolic Origins of Conflict in Divorce. *Journal of Marriage and Family*, 63(2), 430-445.
- Jacobo, R. A. I. (2005). *Significado psicológico de infidelidad en hombres y mujeres*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jorgensen, S. (1986). *Marriage and the family*. Development and change. U. S. A.: Mcmillan.
- Kimble, G. A., Garnezy, N. y Zigler, E. (1999). *Fundamentos de psicología general*. México: Limusa.
- Kluwer, E. S. & Karremans, J. (2009). Unforgiving Motivations Following Infidelity: Should We Make Peace With Our Past? *Journal of Social and Clinical Psychology*. 28(1), 1298-1325.
- López-Parra, M. S. (2013). *Una visión etnopsicológica del conflicto en el noviazgo*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maureira, C., F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista electrónica de psicología*. 14(1), 321-332.
- Mcfarland, P. T. & Christensen, A. (2000). Marital conflict. In Fink, G. (Ed.). *Encyclopedia of stress*. (pp. 682-685). U. S. A.: Academic press.
- McNulty, J. K., & Brineman, (2007). Infidelity in Dating relationships. *Annual review*. 18, 94-114.
- Montgomery, M. J., & Sorell G. T. (1998). Love and dating experience in early and middle adolescence: grade and gender comparisons. *Journal of adolescence*. 21, 677-689.
- Ojeda, G. A., Sánchez, A. R., Díaz, L. R. y Rivera, A. S. (1996). Estilo de comunicación y los rasgos de masculinidad-feminidad en la toma de decisiones de parejas mexicanas. *La psicología social en México*, VI, 303-309.
- Parr, P., Boyle, R. A. & Tejada, L. (2008). I said, you said: a communication exercise for couples. *Contemporary Family Therapy. An International Journal*, 3(3), 167-173.

- Parrot, W. G. & Smith, R. H. (1993). Distinguishing the experiences of envy and jealousy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 906-920.
- Pruitt, D. G., & Rubin, J. Z. (1986). *Social conflict: Escalation, stalemate, and settlement*. New York: Random House.
- Reidl, L. (2005). *Celos y envidia: emociones humanas*. México: Universidad
- Reidl, L., Sierra, G., Domínguez, A. y González, M. (2000). Celos y envidia en la pareja cuando ella trabaja fuera de casa. *La Psicología Social en México*, VIII, 375-381.
- Rivera Aragón, S. & Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Porrúa-UNAM.
- Rivera, S., Díaz-Loving, R., Flores, M. M., & Montero, N. (2010). Desarrollo y análisis psicométrico de la Escala Multidimensional de Celos (EMUCE). En M. García, A. Del Castillo, M. R. Guzmán, & J. P. Martínez, *Medición en Psicología: Del individuo a la interacción* (págs. 151-172). Pachuca: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Romero, P. A., y Rivera, A. S. (2008). Infidelidad: un fenómeno Bio-Psico-Socio Cultural. *La Psicología Social en México*, XII, 307-311.
- Romero, P. A. (2007). *Infidelidad: conceptualización, correlatos y predictores*. Tesis de doctorado no publicada. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Romo, J. (2008). Estudiantes universitarios y sus relaciones de pareja. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 13(38).
- Sánchez, Aragón, R. (1995). *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis de maestría no publicada. Universidad Autónoma Nacional de México, México.
- Sánchez-Aragón, R. (2002). Infidelidad ¿Nos expresamos igual o diferentes hombres y mujeres? Estilos de comunicación en la pareja. *La psicología social en México*, IX, 749-755.
- Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (1999). Evaluación del ciclo acercamiento-alejamiento. En Díaz-Loving, R. (comp.) *Antología psicosocial de la pareja*. (p.35-88). México: Porrúa.
- Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2002). *Psicología del Amor: Una visión Integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2003x). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. *Anales de psicología*, 19(2). 257-277.

- Scharff, J. S., Scharff, D. E. (1997). Object relations couple therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 51(2). 141-173.
- Sternberg, R. (1990). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. México: Paidós.
- Sternberg, R. (2000). *La experiencia del amor*. Barcelona: Paidós.
- Triandis, H. C. (1990). Aproximaciones teóricas y metodológicas al estudio del individualismo y colectivismo. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 6 (1-2). 29-38.
- Whisman, M. A., Gordon, K. C., & Chatav, Y. (2007). Predicting sexual infidelity in a population-based sample of married individuals. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 320–324. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.2.320>
- Yela, C. (2001). *El amor desde la psicología social: ni tan libres, ni tan racionales*. Madrid: Pirámide.

Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia

Ana Karen Talavera Peña⁶
Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Lerma

Actualmente la gran mayoría de los psicólogos mantiene una práctica clínica que no se basa en la evidencia (Taboas, 2014). Algunos estudios reportan una tendencia marcada de los profesionales de la Psicología a basar su práctica en procesos intuitivos y no en la evidencia. Como consecuencia, cerca del 15% de las intervenciones son consideradas como potencialmente dañinas (Daset & Cracco, 2013; Moriana & Martínez, 2011; Ribera & Campos, 2013).

La práctica basada en la evidencia es constitutiva de diversas profesiones; hay literatura creciente de trabajo social basado en la evidencia; arquitectura basada en la evidencia y medicina basada en la evidencia, por citar algunos ejemplos (Taboas, 2014).

En los 80's, se escribieron los primeros artículos en revistas de medicina, que argumentaron que muchos pacientes, al buscar ayuda médica, recibieron servicios subóptimos, inefectivos y hasta anticuados.

Fue entonces cuando surgió el concepto de las “mejores prácticas” (best practices), que remite a la idea, de que un paciente atendido por un profesional de la salud debe recibir el mejor servicio y la mejor intervención basada en la información actualizada de su campo (Barlow, Bullis, Comer & Ametaj, 2013; Bernal & Rodríguez-Soto, 2012).

Una intervención basada en la evidencia debe estar compuesta por los siguientes elementos (Taboas, 2014):

- Fundamento empírico
- Integración de preferencias, valores e idiosincrasias de la población en la intervención
- El peritaje y la experiencia del profesional

⁶ Contacto kren_15_20@hotmail.com

La American Psychological Association (2006) define a la Psicología Basada en la Evidencia (PBE) como el desarrollo de una práctica profesional efectiva; incorporando criterios sustentados empíricamente a todos los niveles de acción: evaluación, intervención y también en lo que refiere a la relación terapéutica.

La PBE busca integrar la investigación clínica de mejor calidad, con el contexto y cultura del paciente, así como con sus preferencias; promueve la recogida, interpretación e integración de la evidencia válida y más importante, que surge tanto de la investigación como del juicio clínico, así como de la opinión del paciente.

La psicología es una disciplina científica que está confirmada por diferentes áreas, el 49% de los trabajos publicados de investigaciones basadas en evidencia corresponden al área de Psicología Clínica, el 24% a la Psicología Educativa, el 15% a la Formación en Psicología y un 12% a la Psicología de la Salud (Daset & Cracco, 2013).

La psicología de la salud es el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Stone, Weiss, Matarazzo, Miller, & Rodin, 1987).

Dentro de este campo se han considerado una serie de pasos para generar intervenciones basadas en la evidencia (Daset & Cracco, 2013):

1. *Formular el problema clínico*
2. *Localizar en la literatura científica los estudios relevantes*
3. *Valorar críticamente la evidencia encontrada*
4. *Aplicar los hallazgos a la práctica clínica*
5. *Incorporar los resultados a las entidades que acreditan modelos de intervención*

Actualmente las técnicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas en la preparación psicológica pre-operatoria, observando reducción de la ansiedad y la depresión, con efecto positivo en percepción de calidad de vida relacionada con la salud (Castillero, 2007; Wolfgang, Melanie & Lecler, 2007).

Dichas técnicas suelen enmarcarse en la llamada Preparación Psicoeducativa, que es una intervención psicológica cuyo objetivo es aliviar el estado emocional del paciente y sus familiares, a consecuencia de la hospitalización. La Preparación Psicoeducativa se basa en la información y se define como la explicación sobre la hospitalización y la enfermedad, en términos de los procedimientos médicos que se pueden realizar, las sensaciones físicas que producen, y las conductas generalmente asumidas; haciendo uso de técnicas conductuales y cognitivas adaptadas a la situación hospitalaria, considerando sean desarrolladas en periodos breves de tiempo y de fácil entendimiento para los pacientes; facilita la adaptación del paciente ya que alivia las preocupaciones que surgen en el entorno hospitalario (Quiles y Méndez, 2001).

El presente artículo expone el desarrollo de un programa de intervención psicoeducativa basado en la evidencia para pacientes con cardiopatía candidatos a cirugía cardíaca.

1. Formular el problema clínico

La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se caracteriza por la disminución importante y significativa del flujo sanguíneo coronario que condiciona bajo aporte de oxígeno al tejido miocárdico. La disminución del aporte de oxígeno desencadena dolor o angina de pecho e incluso muerte celular o necrosis del tejido miocárdico conocido como infarto del miocardio, con riesgo potencial de pérdida de la vida (Longo, 2012).

El tratamiento para esta enfermedad es la cirugía de revascularización, en la cual se crea una nueva ruta de flujo sanguíneo mediante la implantación de hemoductos aorto-coronarios (bypass) entre la arteria aorta y la coronaria más allá del sitio de obstrucción coronaria. Para la realización de este tipo de procedimiento quirúrgico es necesario someter al paciente a la apertura del esternón para tener acceso al corazón, extraer la vena safena de alguno de los miembros inferiores y manipular la víscera cardíaca (Fundación Española del Corazón, 2015).

Esta cirugía altamente invasiva en la cual existe riesgo de vida representa un fuerte estresor emocional que el paciente debe enfrentar, provocando trastornos emocionales conocidos como ansiedad y depresión (Batista, Martins y Nunes, 2014).

La ansiedad que presentan estos pacientes como respuesta a una situación potencialmente peligrosa incluye alteraciones emocionales, fisiológicas y conductuales con una influencia negativa en la recuperación física y emocional postoperatoria (Carneiro, et. al., 2009; Tennat y Mc Lean, 2001).

La depresión por su parte ha mostrado relación con el incremento de la estancia hospitalaria, mayor dolor que requiere elevación de la dosificación analgésica, retardo en la cicatrización y mayor trastorno metabólico (Burg, Benedetto, Rosenberg, y Soufer, 2003; Thombs, et al., 2008).

Por tanto, la evaluación y tratamiento psicológico de un paciente que va a ser sometido a una cirugía de revascularización, requiere de especial atención para contribuir al ajuste psicológico después de la cirugía y coadyuvar en el impacto negativo que tienen la ansiedad y la depresión.

2. Localizar en la literatura científica los estudios relevantes

En relación con la cirugía de revascularización coronaria, Burell en su estudio con 261 pacientes, creó un grupo de intervención conductual y otro de control en el que se daban los cuidados rutinarios. El tratamiento se prolongó por un año con seguimiento a dos y tres años, e incluyó aspectos para la modificación del patrón de conducta Tipo A, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en habilidades para hacer frente al dolor, la ansiedad y el estrés. Pudo encontrar que el grupo experimental presentó una tasa de mortalidad significativamente inferior a la del control, y menor incidencia de episodios cardiovasculares como infartos y nuevas intervenciones quirúrgicas (Fernández, et. al., 2003).

En el servicio de cirugía cardiotorácica del Centro Médico Nacional 20 de noviembre del ISSSTE, un estudio sobre morbilidad psicológica en pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria mostró una incidencia elevada de ansiedad y depresión en grado moderado-severo (60% y 58% respectivamente) (Flores, 2015), por lo que fue posible considerar que un programa de intervención psicológica podría coadyuvar en la reducción de esta morbilidad psicológica y mejorar así la atención integral del paciente con cardiopatía isquémica.

3. Valorar críticamente la evidencia encontrada

Actualmente las técnicas cognitivo-conductuales son las más utilizadas en la preparación psicológica pre-operatoria, observando reducción de la ansiedad y la depresión, con efecto positivo en percepción de calidad de vida relacionada con la salud (Castillero, 2007; Linden, Phillips y Leclerc, 2007).

La aplicación de estas técnicas en la intervención psicológica en pacientes candidatos a cirugía o a otros procedimientos médicos invasivos, ha permitido valorar la eficacia de las técnicas y beneficiar a los pacientes a los que se han impartido, muestra de ello es lo reportado por Amador (2010), Castellero (2007), Gálvez, et. al. (2016), López (2005), López, et. al. (2011) y Méndez et. al. (1996) quienes atañen a la intervención beneficios en el paciente como la reducción de los temores, el mejor manejo de emociones negativas, del estrés y la ansiedad, el desarrollo de expectativas realistas, el incremento en la percepción de control de la situación, mayor cooperación en los procedimientos médicos, mejor relación con el personal médico, la reducción de conductas desadaptativas durante la hospitalización, el menor uso de analgésicos y recuperación postoperatoria más rápida, así como percepción de satisfacción personal.

El presente trabajo propone un programa de intervención psicoeducativa dirigido a mejorar el ajuste psicológico (caracterizado por la disminución de ansiedad y depresión y el aumento en la calidad de vida relacionada con la salud) de pacientes sometidos a cirugía cardiaca.

4. Aplicar los hallazgos a la práctica clínica.

La parte de aplicación de todo lo anterior.

MÉTODO

Diseño

Se realizó un estudio empírico con metodología cuantitativa con un diseño cuasiexperimental de serie temporal interrumpida (pre, post y seguimiento) con dos grupos (Montero y León, 2007).

Participantes

La selección de la muestra fue no probabilística por conveniencia. Se evaluaron 66 pacientes (pre y post-evaluación) con diagnóstico de cardiopatía isquémica, candidatos a cirugía de revascularización coronaria, que tuvieran entre 50 y 70 años y se excluyeron a pacientes con problemas psiquiátricos y/o neurológicos, con patología valvular o congénita agregada

y con problemas crónicos de salud avanzada. De los pacientes incluidos 32 recibieron el programa de intervención psicoeducativo (grupo experimental) y los otros 34 fueron asignados al grupo control.

La mayoría de los participantes fueron hombres, casados, jubilados, católicos y con un nivel educativo de licenciatura. Se realizaron pruebas estadísticas para saber si los grupos de estudio tenían características sociodemográficas similares para ser comparables y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos.

Grupo	Edad (M ± DT)	Sexo (%)	E Civil (%)	Escolaridad (%)	Ocupación (%)	Religión (%)
Control n=34	61.3±8.8	Hombre (67.6) Mujer (32.4)	Casado (70.6) Viudo (17.6)	Preparatoria (20.6) Licenciatura (26.5)	Jubilado (35.3)	Católica (85.3)
Experimental n=32	63.6±8.0	Hombre (81.2) Mujer (18.8)	Casado (78.1) Viudo (12.5)	Preparatoria (31.3) Licenciatura (34.4)	Jubilado (46.9)	Católica (96.9)
Pruebas estadísticas	t de Student p=0.268	X ₂ p=0.265	X ₂ p=0.638	U de Mann Whitney p=0.444	X ₂ p=0.062	X ₂ p=0.222

Instrumentos

Carta de Consentimiento Informado. En la cual se informaban las características de la intervención psicoeducativa.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Zigmond y Snaith, 1983) Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH (Orozco, 2013). 14 reactivos divididos en dos subescalas de 7 reactivos para cada trastorno, donde los reactivos impares corresponden al indicador Ansiedad y los pares a la Depresión. Con una escala de respuesta tipo Likert que va de 0 a 3. Para el caso de la Ansiedad de 0 a 2 puntos se considera como nula, 3 a 8

leve/moderada, y >9 severa; y para la Depresión de 0 a 1 nula, de 2 a 6 leve/moderada, y >7 severa. Alfa de Cronbach de 0.85.

Cuestionario de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Ramos, et al., 2011). 23 reactivos con opciones de respuesta en escala tipo Likert que van de 1 a 4, 5 ó 6 puntos. En la puntuación global mientras más cercano puntúe a 100 indica una mayor CVRS. Alfa de Cronbach de 0.88. Se divide en siete factores:

1. Limitaciones físicas (a=.84)
2. Síntomas (a=.84)
3. Calidad de vida (a=.66)
4. Interferencia social (a=.84)
5. Autoeficacia (a=.41)
6. Estado funcional (a=.89)
7. Resumen clínico (a=.90)

Procedimiento

Los pacientes fueron reclutados en el servicio de Cirugía cardiotorácica y cardiología de un hospital de tercer nivel de la CDMX, a partir de las listas de pacientes en espera de cirugía de revascularización coronaria proporcionadas por el médico responsable del servicio. Una vez en hospitalización se visitó a cada paciente en su cuarto, se les explicaron las características del estudio a los que cumplieron los criterios de selección y se les solicitó su firma de consentimiento informado en donde se le garantizaba la confidencialidad de sus datos y se solicitaba su participación voluntaria.

El estudio se ajustó a las consideraciones éticas establecidas en la Declaración del Helsinki (AMM, 2013) así como a los lineamientos establecidos por el Hospital y la Secretaría de salud en materia de investigación clínica.

Los pacientes fueron asignados a un grupo control y grupo experimental de forma aleatoria. En ambos grupos se realizó una evaluación psicológica (aplicación de los instrumentos

descritos anteriormente) con una duración aproximada de 40 minutos, para identificar el grado de depresión, ansiedad y su percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

Después de la evaluación el grupo control recibió la intervención de rutina del hospital consistente en una sesión grupal en donde el cirujano, rehabilitadora y trabajadora social daban información acerca del procedimiento quirúrgico y enseñaban respiración diafragmática a los pacientes y sus familiares. Por otro lado, al grupo experimental se le aplicó el programa de intervención psicoeducativo que se describe a continuación (Tabla 2):

Tabla 2. Carta descriptiva de las sesiones del programa de intervención psicoeducativo.

Sesión	Objetivos	Duración	Descripción
I	Que el paciente aprenda aspectos relevantes sobre la enfermedad y el proceso de la cirugía. Lograr la adquisición del conocimiento y aclarar las dudas en torno a este tema. Conocer los principios básicos de la solución de problemas y cuáles son los beneficios para la recuperación posquirúrgica.	80 min	La información se proporciona evitando usar lenguaje técnico. Se utiliza una tableta que contiene el material didáctico digitalizado con información e imágenes. Por otro lado se le pide al paciente que identifique y defina una situación problemática originada por la falta de información relacionada con algunos síntomas y/o evaluación de su condición.
II	Que el paciente aprenda a realizar la respiración diafragmática adecuadamente, diferenciarla de otros tipos de respiración, además de conocer los beneficios de utilizarla e identificar las situaciones en las que pueda hacer uso de ella. Conocer la toma de decisiones y la puesta en práctica de la solución de problemas.	70 min	Se le explica al paciente, qué es la relajación, cuáles son sus beneficios y cómo utilizar esta habilidad para manejar la ansiedad preoperatoria y el dolor posquirúrgico. Posteriormente, se le enseñará a respirar de forma diafragmática, por medio de modelamiento. El paciente elegirá una solución que le sea posible aplicar en su condición de hospitalización a través de un registro en solución de problemas.

Tabla 2. Carta descriptiva de las sesiones del programa de intervención psicoeducativo (continuación...).

Sesión	Objetivos	Duración	Descripción
III	Que el paciente conozca los beneficios de la técnica de imaginación guiada y que los practique de forma efectiva para el manejo y control del estrés. Aclarar dudas respecto al programa de solución de problemas y recabar información para saber si la solución intentada logra producir los resultados esperados.	70 min	Se expone al paciente la conceptualización de la visualización y los beneficios, posteriormente se realiza un ejercicio de visualización guiada. Se revisa el último ejercicio de solución de problemas y si su llenado fue el correcto.
IV	Realizar una recapitulación de lo revisado en las sesiones anteriores, aclarar dudas y evaluar la efectividad de la solución intentada como resultado del entrenamiento en solución de problemas.	30 min	Se realiza un resumen de todos los elementos que contiene el programa de preparación psicológica, se resuelven dudas y se refuerzan los contenidos que hagan falta.

Al término de la aplicación del programa, los pacientes de ambos grupos ingresaron a su cirugía, 5 días después del procedimiento quirúrgico se realizó la post-evaluación (aplicación de los instrumentos descritos anteriormente, con una duración aproximada de 40 minutos) en ambos grupos; unos días después, los pacientes fueron dados de alta.

Finalmente, luego de un mes de su cirugía cuando regresaron a revisión médica y retiro de puntos se les volvieron a aplicar los cuestionarios de evaluación de las variables psicológicas de estudio (seguimiento) a todos los pacientes.

RESULTADOS

El análisis preoperatorio entre grupos sólo mostró diferencias estadísticamente significativas ($p=0.041$) en los niveles de ansiedad, la mayoría de los pacientes del grupo control tenían un nivel nulo, mientras que los del grupo experimental tuvieron un nivel moderado (Figura 1).

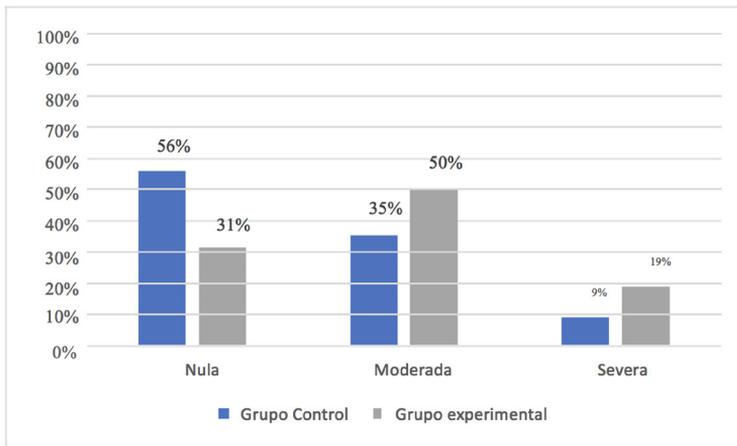


Figura 1. Niveles de Ansiedad preoperatoria de los grupos de estudio.

Por otro lado, la mayoría de los pacientes tenían depresión moderada en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0.324$) con la prueba U de Mann Whitney (Figura 2).

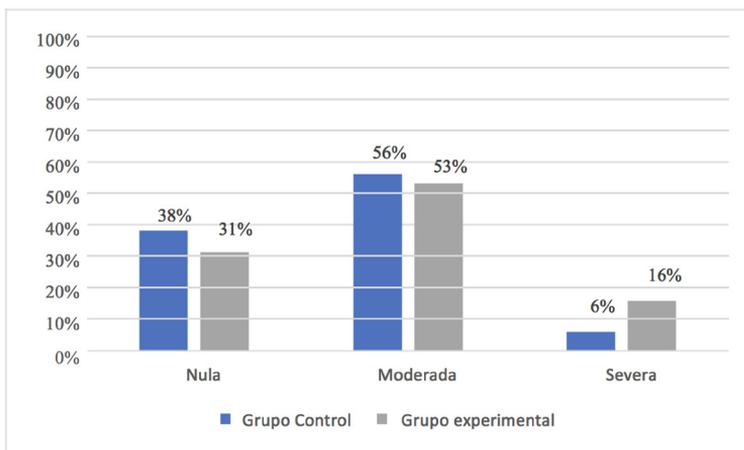


Figura 2. Niveles de Depresión preoperatoria de los grupos de estudio.

En la evaluación preoperatoria de Calidad de vida Relacionada con la Salud, utilizando la prueba *t* de Student, no hubo diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones entre los grupos (Figura 3).

En cuanto a la evaluación postoperatoria, la mayoría de los pacientes del grupo control aumentó su nivel de ansiedad a moderado y la mayoría de los pacientes del grupo experimental que estaba en un nivel moderado, bajó a un nivel nulo, dichos cambios no son estadísticamente significativos ($p=0.695$) (Figura 4).

En la depresión postoperatoria no hubo cambios, la mayoría de los pacientes tenían depresión moderada en ambos grupos sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0.824$) con la prueba *U* de Mann Whitney (Figura 5).

Se evaluaron 25 pacientes en el seguimiento, un mes después de la post-evaluación, 12 del grupo control y 13 del grupo experimental. Igual que en las primeras dos evaluaciones la mayoría de los pacientes del grupo control obtuvo un nivel de depresión nula. Los pacientes del grupo experimental que recibieron el programa de intervención psicoeducativo que se encontraban en un nivel moderado de ansiedad, bajaron a un nivel nulo. La prueba *U* de Mann Whitney indica que las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.470$) (Figura 6).

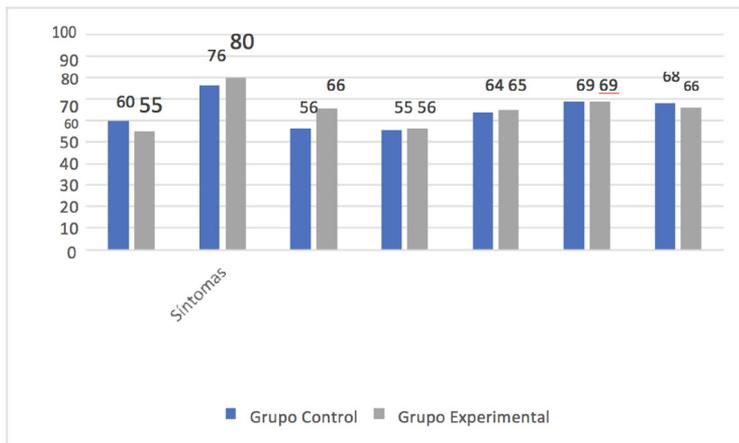


Figura 3. Dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud preoperatoria de los grupos de estudio.

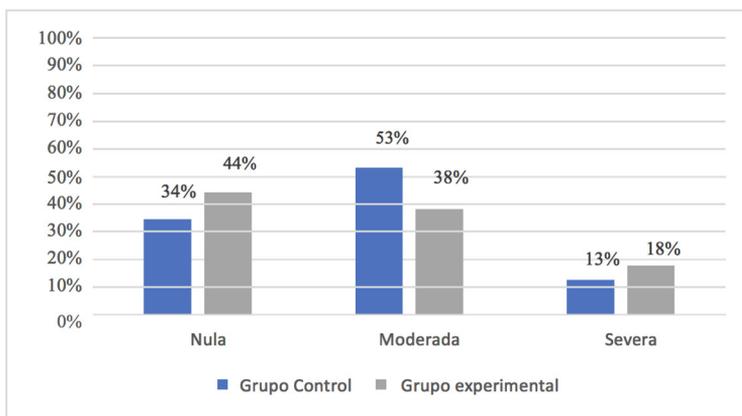


Figura 4. Niveles de Ansiedad postoperatoria de los grupos de estudio.

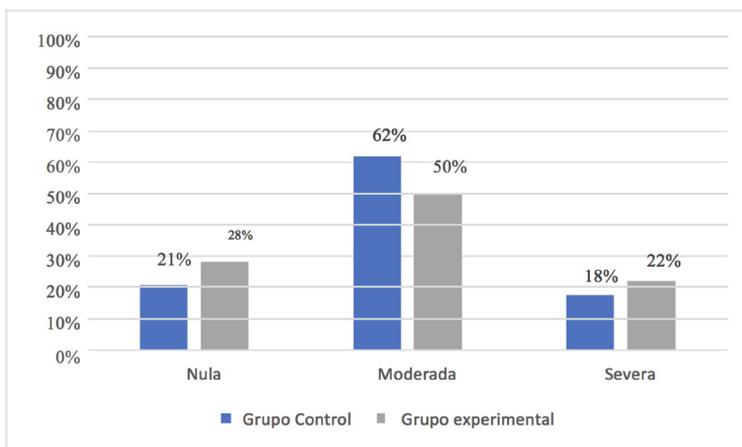


Figura 5. Niveles de Depresión postoperatoria de los grupos de estudio.

De igual manera el nivel de depresión en el seguimiento del grupo control fue moderado, mientras que en el grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo en el seguimiento bajó a nivel nulo. Las diferencias no son estadísticamente significativas ($p=0.087$) (Figura 7).

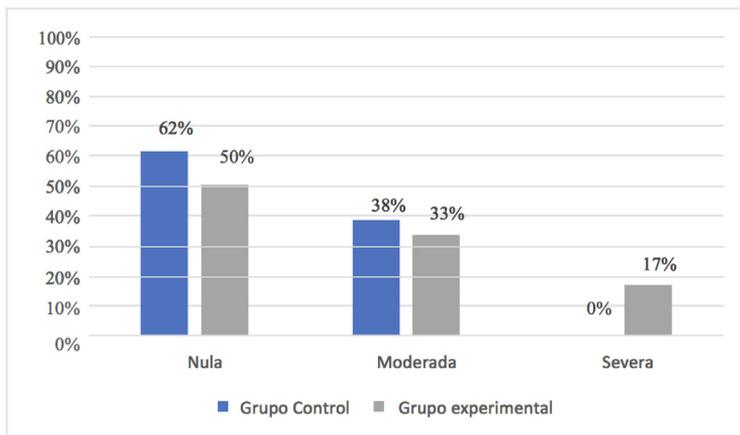


Figura 6. Niveles de Ansiedad de los grupos de estudio en el seguimiento.

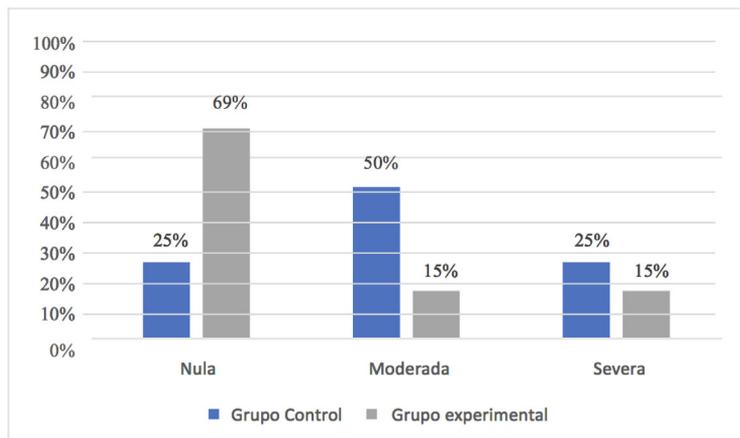


Figura 7. Niveles de Depresión de los grupos de estudio en el seguimiento.

En cuanto a la evaluación de Calidad de vida Relacionada con la Salud en el seguimiento, se observan mayores puntajes del grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo, la prueba *t*, mostró diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Síntomas ($p=0.025$) y Estado funcional ($p=0.043$) (Figura 8).

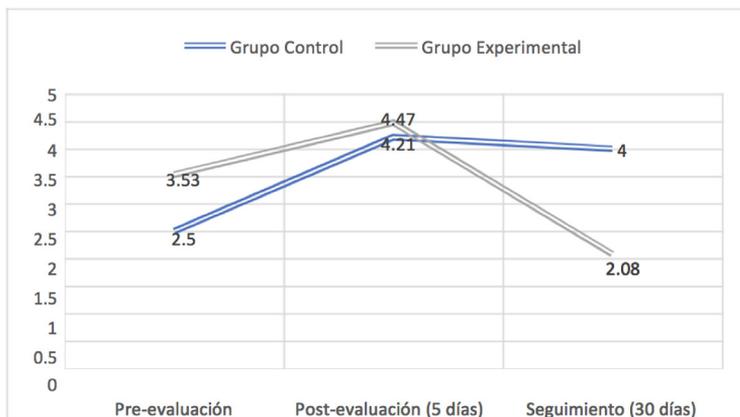


Figura 8. Dimensiones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los grupos de estudio en el seguimiento.

Para evaluar los cambios de la ansiedad entre mediciones en ambos grupos se realizó la prueba de Wilcoxon para evaluar las diferencias intragrupo entre dos mediciones: pre y post-evaluación (control $p=0.896$ y experimental $p=0.515$), pre-evaluación y seguimiento (control $p=0.859$ y experimental $p=0.824$) y la post-evaluación y el seguimiento (control $p=0.673$ y experimental $p=0.894$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, se observa una disminución de ansiedad en las mediciones del grupo experimental que recibió el programa de intervención psicoeducativo, mientras que en el grupo control la puntuación se mantiene casi igual en las mediciones. También se realizó la prueba de Friedman para evaluar las diferencias entre las tres mediciones de ansiedad y tampoco se encontró que las diferencias fueran estadísticamente significativas en ninguno de los grupos (control $p=0.695$ y experimental $p=0.649$) (Figura 9).

Respecto a las mediciones de depresión se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la pre y la post-evaluación sólo para el grupo experimental ($p=0.11$, grupo control $p=0.226$). Entre la pre-evaluación y el seguimiento (control $p=0.964$ y experimental $p=0.721$) y la post-evaluación y el seguimiento (control $p=0.307$ y experimental $p=0.624$), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los dos grupos. Sin embargo, se observa un aumento de la depresión en la post-evaluación, que se mantiene igual en el seguimiento para el grupo control pero que disminuye en

el grupo experimental. La prueba de Friedman arrojó que las diferencias entre las tres mediciones tampoco son estadísticamente significativas ni para el grupo control ($p=0.455$) ni para el grupo experimental ($p= 0.521$) (Figura 10).

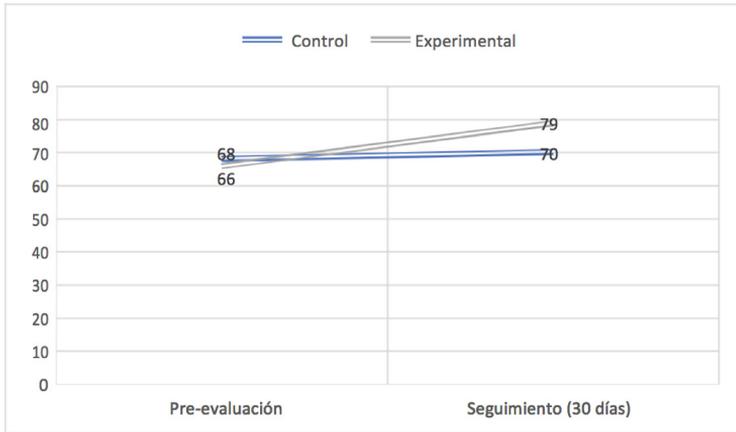


Figura 9. Cambios en las 3 mediciones de Ansiedad en los dos grupos.

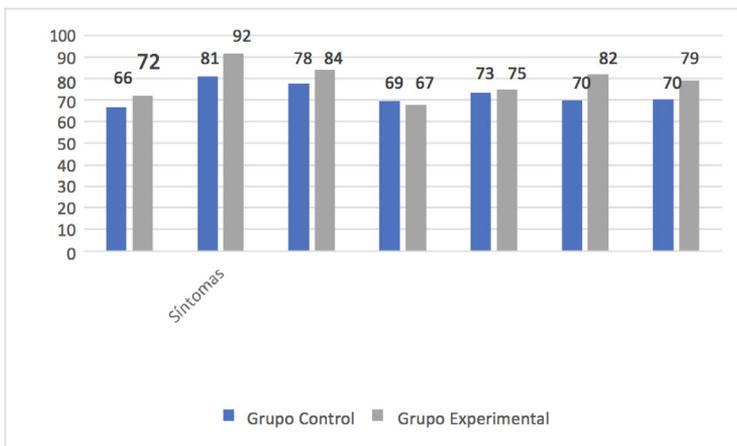


Figura 10. Cambios en las 3 mediciones de Depresión en los dos grupos.

Por otro lado, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud global en el grupo control se mantuvo y en el grupo experimental aumentó en el seguimiento. Con la prueba de Wilcoxon se observa que dichas diferencias no son estadísticamente significativas para ninguno de los grupos (grupo control $p=0.433$ y grupo experimental $p= 0.059$) (Figura 11).

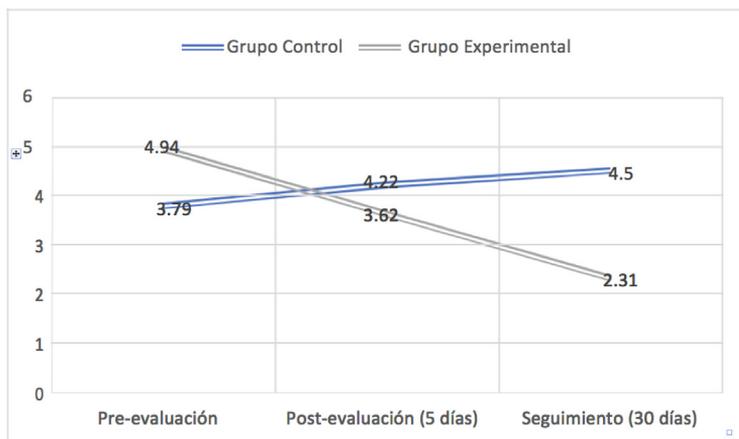


Figura 11. Cambios en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud en los dos grupos.

5. *Incorporar los resultados a las entidades que acreditan modelos de intervención.*

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de un programa de intervención psicoeducativo sobre el ajuste psicológico (caracterizado por la disminución de ansiedad y depresión y un aumento en la calidad de vida relacionada con la salud) en pacientes con Cardiopatía Isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria, los resultados obtenidos en el seguimiento a 1 mes permiten observar una disminución de la ansiedad y la depresión de los pacientes que recibieron el programa de intervención (grupo experimental), así como un aumento en su calidad de vida relacionada con la salud;

a diferencia del grupo control donde la ansiedad y la depresión siguieron en aumento y su percepción de calidad de vida disminuyó.

Además de ello, esta investigación permitió identificar una parte del perfil sociodemográfico de los pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria en México, la mayoría son hombres, casados, jubilados, católicos y con una media de edad de 62 años, lo cual coincide con lo reportado por Cantus y Solano (2011), sólo una característica discrepa de dicho perfil, los pacientes evaluados en esta muestra tenían en su mayoría un nivel educativo de Licenciatura lo cual se explica por el escenario en el que fueron evaluados, solo un sector de la población en México tiene acceso a servicios de salud como el que se ofrece en el ISSSTE.

También se identificó que dichos pacientes constituyen una población en riesgo de presentar un desajuste psicológico como consecuencia de su próxima cirugía cardíaca, aproximadamente el 60% de los pacientes evaluados presentaban sintomatología de ansiedad y/o depresión, lo cual coincide con lo reportado en la literatura (Ai, 2010; Baker, 2001; Batista, 2014; Carneiro, 2009; Lozano, 2009; Morales, 2013; Pignay-Demaria, et. al., 2003).

El programa psicoeducativo que se utilizó resultó ser de fácil aplicación y bien aceptado por los pacientes, quienes refirieron que se sentían satisfechos con el trabajo que se realizó con ellos, además reportaron que lo que aprendieron les estaba siendo muy útil. A nivel descriptivo se encontraron diferencias entre el grupo control y el grupo experimental, claramente los pacientes del grupo experimental tienen menores niveles de ansiedad y depresión y una mejor calidad de vida después de la cirugía comparados con el grupo control que no recibió el programa psicoeducativo, lo cual coincide con los resultados obtenidos en los estudios mencionados anteriormente (Amador, 2010; Castellero, 2007; Gálvez, et. al., 2016; López, 2005; López, et. al., 2011 y Méndez, et. al., 1996) y por en las investigaciones realizadas por Álvarez (2015), Baumeister (2011), Doñate (2015) y Hernández (2016).

Sin embargo, en cuanto a la significancia estadística, en el análisis para comparar las diferencias entre grupos solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el seguimiento entre el grupo control y experimental en dos dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud. Y en el análisis para comparar mediciones, se observó una disminución de la depresión estadísticamente significativa para el grupo experimental y un aumento limítrofe de la calidad de vida relacionada con la salud también en el grupo experimental.

Los resultados encontrados difieren de los reportados en otras investigaciones, en dónde si se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y experimental, como la de Burell en su estudio con 261 pacientes, en donde el tratamiento psicológico se prolongó por un año (Fernández, et. al., 2003), por lo que se puede inferir que una de las razones por las que probablemente no se obtuvo la significancia estadística que se esperaba puede ser el tamaño de muestra y la duración de la intervención psicológica por lo que se recomienda aplicar el programa de intervención en una muestra con un mayor número de participantes y extender el número de sesiones del programa de intervención con el objetivo de reforzar lo que ya incluye y hacerlo más completo.

Otro punto a considerar es que en la preevaluación por motivos de azar en la asignación de los pacientes al grupo control y al experimental, en el grupo control los niveles de ansiedad eran menores que en el grupo experimental en donde se observa que dichos pacientes presentaban una mayor sintomatología, incluso se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta primera medición, por lo que de alguna manera ambos grupos no eran comparables en relación a esta variable, el impacto del programa de intervención psicoeducativo sobre la ansiedad de los pacientes del grupo experimental no se puede comparar con el grupo control que ya desde un inicio presentaba menores niveles de ansiedad.

Por otro lado, la eficacia del programa se empieza a observar hasta el seguimiento, la literatura señala que los cambios en la sintomatología ansiosa y depresiva y en la calidad de vida relacionada con la salud no son visibles sino hasta entre uno y tres meses después de que los pacientes han llevado a cabo y mantenido los cambios aprendidos en la intervención (Lemos, 2015; Pinheiro y Lopes 2007). Además de que en la postevaluación (una semana después de la cirugía) la condición médica y la hospitalización en la que aún siguen los pacientes no permite que la evaluación se lleve a cabo de una forma objetiva. Por lo que se recomienda que la postevaluación se lleve a cabo después del programa de intervención, pero antes de la cirugía para que está no se convierta en una variable extraña que contamine los resultados.

Como otra sugerencia a partir de los resultados obtenidos en esta investigación, se incluye la evaluación de los pacientes en un seguimiento a 3 y 6 meses para evaluar el mantenimiento de los cambios obtenidos a partir del programa de intervención psicoeducativo.

Es importante evaluar el impacto del programa psicoeducativo en otras variables psicológicas como estrés, afrontamiento, apoyo social, entre otras; mismas que la literatura ha reportado como factores que influyen en el desarrollo y pronóstico de la

enfermedad cardíaca en pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria (Fernández, 2014).

También se recomienda realizar una evaluación subjetiva, cualitativa de la percepción que tienen los pacientes sobre el programa psicoeducativo, sobre la utilidad, claridad y comprensión de los contenidos de este, para poder realizar cambios y mejorarlo.

Entre las limitantes que se encontraron en la realización de este trabajo es que se llevó a cabo en un Centro Médico Nacional por lo que una gran cantidad de pacientes de la muestra eran foráneos lo cual dificultó realizar los seguimientos. Una sugerencia ante esta limitante es que se realicen, los seguimientos vía telefónica o vía internet con los pacientes que tengan acceso a dichos servicios.

Los pacientes con cardiopatía isquémica candidatos a cirugía de revascularización coronaria constituyen una población en riesgo de presentar un desajuste psicológico caracterizado por la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y un impacto negativo en su calidad de vida relacionada con la salud.

Los servicios de salud en México no incluyen programas de atención psicológica a las necesidades de estos pacientes, no existen protocolos establecidos que incluyan la participación del psicólogo clínico y de la salud en el equipo multidisciplinario que se ocupa del proceso pre y postquirúrgico de los pacientes con cardiopatía isquémica ni durante su estancia hospitalaria, ni antes ni después de ella.

Es necesario el diseño e implementación de programas de intervención psicoeducativos enmarcados en la terapia cognitivo conductual para los pacientes candidatos a cirugía de revascularización coronaria, ya que la evidencia encontrada en la presente investigación muestra la eficacia de este programa para disminuir ansiedad, depresión y mejorar su percepción de calidad de vida relacionada con la salud.

REFERENCIAS

- Ai, A. L., Pargament, K. I., Appel, H. B., & Kronfol, Z. (2010). Depression following open-heart surgery: A path model involving interleukin-6, spiritual struggle, and hope under preoperative distress. *Journal of Clinical Psychology*, 66(10), 1057-1075.
- Álvarez, A. M., Lozano, L. G., & Mon, N. Á. (2015). Programa de educación en autocuidados en Cardiopatía Isquémica. *RqR Enfermería Comunitaria*, 3(2), 7-13.

- Amador, Y. C. (2010). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en psicología latinoamericana*, 25(1), 52-63.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology: APA presidential task force on evidence-based practice. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Asociación Médica Mundial (AMM) (2013) Declaración de Helsinki. 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.
- Baker, R. A., Andrew, M. J., Schrader, G., & Knight, J. L. (2001). Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery: preliminary findings. *ANZ journal of surgery*, 71(3), 139-142.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual review of clinical psychology*, 9, 1-27.
- Batista dos Santos, M. M., Martins, A., Carlos, J., & Nunes Oliveira, L. M. (2014). Anxiety, depression and stress in the preoperative surgical patient. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 7-15.
- Baumeister, H., Hutter, N., & Bengel, J. (2011). Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with coronary artery disease. *The Cochrane Library*.
- Bernal, G., & Rodríguez-Soto, N. (2012). La práctica psicológica basada en la evidencia: Hacia una integración de la investigación, el peritaje profesional, la singularidad del/a cliente, su contexto y la ética. *Prácticas psicológicas basadas en la evidencia*, 8-34.
- Burg, M. M., Benedetto, M. C., Rosenberg, R., & Soufer, R. (2003). Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic medicine*, 65(1), 111-118.
- Cantus, D. S., & Ruiz, M. D. C. S. (2011). A cardiopatia isquêmica na mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 1462-1469.
- Carneiro, A. F., Mathias, L. A. S. T., Rassi Júnior, A., Morais, N. S. D., Gozzani, J. L., & Miranda, A. P. D. (2009). Evaluation of preoperative anxiety and depression in patients undergoing invasive cardiac procedures. *Revista brasileira de anestesiologia*, 59(4), 431-438.
- Castillero, Y. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana* 25(1), 52-63.

- Daset, L. R., & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias psicológicas*, 209-220.
- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. & Martínez, R. (2015). Aspectos de la información preoperatoria relacionada con la ansiedad del paciente programado para cirugía. *Enfermería Global*, 14(37), 170-180.
- Fernández, E., Martín, M., & Dominguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15(4): 615-630.
- Fernández, M. M. (2014). Factores de riesgo cardiovascular. *MoleQla: revista de Ciencias de la Universidad Pablo de Olavide*, (16), 33-35.
- Flores, A. (2015). Autoeficacia, percepción de enfermedad y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cardiopatía isquémica (Tesis de Licenciatura. FES Zaragoza-UNAM).
- Fundación Española del Corazón (2015, febrero). Cirugía de Revascularización coronaria. Recuperado de <http://www.fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/tratamientos/cirurgia-de-revascularizacion-coronaria.html>
- Gálvez, A. L. B., Erazo, L. R., Rodríguez, F. M. G., & Ramírez, A. R. (2016). Intervención cognitivo-conductual para el control de ansiedad ante la biopsia insicional en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 85-99.
- Hernández, A., López, A. & Guzmán, J. (2016). Nivel de ansiedad e información preoperatoria en pacientes programados para cirugía. Un estudio transversal descriptivo. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 14(1), 6-11.
- Lemos, M., Acosta, D. & Agudelo, D. (2015). Calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. *Kénois*, 3(5), 28-57.
- Linden, W., Phillips, M. J., & Leclerc, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *European heart journal*, 28(24), 2972-2984.
- Longo, D. L. (2012). *Harrison: principios de medicina interna 18a*. Mexico: McGraw Hill.
- López, J. A. (2005). Programa de preparación psicológica en cirugía infantil programada. *Revista profesional española de terapia cognitivo-conductual*, 3(2005), 56-70.
- López, M. C., Martínez, R. A., & López, M. C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Enfuro*, (118), 13-17.

- Lozano, E. (2009). Frecuencia de depresión en pacientes con cardiopatía isquémica ingresados al servicio de cardiología del Hospital General de México (Tesis de posgrado. UNAM).
- Méndez, F. X., Ortigosa, J. M., & Pedroche, S. (1996). Preparación a la hospitalización infantil (I): Afrontamiento del estrés. *Psicología conductual*, 4(2), 193-209.
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of clinical and Health psychology*, 7(3), 847-862.
- Morales, H. (2013). Ansiedad preoperatoria en pacientes sometidos a cirugía programada (Tesis de especialidad. UNAM). México.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100.
- Orozco, M. J. N., Terán, B. P., Casarrubias, V. B., García, R. R., & Madero, J. G. S. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Pignay-Demaria, V., Lespérance, F., Demaria, R. G., Frasure-Smith, N., & Perrault, L. P. (2003). Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery. *The Annals of thoracic surgery*, 75(1), 314-321.
- Pinheiro, E. & Lopes, P. (2007). Calidad de vida 2 años después de la revascularización coronaria. *Enfermería Clínica*, 17(6), 309-317.
- Quiles, M., Méndez, F. y Ortigosa, J. (2001). Preocupaciones prequirúrgicas: estudio empírico con población infantil y adolescente. *Anales de Pediatría*, 55(2): 129-134.
- Ramos, B., Figueroa, C., Alcocer, L., & Ricón, S. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con insuficiencia cardiaca. *Enclaves del pensamiento*, 5(10), 173-189.
- Ribera, L. B., & Campos, A. B. (2013). Barreras percibidas por los psicólogos profesionales españoles para una Práctica Basada en la Evidencia. *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 1(1), 21-33.
- Stone, G. C., Weiss, S. M., Matarazzo, J. D., Miller, N. E., & Rodin, J. (Eds.). (1987). *Health psychology: A discipline and a profession*. University of Chicago Press.
- Taboas, A. M. (2014). Prácticas psicológicas basadas en la evidencia: beneficios y retos para Latinoamérica. *Revista costarricense de psicología*, 33(2), 63-78.

- Tennant, C., & McLean, L. (2001). The impact of emotions on coronary heart disease risk. *Journal of Cardiovascular Risk*, 8(3), 175-183.
- Thombs, B. D., De Jonge, P., Coyne, J. C., Whooley, M. A., Frasure-Smith, N., Mitchell, A. J., ... & Soderlund, K. (2008). Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *Jama*, 300(18), 2161-2171.
- Wolfgang, L., Melanie, J., & Lecler, J. (2007). Psychological treatment of cardiac patients. *European Society of Cardiology*, 2972-2984.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica scandinavica*, 67(6), 361-370.

El ambiente familiar como predictores de rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria en adolescentes escolares

Claudia Teresita Ruiz Cárdenas⁷

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM,
Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc, SAP⁸

La Organización Panamericana de la Salud (2009) informa de una prevalencia de 20% en los trastornos mentales de la población juvenil de América Latina y el Caribe. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud en 2018, la mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años, sin embargo, la mayoría de los casos ni se detectan ni se tratan.

En México la Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión (2018) indica que el 17% de la población presenta al menos un trastorno mental y sólo uno de cada cinco reciben tratamiento. Se considera que entre las determinantes sociales y ambiental para la salud mental se encuentran las familiares. Las cuales, se espera puedan tener padres capaces de proveer y ayudar, brindar armonía familiar, seguridad y estabilidad, relaciones de apoyo, normas y moral solida en la familia, comunicación afectiva, expresión emocional y experiencias de aceptación. Las familias más vulnerables a presentar trastornos mentales son en situación de violencia o pobreza.

El estudio tiene como propósito estudiar la relación que existe entre el ambiente familiar de los adolescentes y algunos rasgos psicopatológicos de tipo neurótico, mediante la aplicación del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes, (MMPI-A) validado para población mexicana (Lucio, Ampudia & Durán, 2004); a partir, del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath & Kaermmmer, 1992). Las escalas básicas para analizar son: 1 hipocondriasis, 2 depresión y 3 histeria.

⁷ Contacto claudiateresitarc@gmail.com

⁸ En el presente estudio se agradece el apoyo brindado para el desarrollo de esta investigación al Dr. Rogelio Gallegos Cázares. Titular del CECOSAM Cuauhtémoc de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP).

La hipocondría, la cual, se define por una preocupación persistente y excesiva por padecer una enfermedad mental o somática grave que causa un alto nivel de ansiedad (Gómez, González, Pérez & Moreno, 2018). Sin embargo, tras años de debate sobre las causas y los criterios para esta categoría diagnóstica, en la versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) fue suprimida (Bailer, Kerstner, Witthöft, Diener, Mier y Rist, 2016).

Así, la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría introdujo dos trastornos nuevos para reemplazar a la hipocondría: el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad. La diferencia clave entre estos dos “nuevos” trastornos se basa en que síntomas somáticos, disruptivos y angustiantes están presentes en el trastorno de síntomas somáticos, mientras que están ausentes o sólo mínimamente presentes en el trastorno de ansiedad por enfermedad (Torales, 2017).

En la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE10), propuesto por la Organización Mundial de la Salud (1992). El Trastorno Hipocondríaco está incluido en la categoría de Trastornos Somatomorfos (F45). Los criterios diagnósticos incluyen: La creencia persistente de la presencia de al menos una enfermedad somática grave, que subyacen al síntoma o síntomas presentes, aun cuando las exploraciones y exámenes repetidos no se encuentra explicación somática para los mismos; o bien, se presenta la preocupación persistente sobre una deformidad supuesta y la negativa insistente a aceptar las explicaciones sobre las alteraciones.

En México, las instituciones públicas de Salud Mental se basan en el CIE 10 para reportar la prevalencia de los trastornos mentales. Sin embargo, recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha presentado en mayo de 2019, la Undécima edición de la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE 11). De acuerdo con el Consejo General de Psicología de España, la fecha establecida de entrada en vigor del CIE 11, es el 1 de enero de 2022.

De acuerdo con el CIE-10, en la hipicondriasis suelen estar presentes ansiedad y depresión intensas, los síntomas, como la incapacidad consecuente, son por lo general crónicos, aunque con oscilaciones en su intensidad. El grado de incapacidad que deriva del trastorno puede ser variable; mientras que unos enfermos dominan su entorno social y familiar a través de sus síntomas; una minoría mantiene un comportamiento social virtualmente normal.

El criterio diagnóstico para denominar a un joven hipocondriaco requiere de realizar un diagnóstico diferencial. Debido a que los síntomas pueden ser consecuencia de una crisis de pánico, un trastorno por ansiedad generalizada, un trastorno obsesivo compulsivo, una depresión fuerte, un trastorno por ansiedad de separación o cualquier trastorno somatomorfo o un trastorno delirante. Los síntomas deberán estar presentes al menos seis meses.

La escala 1 de Hipocondriasis (Hs) que consta de 32 reactivos, indica que los pacientes con puntajes altos presentan niveles altos de cuidado maternal y control paternal, comparado con pacientes de puntajes bajos de hipocondriasis.

Un estudio realizado en 2010 en el Centro de Investigación y Terapia de Conducta en Madrid (CINTECO) señala que durante el periodo adolescente se ha reportado una prevalencia de reacciones hipocondríacas del 16% y en población adulta de una prevalencia de síntomas somáticos e hipocondriasis 7.43%.

Un estudio realizado en Chile con 497 adolescentes examinó la relación existente entre el reporte de problemas de salud y factores psicosociales de los adolescentes, encontró que los problemas de salud mostraron una relación significativa con los eventos estresantes, con el estrés percibido, el ánimo depresivo y una ausencia de relación con el apoyo social percibido (Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006).

Desde la perspectiva psicoanalítica el trastorno de ansiedad por enfermedad expresa los deseos agresivos y hostiles hacia los demás que son transferidos a quejas físicas, de forma que el sujeto no necesitaría confrontar de forma consciente sus impulsos inaceptables (Torales, 2017).

Al estudiar algunos trastornos funcionales, como es el caso del Síndrome de Intestino Irritable los pacientes sufren con mayor frecuencia diversos trastornos psiquiátricos, incluyendo síndromes de ansiedad generalizada, pánico, neuroticismo, alteraciones del estado de ánimo y diversos trastornos somatomorfos (Enríquez-Blanco, Schneider & Rodríguez, 2010). Sin embargo, siguen siendo escasas las investigaciones que asocian los trastornos funcionales con síndromes psiquiátricos más específicos como el trastorno por somatización (Poulsen et al., 2017) o el trastorno por miedo a enfermar o hipocondría (Vinaccia, Quiceno & Medinas, 2016).

La depresión ha sido considerada por la Organización Mundial de Salud (2016) como uno de los trastornos mentales más frecuentes que afecta a millones de personas en el mundo

y es la principal causa de discapacidad. La Organización Panamericana de Salud en 2009 reporta para la región de América, una prevalencia de la depresión del 15%, para el rango de edad de 15 a 19 años fue de 4.4% para mujeres y 3.1% para los hombres.

Asimismo, se estimó para México un incremento de la depresión del 18.4% en el período de 2005 a 2015. Según datos de la Organización Mundial de la Salud en 2018 la depresión ocupa el tercer lugar en la carga de morbilidad entre los adolescentes y el suicidio es la segunda causa de muerte entre los 15 y los 29 años.

Cuando la depresión inicia tempranamente tiende hacia la cronicidad y el deterioro psicosocial. En México, la prevalencia de la depresión con inicio temprano tiene una probabilidad mayor de comorbilidad con la agorafobia, fobia social, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial y dependencia a drogas. Asimismo, se atribuye a la depresión el 10% de la carga global de las enfermedades, estimando que aumentará hasta el 15% para el 2020 (Benjet, Borges, Medina-Mora, Fleiz-Bautista & Zambrano-Ruiz, 2004).

Las diferencias por sexo en la prevalencia de la depresión se ha reporta en varios estudios. En México la depresión clínica en mujeres se identificó con una probabilidad de dos o tres veces mayor en comparación con los hombres (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, Fleiz, Rojas & Cruz, 2009); otra investigación sobre sucesos vitales estresantes y depresión, identifico un mayor número de síntomas depresivos en las mujeres (Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012); también, un estudio realizado en Perú con adolescentes identificó diferencias por género respecto a los niveles de depresión; se observó la depresión ligera en las mujeres con el 82.8%, mientras, los varones tienen un porcentaje de 17.2%; asimismo, la depresión moderada en mujeres es del 60%, valor que supera al 40% de los hombres. Además, se reporta que las mujeres tienen mayor tendencia a la depresión que los varones, por los indicadores evidentes de tristeza, llanto fácil, desánimo y todo signo emocional, en cambio en los varones el aspecto emocional es menos evidente (Torrel & Delgado, 2016).

Un estudio realizado en México con adolescentes analizó la relación entre la depresión y el funcionamiento familiar, se identificó una asociación con la depresión cuando las familias son rígidas con un fuerte control parental, disciplina estricta y severa (Leyva-Jiménez, Hernández-Juárez, Nava-Jiménez & López-Gaona, 2007). Asimismo, el ambiente familiar negativo caracterizado por problemas de comunicación entre padres e hijos, constituye uno de los factores de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental, como depresión, ansiedad y estrés (Eguiluz, 2011).

En la depresión, surge la necesidad de estudiar el curso de los síntomas particularmente en la adolescencia ya que influye sobre el estado de ánimo y las situaciones vividas. Así, la depresión es un factor de vulnerabilidad que afecta todas las áreas de la vida, además de incrementa la probabilidad de ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos (González-Forteza, Jiménez-Tapia, Ramos-Lira & Wagner, 2008).

De acuerdo con el MMPI-A (Lucio, Ampudia & Durán, 2004) la escala básica 2 de depresión (D) con 57 reactivos, establece que las calificaciones altas de los adolescentes reportan culpa, timidez y autocrítica. En los adolescentes hospitalizados con tratamiento clínico la escala 2 de D presenta asociaciones con ideas y comportamientos suicidas.

Entre los factores de riesgo para presentar depresión se encuentra: el rendimiento escolar, la dinámica familiar, falta de comunicación entre padres e hijos, carencias afectivas y medidas de control empleados en el hogar (Galicía, Sánchez & Robles, 2009); asimismo, la falta de comunicación en la población adolescente ha sido reportada con el mayor peso predictivo en la depresión; cuanto mayor es la comunicación y autonomía percibido por el adolescente tanto del padre como de la madre, menor sintomatología depresiva (Andrade, Betancourt, Vallejo, Segura & Rojas 2012).

En México, al estudiar los sucesos negativos del área familiar y comparar entre el grupo clínico con depresión y el grupo de adolescentes sin depresión; evaluados con la escala básica 2 de depresión D y la escala de contenido Dep A depresión-adolescentes del MMPI-A (2004). Se encontró que los adolescentes con depresión tuvieron mayor impacto de sucesos estresantes negativos relacionados con la dinámica familiar, las relaciones sociales, dificultades personales y problemas de conducta; en comparación con el grupo sin depresión (Heredia- Ancona, Lucio-Gómez & Suárez, 2011).

Un estudio realizado en México analizó relación entre la depresión y los conflictos familiares encontrándose una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y los conflictos familiares (Álvarez, Ramírez, Silva, Cuffin y Jiménez en 2009). Así también, las situaciones negativas que se viven en la familia como son las interacciones conflictivas, también tienen una fuerte asociación con la depresión (Veytia et al., 2012).

Un estudio realizado en la Ciudad de México con adolescentes estudiantes de secundaria identificó una correlación negativa entre ideación suicida, depresión y la resolución de problemas. Es decir, a mayor ideación suicida y/o depresión, menor será la habilidad de la familia para resolver problemas en un nivel que mantenga un funcionamiento familiar

efectivo, lo que implica la capacidad de manejar y solucionar los problemas. En esta área de funcionamiento familiar los problemas pueden ser de dos tipos, instrumentales o afectivos. Los instrumentales son aspectos cotidianos de la vida diaria y los afectivos vinculados con aspectos emotivos como coraje, amor y depresión (Eguiluz & Ayala, 2014).

La no aceptación de los padres y las críticas familiares se relacionaban con depresión y problemas de conducta en los adolescentes, siendo la no aceptación de los padres la de mayor peso predictivo (Rosa-Alcázar & Parada-Navas, 2014).

Las relaciones interpersonales acontecen en un proceso en el que interactúan diversas variables entre el conflicto, el enfrentamiento y la depresión (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes & Díaz-Loving, 2011). Así, las interacciones conflictivas tienen una fuerte asociación con la depresión, como la tiene la muerte temprana o la separación de los padres (Rosa-Alcázar et al., 2014).

Por último, la histeria, se identifica como un trastorno que tiende a desaparecer de la terminología científica. Se encuentra particionado en una multiplicidad de síndromes; por otro lado, se utiliza lo que se puede considerar como las nuevas manifestaciones clínicas de la histeria (Cruz, 2018); nuevos tipos de trastornos que sirven como modelos identificatorios a nuevas realidades, a nuevos códigos de relación, sufrimiento y soledad (Gallego, 2015).

Sin embargo, de acuerdo con el CIE 10 (1992) el Trastorno histriónico de la personalidad (F60.4) está caracterizado por una tendencia a la representación de papeles, teatralidad y expresión exagerada de las emociones; sugestibilidad y facilidad para dejarse influir por los demás; afectividad lábil y superficial; búsqueda imperiosa de emoción; comportamiento y aspecto marcados por un deseo inapropiado de seducir; y preocupación excesiva por el aspecto físico. La American Psychiatric Association (2013) considera que también puede presentarse: egocentrismo, indulgencia para sí mismo, anhelo de ser apreciado, sentimiento de ser fácilmente herido y conducta manipulativa constante para satisfacer las propias necesidades.

La escala 3 de histeria (Hi) del MMPI-A (Lucio *et al.*, 2004) integrada por 60 reactivos, identifica aquellos individuos que responden al estrés con reacciones histéricas, tanto en el área sensorial como en la motora, sin base orgánica. Se abarcan dos grandes áreas de contenido: 1) preocupaciones somáticas y negación de problemas; 2) la necesidad de aceptación y aprobación social. Los adolescentes hospitalizados en instituciones psiquiátricas con marcada elevación de la escala Hi fueron descritos como dependientes, poco asertivos, así como capaces de modificar rápidamente sus conductas, en aras de

satisfacer las expectativas y demandas sociales. Además, los adolescentes con elevación de la escala Hi fueron descritos con tendencia a expresar su ansiedad o estrés por medio de la somatización y los síntomas físicos. Los adolescentes de la población normativa tendían a manifestar problemas en la escuela, y los de población clínica tendían a presentar ideas o acciones suicidas.

Al parecer, el histérico da la impresión de servirse de su cuerpo como instrumento para la expresión de cariño y ternura; pero la motivación proviene, con todo, de un deseo de obtener aprobación, admiración y protección, más bien que de un sentimiento de intimidad o de placer sexual general. La intimidad física es sustituida por intimidad emocional. El histérico requiere de una gran dosis de atención por parte de los demás, y no está en condiciones de enfrentarse a sí mismo. Por consiguiente, el aburrimiento constituye un problema constante, ya que se consideran a sí mismos como obtusos y carentes de estimulación. Buscan constantemente la estimulación externa, y la conducta histriónica, seductora, excesivamente emocional y desesperadamente dependiente (Coderch, 1991).

En síntesis, el presente estudio se centra en identificar el nivel predictivo del ambiente familiar negativo, en la presencia de rasgos psicopatológicos de hipocondriasis, depresión e histeria en los adolescentes escolares.

Pregunta de investigación

¿En qué medida el ambiente familiar negativo predice los rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria en los adolescentes escolares?

Objetivos

Identificar si los factores del ambiente familiar están relacionados con la sintomatología de hipocondriasis, depresiva e histeria.

Variables

Variable dependiente:

Escala básica 1, Hipocondriasis (Hs) la elevación de la escala indica preocupación por la salud (...) quejas diversas sobre lo físico que van desde los síntomas específicos, hasta quejas generales o vagas (Lucio et al., 2004).

Escala básica 2, Depresión (D) se describe como un índice de insatisfacción con la propia vida, incluyendo desesperanza, abatimiento, apatía y sensibilidad excesiva. Las puntuaciones altas describen culpa, timidez, autocrítica y actitud retrospectiva (Lucio et al., 2004).

Escala básica 3, Histeria (Hi) identifica a aquellos individuos que responden al estrés con reacciones histéricas, tanto en el área sensorial como en la motora, sin base orgánica; incluye preocupaciones somáticas, negación de problemas, la necesidad de aceptación social y aprobación social (Lucio et al., 2004).

Definición Operacional:

El puntaje obtenido en las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria, del MMPI-A (Lucio et al., 2004).

Variables independientes

Ambiente familiar:

Es la percepción que el adolescente tiene sobre el grado de aceptación familiar, la comunicación de emociones y situaciones diarias con la familia, el establecimiento de reglas de convivencia familiar, la percepción de conflictos entre los padres y la hostilidad del adolescente y los miembros de la familia; evaluada mediante los factores de la Escala de Ambiente Familiar para Adolescente, (EAFA) que a continuación se presentan (Ruíz-Cárdenas, Reidl & Cázares, 2017):

Conflicto entre los padres, consiste en los patrones de relación que el adolescente percibe entre los padres, en la identificación de problemas, el discurso reiterado de los conflictos, la falta de acuerdos y la falta de afecto que percibe en el entorno familiar.

Comunicación familiar, se caracteriza por el tipo de comunicación que el adolescente establece con la familia, en relación, a sus actividades diarias, emociones y afectos.

Falta de reglas y normas, se refiere a los patrones de relación caracterizados por la falta de límites y respeto en la relación con los miembros de la familia.

Hostilidad, consiste en el comportamiento y actitud intolerante y demandante que el adolescente presenta y observa en el entorno familiar.

Aceptación familiar, consiste en la aceptación, cooperación, presentación de alternativas a los problemas y en el respeto a la individualidad de los miembros de la familia.

Hipótesis

1. Existen diferencias estadísticamente en los rasgos de hipocondrias, de depresión e histeria en los hombres y mujeres adolescentes.
2. Existe asociación entre al ambiente familiar negativo y los rasgos psicopatológicos de hipocondrias, depresión e histeria.
3. Los factores del ambiente familiar: conflicto entre los padres, falta de comunicación, falta de reglas y normas, hostilidad y la aceptación familiar predicen la depresión, la hipocondrias y la histeria en adolescentes. A medida que aumenta el valor de los factores del ambiente familiar negativo aumenta la sintomatología depresiva o la hipocondrias, a excepción del factor aceptación familiar, como único factor positivo del instrumento.

Diseño

Es un estudio de campo, no experimental, de tipo transeccional.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo integrada por 391 adolescentes, 191 hombres (49%) y 200 mujeres (51%), con edades de 14 a 16 años, ($M=14.5$, $DE=.561$), (47% de 14 años, 50% de 15 años y 3% de 16 años), todos alumnos escolares del segundo y tercer grado de escuelas secundarias públicas de la zona centro y oriente de la Ciudad de México. La selección de los participantes se realizó por muestreo aleatorio incidental (Cohen y Swerdlik, 2006), los instrumentos fueron aplicados a los adolescentes que acudieron en ese momento.

Instrumentos

La *Escala de Ambiente Familiar del Adolescente* (EAFA) (Ruíz-Cárdenas *et al.*, 2017), es un instrumento diseñado y validado para población mexicana para evaluar la percepción

que los adolescentes tienen de su ambiente familiar, formado por 25 reactivos en formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta y distribuidos en cinco factores que explican el 52% de la varianza con un Alpha de Cronbach global de .90 y validez de constructo. Los factores obtenidos son: Conflicto entre los padres (6 reactivos), Falta de comunicación familiar (5 reactivos); Ausencia de normas y reglas (6 reactivos); Hostilidad (5 reactivos) y Aceptación familiar (3 reactivos).

El *Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota para Adolescentes* (MMPI-A: Lucio *et al.*, 2004) validado para población mexicana, integrado por 478 reactivos dicotómicos; desarrollado a partir del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Butcher, Williams, Graham, Archer, Tellegen, Ben-Porath & Kaermmmer, 1992). Es un instrumento psicológico ampliamente utilizado en el campo clínico, evalúa los rasgos psicopatológicos del adolescente. Para el presente estudio se consideraron las escalas básicas: 1Hs hipocondriasis que cuenta con 32 reactivos; 2D de depresión, que cuenta con 57 reactivos dicotómicos (cierto o falso); y la 3Hi histeria con 60 reactivos. Sólo se analizaron los resultados de los participantes que obtuvieron puntajes que permitieran validar sus respuestas, a partir, de los criterios establecidos en las escalas de validez del instrumento.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos fue voluntaria, se llevó a cabo de forma colectiva en las aulas escolares, con personal de apoyo previamente capacitado, la presencia del docente y el personal responsable de la investigación. Se hizo énfasis en que los resultados obtenidos eran anónimos, confidenciales y tendrían un uso puramente estadístico.

Para llevar a cabo la aplicación de la EAFA y del MMPI-A se elaboraron los oficios correspondientes para solicitar la autorización del personal directivo de las escuelas y de los padres, mediante el consentimiento informado por escrito.

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva como frecuencia y porcentajes, análisis de t de Student para determinar las diferencias por sexo en las medias de la escala 1Hs de hipocondriasis, 2D depresión y 3Hi histeria. Se realizó el análisis de correlación de Pearson entre los factores del ambiente familiar y las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria. Por último, se realizó el análisis de Regresión Múltiple con el objetivo de determinar el nivel predictivo del ambiente familiar en los rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria. Los datos obtenidos fueron procesados para su análisis estadístico, el cual se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 21.

RESULTADOS

El análisis de t de Student para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas al .01 en las medias obtenidas en las escalas de hipocondrias y depresión entre hombres y mujeres, los resultados se presentan en la Tabla 1. Las medias obtenidas de todas las escalas de rasgos psicopatológicos son más elevadas en las mujeres adolescentes, en comparación con los varones.

Tabla 1. Comparación de medias en los rasgos de hipocondrias, depresión e histeria en hombres y mujeres adolescentes.

	Hombres		Mujeres		t	p
	M	DE	M	DE		
Hipocondrias	9.07	4.87	10.61	5.24	-3.00	.003**
Depresión	20.10	5.41	22.79	5.86	-4.69	.000**
Histeria	21.14	6.49	22.96	5.47	-2.99	.003**

Nota. **p<0.01

Para dar respuesta a las hipótesis planteadas sobre la relación que existe entre el ambiente familiar y los rasgos evaluados con las escalas de hipocondrias, depresión e histeria del MMPI-A, se realizó el análisis de correlación de Pearson, los resultados se presentan en la Tabla 2.

Todas las correlaciones obtenidas entre el ambiente familiar y las escalas fueron significativas al .01. La correlación más alta es negativa y se presenta entre la aceptación familiar y la hipocondrias de -.363. Seguida de las correlaciones positivas de la depresión y los conflictos entre los padres de .346, la depresión y aceptación familiar con -.337, la depresión y la falta de comunicación .314, la depresión y la falta de normas y reglas, así como la hipocondrias y la hostilidad con .303

Para determinar la predicción de los factores del ambiente familiar sobre los síntomas de hipocondrias de los adolescentes se realizó el análisis de regresión múltiple paso a paso

de la escala de hipocondriasis como variable dependiente y como variables independientes la relación entre los padres, la comunicación familiar, las normas y reglas, la hostilidad y la aceptación familiar. En la Tabla 3, se presentan los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β) y los coeficientes de determinación (R^2).

Tabla 2. Correlación de factores que integran el ambiente familiar del adolescente y las escalas de hipocondriasis, depresión e histeria.

	Hipocondriasis	Depresión	Histeria
Conflicto entre los padres	.288**	.346**	.236**
Falta de comunicación	.239**	.314**	.200**
Falta de normas y reglas	.243**	.312**	.176**
Hostilidad	.303**	.253**	.182**
Aceptación familiar	-.363**	-.337**	-.268**

**p<0.01

Tabla 3. Análisis de Regresión Múltiple por el método paso a paso en variables que predicen la hipocondriasis (Hs).

Variable	B	EE	
Paso 1 Aceptación familiar	-.835	.116	-.356**
Paso 2 Hostilidad	.385	.087	.224**

Nota = .127 para el paso 1 ($p = .01$); = .173 para el paso 2 ($p = .01$). **p 0.01

En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación la aceptación familiar como predictor, explicó el 12% de la varianza, ($1,357 = 51.804$, $p = .01$). En el segundo paso se incluyó en la ecuación la hostilidad como predictor, incremento la $R^2 = .173$ *F incrementada* ($1,357 = 37.090$, $p = .01$).

Para determinar la predicción de los factores del ambiente familiar sobre los síntomas de depresión en los adolescentes, se realizó el análisis de regresión múltiple paso a paso variables independientes los factores del ambiente familiar y como variable dependiente la escala de depresión (véase Tabla 4). En el primer paso el análisis, se incorporó en la ecuación conflicto entre los padres como predictor, explicó el 12% de la varianza, (1,357) = 50.259, $p = .000$]. En el segundo paso se incluyó, a la ecuación aceptación familiar como predictor, incremento la $\beta = .161$ *F incrementada* (1,357) = 34.011, $p = .000$]. En el tercer paso se incluyó en la ecuación falta de comunicación como predictor, incremento la $\beta = .177$ *F incrementada* (1,357) = 25.300, $p = .000$].

Tabla 4. Análisis de Regresión Múltiple por el método paso a paso en variables que predicen la histeria (Hi).

Variable	B	EE	
Paso 1 Conflicto entre los padres	.305	.087	.204**
Paso 2 Aceptación familiar	-.501	.143	-.188**
Paso 3 Falta de comunicación	.333	.128	.145**

Nota = .124 para el paso 1 ($p = .01$); $\beta = .162$ para el paso 2 ($p = .01$); $\beta = .177$ para el paso 3 ($p = .01$). ** $p < 0.01$

Por último, para determinar la predicción de los factores del ambiente familiar sobre los rasgos de histeria en los adolescentes, se realizó el análisis de regresión múltiple paso a paso como variable dependiente la escala de histeria y como variables independientes los factores del ambiente familiar, véase Tabla 5. En el primer paso el análisis, se incorporó en la aceptación familiar como predictor, explica el 7% de la varianza, (1,357) = 28.066, $p = .000$]. En el segundo paso se incluyó, a la ecuación el conflicto entre los padres como predictor, incremento la $\beta = .096$ *F incrementada* (1,357) = 18.851, $p = .000$].

Tabla 5. Análisis de Regresión Múltiple por el método paso a paso en variables que predicen la histeria (Hi).

Variable	B	EE	
Paso 1 Aceptación familiar	-.745	.153	-.201**
Paso 2 Hostilidad	.259	.086	.166**

Nota = .073 para el paso 1 (p .01); = .096 para el paso 2 (p .01). **p 0.01**

Los resultados obtenidos destacan el papel de la dimensión afectiva en el ambiente familiar como predictor de los rasgos de psicopatología neurótica, donde la falta de aceptación familiar está presente en los rasgos de hipocondriasis, depresión e histeria. El conflicto entre los padres está presente como predictor de los rasgos depresión y la histeria. La falta de comunicación se encuentra como predictor de la depresión. Por último, la hostilidad en el ambiente familiar es predictor de los rasgos de hipocondriasis. El ambiente familiar negativo tiene un mayor peso predictivo hacia la depresión, seguido por la hipocondriasis y con un menor peso predictivo a los rasgos de histeria.

DISCUSIÓN

El análisis de comparación de medias por sexo en las escalas aplicadas del MMPI-A (Lucio *et al.*, 2004) hipocondriasis, depresión e histeria, identificó diferencias significativas en todos los casos. Se observan también, puntajes más elevados de rasgos psicopatológicos en las mujeres, en comparación con los puntajes obtenidos en los hombres. Los resultados obtenidos son consistentes con los hallazgos reportados en otros estudios realizados (Benjet *et al.*, 2009; Veytia, *et al.*, 2012; Torrel & Delgado en 2016).

El ambiente familiar negativo y las escalas de rasgos psicopatológicos presentan asociaciones moderadamente bajas y bajas. Sin embargo, todas las asociaciones fueron significativas. La escala de depresión presenta las asociaciones más elevadas con el ambiente familiar negativo, seguida por la de hipocondriasis y la de histeria. El factor aceptación familiar como único factor positivo del ambiente familiar, presenta correlaciones negativas con los rasgos psicopatológicos de hipocondriasis, depresión e histeria.

Al analizar los factores que predicen la hipocondriasis, se encuentran con mayor carga predictiva en el factor de aceptación familiar, seguido por el factor hostilidad. La falta de aceptación, cooperación y respeto a la individualidad entre los miembros; así como, una percepción negativa sobre la solución a los problemas, al parecer, hacen que el adolescente centre su atención de manera negativa en síntomas de hipocondría. Estos datos son consistentes con lo propuesto por Torales (2017) quien expresa que los deseos agresivos y hostiles hacia los demás, son transferidos a quejas físicas. Asimismo, lo reportado en la interpretación del MMPI-A (Lucio et al., 2004) señala que las puntuaciones elevadas pueden ocasionar que el adolescente centre su atención en sí mismo, se muestre demandante, inmaduro, derrotista, quejumbroso y egoísta.

El análisis de los factores del ambiente familiar que predicen la depresión se identifica el conflicto entre los padres con mayor peso predictivo. Lo cual es consistente con lo propuesto por Eguiluz en 2014, quien afirma, que la falta de solución a los problemas se encuentra asociada a la depresión. Así, los resultados indican que los jóvenes que perciben un deficiente ambiente familiar caracterizado por patrones de relación entre los padres que el adolescente percibe como problemático y el discurso reiterado de los conflictos entre ellos. Así como, la falta de expresión afectiva de los padres hacia los hijos, predicen la depresión en los adolescentes.

El factor falta de comunicación que se caracteriza por la ausencia de disposición del adolescente para compartir sus estados emocionales y sus actividades diarias entre los miembros de la familia, además, del desinterés de los miembros por establecer una comunicación con el adolescente, predicen la depresión. Estos resultados son consistentes con lo expuesto por Eguiluz (2011) quien afirma que la importancia de los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, están relacionados con la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés. Al igual que los resultados obtenidos por (Andrade et al., 2012) quienes reportaron, cuanto mayor es la comunicación y la autonomía percibidas por el adolescente, tanto del padre como de la madre, menor es la sintomatología depresiva (Andrade et al., 2012).

Otro factor que predice la depresión es la falta de aceptación familiar, la cual consiste en la carencia de vínculos emocionales, sentimientos de cercanía y falta de apoyo, siendo estos resultados consistentes con los hallazgos reportados por Galicia, Sánchez y Robles (2009). En suma, las carencias afectivas, las interacciones conflictivas familiares con la falta de alternativas solución a los problemas familiares y la falta de respeto a la individualidad de los miembros de la familia, son condiciones que influyen en la depresión de los adolescentes.

Los factores del ambiente familiar que predicen los rasgos de histeria fueron la falta de aceptación familiar con mayor peso predictivo y los conflictos entre los padres. La percepción de un ambiente familiar de rechazo en los adolescentes y su relación con los rasgos de histeria es consistente con lo señalado por Coderch (1991) quien afirma que el histérico requiere de una gran dosis de atención y la necesidad de dependencia. Al igual que, la interpretación de la escala Hi del MMPI-A (Lucio, et al., 2004), entre los rasgos de histeria se presenta la necesidad de ser querido, conducta infantil, falta de capacidad para tolerar la frustración, fácilmente influenciado, histriónico y ansiedad ante situaciones que pueden ser estresantes.

Por otra parte, las dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales de la histeria, puede estar relacionado con la dependencia y sobreprotección en el entorno familiar, lo cual, obstaculizan el proceso de socialización y el desarrollo de la identidad, limitando la capacidad y la habilidad para establecer relaciones interpersonales satisfactorias en el entorno social.

En resumen, se confirma la relevancia de mantener y promover una convivencia familiar, en un ambiente de aceptación, comunicación, respeto, con límites flexibles que favorezcan el intercambio y la convivencia entre los miembros. La comunicación se presenta como una variable mediadora de la expresión afectiva y la organización de las relaciones interpersonales.

Por último, es necesario realizar esfuerzos desde diferentes ámbitos públicos y privados para construir una cultura de convivencia familiar saludable, transformando los estilos de relación interpersonal negativos y las condiciones de subordinación de las mujeres en la familia. Las condiciones de un ambiente familiar negativo guardan relación con la integridad mental de los adolescentes llegando a presentar algún tipo de trastorno mental a temprana edad, lo que puede afectar el desarrollo potencial de los adolescentes.

REFERENCIAS

- Álvarez, M., Ramírez, B., Silva, A., Cuffin, N. & Jiménez, M. (2009). La relación entre depresión y conflictos familiares en adolescentes. *Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9 (2), 205-216.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Arlington: APA.

- Andrade, P., Betancourt, D., Vallejo, A., Segura, B. & Rojas, R. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35 (1), 29-36.
- Bailer J, Kerstner T, Witthöft M, Diener C, Mier D, Rist F. (2016) Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, & Coping*. 3;29(2):219-39.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., & Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescents. *Terepia Psicológica*, 24, 55-61.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Fleiz-Bautista, C. & Zambrano-Ruiz, J. (2004). La depresión con inicio temprano: Prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 5, 417-424.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M.E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E. & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32 (2), 155-163.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. & Kaermmmer, B. (1992). Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent: MMPI-A. Minneapolis: Minnessota University.
- Centro de Investigación y Terapia de Conducta en Madrid (2010) Recuperado de: <https://cinteco.com>
- Coderch, J. (1991). *Psiquiatría Dinámica*, Herder: España.
- Consejo General de la Psicología de España (INFOCOP). Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7548
- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y la medición*. México: McGraw Hill Interamericana.
- Cruz, C. (2018). La histeria moderna: parte VII personalidad histérica y mujer. *Psiquiatría y Salud Mental* XXXV (3/4), 231-237.
- Eguiluz, L. L. (2011). Estrategias de intervención en jóvenes con ideación e intento suicida. Uaricha. *Revista de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo*, 8(16), 66-90.
- Eguiluz, L.L. & Ayala M. (2014). Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 72-80.
- Galicia, I., Sánchez, A. & Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25 (2), 227-240.

- Gallego, P. (2015). Carácter y sexualidades contemporáneas. Una aproximación a las histerias desde la psicoterapia corporal. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: sifp1.psico.edu.uy/carácter-y-sexualidades-contemporánea-una-aproximación-a-las-his.
- García-Méndez, M., Rivera-Aragón, S., Reyes-Lagunes, I. & Díaz-Loving, R. (2011). El enfrentamiento y el conflicto: Factores que intervienen en la depresión. *Acta de Investigación Psicológica*, 1 (3), 415-427.
- Gómez, I., González, I, Pérez, R. & Moreno, D. (2018). Hipocondría en la infancia y la adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 35(1),7-16.
- González-Forteza, C., Jiménez-Tapia, J.A., Ramos-Lira, L. & Wagner, F.A. (2008). Aplicación de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 50 (4), 292-299.
- Heredia-Ancona, M., Lucio-Gómez, E. & Suárez, L.E. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (2), 49-57.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A., Nava-Jiménez, G. & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225 -232.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (2004). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de Minnesota Adolescentes (MMPI-A) versión en español*. México: Manual Moderno.
- Enríquez-Blanco, H., Schneider, R. & Rodríguez, J. (2010). *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados*. México: Panamericana
- Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. (2018) INCyTU, 7. Recuperado de: http://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Complementa/INCYTU_18-007.pdf
- Organización Mundial de la Salud. CIE-10. (1992). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra. 1992.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La depresión*. Nota descriptiva No. 369. Recuperado de: who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Depression and other common mental disorders, Global health estimates*. Geneva: World Health Organization CC BY-NC-SA 3.0

IGO. Recuperado de: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1246:dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=597

- Organización Mundial de la Salud (2018). Publica hoy la nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Salud mental*. Recuperado en: https://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Publicación Científica y Técnica No. 632. Washington: OPS.
- Poulsen C.H., Epløv L.F., Hjorthøj C., Eliassen M., Skovbjerg S., Dandtuft T.M., Schrøden A. y Jørgensen, T. (2017). Irritable bowel symptoms and the development of common mental disorders and functional somatic syndromes identified in secondary care, a long term population based study. *Clinical Epidemiology*, 35(9):393–402.
- Rosa-Alcázar, A. & Parada-Navas, J. (2014). Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: Relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anuario de Psicología*, 30 (1), 133-142.
- Ruiz-Cárdenas, C.T., Reidl, L.M. & Gállegos, R. (2017). Validez de constructo de la escala familiar para adolescentes. *Vertientes*, 20 (1), 35-42.
- Soutullo, C., & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Médica Panamericana.
- Torrel, M. & Delgado, M. (2016). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla – Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*, 17(1). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.21503/cyd.v17i1.1102>
- Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4 (1):77-86.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P. & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes el papel de sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35 (1), 37-43.
- Vinaccia, A., Quiceno, J. & Medinas, M. (2016). Conducta de enfermedad en pacientes con dispepsia funcional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: un estudio transcultural. *Psicología y Salud*, 26 (1), 5-14.

Efectos de la discriminación percibida en una muestra de jóvenes mexicanos

Pedro Wolfgang Velasco Matus⁹
Cristian Iván Bonilla Teoyotl

Facultad de Psicología,
Universidad Nacional Autónoma de México

La discriminación se refiere al trato diferencial por parte de un grupo que tiene impacto negativo y que descalifica a miembros de otro grupo. Generalmente se entiende que el grupo que discrimina es el grupo dominante, mientras que el grupo subordinado es el discriminado (Birzer & Smith-Mahdi, 2006). De acuerdo con Crocker, Major y Steele (1998), la discriminación va en función de poseer un atributo que devalúa la identidad social en un contexto determinado. Más a detalle, la posesión de un atributo particular puede llevar a que un individuo o un grupo sean discriminados en un contexto, pero no en otro, lo que lleva a pensar que la discriminación no depende solamente de poseer o no un rasgo específico, ni está asociada a una persona en particular.

Algunos de los atributos que pueden ser causa de discriminación son el color de piel, acento al hablar, creencias religiosas, género, sexo, orientación sexual, enfermedades mentales, vestimenta, obesidad, entre otros. Cabe recalcar que no todos estos rasgos poseen el mismo valor, ya que gran parte de la experiencia subjetiva de la discriminación depende de la visibilidad. Características visibles como el color de piel, algunas limitantes físicas (p.e. falta de un brazo o una pierna), acentos al hablar, o la vestimenta, no pueden ser fácilmente ocultados. Por lo tanto, para la gente con rasgos visibles la discriminación puede deberse en gran medida a las suposiciones que otros hacen sobre tales rasgos (Jones et al., 1984; Padilla & Pérez, 2003). Por otro lado, gente con rasgos más “ocultables” como creencias religiosas u orientaciones sexuales tienen otras preocupaciones. Debido a que este tipo de características no son necesariamente visibles, pueden interactuar con otras personas sin que vean amenazada la evaluación social que se hace de ellos de manera inmediata. Sin embargo, estos individuos están en constante monitoreo de conductas vinculadas a cómo hablan, cómo se visten y se comportan para maximizar sus probabilidades de aprobación social.

⁹ Contacto Dr. Pedro Wolfgang Velasco Matus, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: velasco.matus@gmail.com

Cuando una persona se vuelve consciente de que una u otra característica está provocando una devaluación se desencadenan una serie de consecuencias psicológicas adversas en el individuo (Padilla, 2008). Si la persona discriminada evalúa la situación como negativa e hiriente puede experimentar una serie de emociones como despersonalización, falta de pertenencia, frustración, depresión, malestar emocional, consumo de sustancias, conductas de riesgo, entre otras (Beschloss, 2002).

De acuerdo con la literatura, una de las estrategias que se utilizan para disminuir los efectos de la discriminación son los esfuerzos por causar una buena impresión, comúnmente denominados Manejo de Impresiones. El Manejo de la Impresión (MI) suele ser definido como un proceso intencional de creación de una impresión favorable o aceptable de sí mismo ante los demás (Acosta & Domínguez, 2014). El MI es un conjunto de procesos psicológicos que le permiten al individuo controlar efectivamente las imágenes personales que proyecta al exterior mediante la selección de información y su control conductual y emocional permitiéndole alcanzar objetivos personales (Leary & Kowalski, 1990). En términos amplios, el MI se ha abordado como un proceso de distorsión de la propia imagen que se limita a las expectativas sociales para quedar bien ante los demás (Paulhus, 2002); sin embargo, el poder cambiar la propia imagen intencionadamente también ha sido visto como un proceso adaptativo para el ajuste social. También es considerado como los intentos de influenciar en la imagen durante la interacción social (Bolino & Turnley, 2003).

Las estrategias para el manejo de impresiones han sido clasificadas en dos categorías: asertivas y defensivas (Hart et al., 2017; Tedeschi & Melburg, 1984). Por un lado, las auto-presentaciones defensivas ocurren cuando un evento o situación es interpretado como peligroso, ya que existe la posibilidad de que se estropee una identidad deseada y están destinados a defender o reparar la impresión proyectada, así como para disminuir los efectos negativos del evento precipitante (Bolino, Kacmar, Turnley, & Gilstrap, 2008). Por otra parte, las auto-presentaciones asertivas son acciones y comportamientos que se llevan a cabo de manera proactiva para establecer y promover impresiones positivas deseadas (Lee et al., 1999). Dentro de la literatura, investigaciones como las de Zhang, Du, Lei y Zheng (2012) y Karam, Sekaja y Geldenhuis (2016), entre otros, se han dedicado al análisis de los factores que moderan el grado en que las personas están motivadas a manejar sus impresiones, así como el contenido de las imágenes que tratan de presentar y los tipos de estrategias empleadas a través del desarrollo de escalas. También, el concepto ha sido relacionado con diferentes variables psicológicas como la autoestima (Baumeister, 1982; Overup, Brunson, & Acitelli, 2015), la satisfacción con la vida (Acosta & Domínguez, 2014), la personalidad, entre otras. Específicamente las estrategias defensivas se han asociado con varios indicadores de afecto o emoción negativos: la ansiedad, social (Banerjee & Watling,

2010), la necesidad de aprobación (Acosta & Domínguez, 2014), la inseguridad crónica y la autoestima negativa (Boney-McCoy et al., 1999), por mencionar algunos.

Numerosas investigaciones manifiestan que la percepción de discriminación influye de manera negativa en la vida de las personas (Molero, Silván-Ferrero, García-Ael & Fernández, 2013). De acuerdo con Lee (2005, en Lahoz & Forns, 2016) la discriminación tiene efectos adversos en la adaptación, el bienestar y la salud de los grupos y los individuos. Williams, Neighbors y Jackson (2008) afirman que la discriminación en la vida de las personas se asocia con una mala salud; estos resultados se observan principalmente en grupos desfavorecidos en diferentes sociedades.

Por otra parte, el bienestar subjetivo se refiere a una serie de evaluaciones positivas y negativas que hace la gente acerca de su vida (Velasco-Matus, Rivera-Aragón, Díaz-Loving & Reyes-Lagunes, 2015). El bienestar no es un constructo estático y sólido, sino que puede descomponerse en varios componentes. Se refiere a los diferentes tipos de evaluaciones (favorables/desfavorables) que la gente hace sobre su vida; incluye evaluaciones cognoscitivas reflexivas (satisfacción con la vida) y evaluaciones sobre reacciones afectivas (afecto positivo y afecto negativo) (Diener, 2006; Velasco-Matus, Rivera, García, & Díaz-Loving, 2018). Este concepto se relaciona con un estado de evaluación y de experiencia emocional en el que se valora de forma global la vida y la satisfacción de las personas a través de ciertos dominios (Murillo & Molero, 2012). También, la satisfacción con la vida es un juicio global que hacen las personas en cuanto a su calidad de vida como una totalidad (Diener, 2006), mientras que la autoestima se trata de un indicador más de bienestar psicológico y que se presenta como una actitud que tiene la persona de sí misma, que radica en la autoevaluación (Baron & Byrne, 2005). Esta serie de elementos son afectados cuando las personas perciben discriminación en sus vidas. Por ejemplo, Murillo y Molero (2012) mencionan que la percepción de prejuicio y discriminación en el bienestar de los miembros de grupos estigmatizados socialmente, están suficientemente documentados. Pascoe y Richman (2009) ya señalaban el impacto que tiene dicho fenómeno sobre el estrés y las conductas no saludables.

Cristini, Scacchi, Perkins, Santinello y Vieno (2011) mencionan que la discriminación es uno de los factores de riesgo más significativos para la adaptación psicológica y que se relaciona con trastornos como la depresión. A su vez, Schmitt y Branscombe (2002 en Murillo y Molero, 2012) señalan que existe repercusión sobre la ansiedad de las personas cuando son objeto de discriminación. Por otra parte, la autoestima y la satisfacción con la vida también son factores que se ven afectados cuando las personas perciben discriminación en sus vidas, ejemplo de ello es el trabajo de Smith-Castro (2005) quien señala que sí existen

efectos negativos de la discriminación sobre la autoestima de jóvenes miembros de un grupo minoritario. Murillo y Molero (2016) reportan que existe asociación entre una baja autoestima y la percepción de discriminación entre los migrantes colombianos que llegan a Estados Unidos de América.

Por todo lo anterior, el presente trabajo tuvo como propósito evaluar la relación entre discriminación percibida y las demás variables del estudio (auto-presentación, automodificación, afecto, satisfacción con la vida y riesgo por consumo de alcohol). Como objetivo secundario se propuso comparar niveles de discriminación, manejo de impresiones, afecto, satisfacción, automodificación y consumo de alcohol entre hombres y mujeres.

MÉTODO

Tipo de estudio y diseño

Se trató de un estudio no experimental, de campo, cuantitativo, transversal y correlacional-descriptivo.

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de 226 participantes voluntarios (78 hombres, 146 mujeres y 2 personas que decidieron no especificar su sexo) residentes de la Ciudad de México y Área Metropolitana, con edades entre 18 y 57 años ($M= 22.93$; $D.E.=7.50$). De la muestra total, en cuanto a su ocupación, el 77% fueron estudiantes, el 9% fueron trabajadores asalariados, el 7% trabajaba por su cuenta, el 2% eran desempleados, el 4% se dedica a quehaceres del hogar y el .4% están jubilados. Todos los participantes se encontraban en una relación de pareja de por lo menos 6 meses. La mayoría de la muestra se identificó como heterosexual (88.5%).

Instrumentos

Escala de Discriminación Cotidiana. Traducida de la Everyday Discrimination Scale (EDS por sus siglas en inglés; Williams, Yu, Jackson & Anderson, 1997), está compuesta por 9 ítems que tratan de medir experiencias crónicas, rutinarias y relativamente de menor impacto/

importancia respecto al trato injusto. La escala original está estructurada con 4 opciones de respuesta. El instrumento original cuenta además con una pregunta de seguimiento “¿Cuál crees que es la razón principal de estas experiencias?” en la que el encuestado marca una o varias de las 13 opciones presentadas (y un espacio para especificar otra). Por no ser relevante para este trabajo, esta última pregunta no fue considerada para los análisis posteriores. Para la escala original se reportan propiedades psicométricas buenas, contando con un Alpha de Cronbach de .88. Para este trabajo, se consideraron cinco opciones de respuesta (1-Nunca, 5-Siempre).

Escala de Automodificación (Velasco, 2020). Se trata de una escala creada *ex profeso* para este estudio bajo la premisa de que las personas modifican uno o varios aspectos de su vida personal, social, familiar e interpersonal en un afán de pertenecer y ser aceptados en uno o diferentes grupos o contextos. Se construyeron un total de 22 reactivos con formato de respuesta tipo Likert (1-Nunca, 5-Siempre) que evalúan la disposición y frecuencia con que una persona modifica hábitos de salud, aspectos físicos, valores, ideologías, su religión, peso, actividades recreativas, relaciones personales, entre otras. Análisis psicométricos preliminares muestran la conformación de 4 factores (se incluyen ejemplos de reactivos entre paréntesis), a saber: Actividades recreativas (los libros que lees, lugares que visita, la música que escuchas), Valores y trato a otras personas (tu forma de actuar, tu forma de ser, tu forma de pensar), Apariencia física (tu peso, tu apariencia física, tu vestimenta), e Ideología personal (tus creencias, tu religión). Resultados preliminares muestran porcentajes de varianza parciales de 16.1, 15.37, 11.74 y 8.62 para cada factor (51.8% total), respectivamente; y valores de Alfa de Cronbach parciales de .85, .56, .79 y .70, respectivamente (.94 para la escala total).

Escala de Tácticas de Auto Presentación (Self-presentation Tactics Scale; Lee, Quigley, Nesler, Corbett & Tedeschi, 1999). Cuenta con validez convergente ya que las estrategias defensivas correlacionan con la ansiedad social y el locus de control externo, y cuenta también con validez divergente al presentar una correlación negativa con la discapacidad social. Asimismo, posee un Alpha de Cronbach para las subescalas de estrategias de manejo de impresiones defensivas y asertivas de 0.86 y 0.91 respectivamente, y de 0.93 para la escala total. También cuenta con una correlación test-retest de 0.87 y 0.88 para ambas dimensiones. El formato de respuesta original es de nueve puntos (1-Muy infrecuente, 9-Muy frecuente), sin embargo, para esta investigación el formato de respuesta fue modificado a cinco puntos (1-Nunca, 5-Siempre) para los 63 reactivos de la prueba, los cuales se distribuyen en 12 estrategias que se acomodan en dos dimensiones (se incluye el nombre original del factor en inglés entre paréntesis y en cursivas): a) estrategias defensivas: 1) Excusas (*Excuse*),

2) Justificaciones (*Justification*), 3) Deslinde (*Disclaimer*), 4) Sabotaje (*Handicapping*), 5) Apología (*Apology*); b) estrategias asertivas: 1) Congraciamiento (*Ingratiation*), 2) Intimidación (*Intimidation*), 3) Súplica (*Supplication*), 4) Designación (*Entitlement*), 5) Potenciación (*Enhancement*), 6) Criticar (*Blasting*), 7) Ejemplificación (*Exemplification*). En México, la escala ha reportado poseer buenas propiedades psicométricas, valores Alfa por encima de .9 para la escala total y por dimensiones, y evidencias de validez convergente con otros constructos psicológicos relevantes (González, Velasco & Tavizón; 2017; Velasco et al., 2018).

La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction with Life Scale, Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) consta de 5 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos (1-Totalmente en Desacuerdo, 7-Totalmente de Acuerdo) que se agrupan en un solo factor que mide los juicios cognitivos globales de la satisfacción con la vida. Originalmente, cuenta con una varianza explicada para la escala total de .66% y un Alpha de Cronbach de .87. Estudios recientes en México (p.ej. Velasco, 2015) reportan porcentajes de varianza explicada por encima de 70% con esta configuración y valores Alfa de Cronbach por encima de .9.

Escala de Afecto (afecto positivo y afecto negativo, versión corta). Versión corta de la escala de Afecto de Velasco-Matus (2015), desarrollada para población mexicana, y con 26 reactivos distribuidos en dos factores (afecto positivo, afecto negativo) que explican el 52.97% de la varianza total, con una consistencia interna del 0.94. La escala utiliza un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1-Nunca, 5-Siempre) que evalúa la frecuencia con la que se experimentan una serie de emociones positivas (p.e.j. felicidad, tranquilidad, placer, alegría, satisfacción, bienestar) y negativas (p.ej. tristeza, apatía, enojo, ira, sufrimiento, melancolía).

Consumo de alcohol. El instrumento AUDIT (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001) es un instrumento de tamizaje que ha demostrado proporcionar una medida precisa del riesgo de consumo de alcohol en países como México, Estados Unidos, Noriega, Australia, Kenia, Bulgaria, entre otros. Consta de diez preguntas con un formato de respuesta de 0 a 4. Desde un punto de vista técnico, las puntuaciones más altas indican una mayor probabilidad de consumo de riesgo y perjudicial, aunque pueden reflejar también mayor gravedad de los problemas y de la dependencia de alcohol, sí como una mayor necesidad de un tratamiento más intensivo.

Procedimiento

La traducción de instrumentos cuyo idioma original era el inglés (discriminación, auto-presentación, satisfacción con la vida) se hizo siguiendo los criterios de Brislin (1970) para traducción y re-traducción. La traducción estuvo supervisada por 3 académicos con grado de doctor, expertos en psicometría, psicología social y salud, y se cuidaron aspectos de contenido, pertinencia de lenguaje, ortografía y opciones de respuesta, además de agregar una sección de datos sociodemográficos. La batería completa de instrumentos fue colocada en la plataforma digital de Google (Formularios de Google) para facilitar su distribución a través de correo electrónico y redes sociales. Las instrucciones solicitaron a los participantes que contestaran voluntariamente la batería en su totalidad, respondiendo a cada afirmación o pregunta con la opción de respuesta que correspondiera y reflejara su manera de pensar, asegurándoles que no había respuestas buenas o malas y que de antemano la información proporcionada sería confidencial y utilizada con fines estadísticos y de investigación. Al finalizar el cuestionario se desplegó un mensaje agradeciendo la participación. En general, los participantes tardaron alrededor de 15-20 minutos en contestar la totalidad de la batería.

RESULTADOS

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis de correlación producto momento de Pearson entre la discriminación y el resto de las variables del estudio. Todas las correlaciones resultaron estadísticamente significativas y pueden observarse en la tabla 1. Las únicas correlaciones que resultaron ser negativas fueron aquellas con Afecto positivo y Satisfacción con la Vida. El resto de las correlaciones muestra que la discriminación se asocia positivamente con los cuatro factores de automodificación, el afecto negativo, consumo de alcohol y ambos tipos de estrategias de manejo de impresiones (auto-presentación).

Para cumplir con el segundo objetivo de la investigación, se decidió llevar a cabo una prueba t de Student para cada uno de los factores de las variables utilizadas en el estudio. Los resultados que presenta la tabla 2 muestran que únicamente las variables de consumo/ riesgo de alcohol, discriminación, afecto positivo, afecto negativo y estrategias asertivas presentaron diferencias estadísticamente significativas. Las medias de cada factor muestran que, para los resultados estadísticamente significativos, los hombres puntúan más alto en consumo de alcohol, discriminación, afecto positivo, y uso de estrategias asertivas, mientras que las mujeres puntúan más alto en afecto negativo.

Tabla 1. Correlaciones entre discriminación y las variables del estudio.

	Discriminación
1 Actividades Recreativas	.200***
2 Valores y Trato a Otros	.282***
3 Apariencia Física	.226***
4 Ideología Personal	.248***
5 Afecto Positivo	-.199***
6 Afecto Negativo	.230***
7 Satisfacción con la Vida	-.294***
8 Alcohol	.159**
9 E. Defensivas	.318**
10 E. Asertivas	.292**

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabla 2. Comparación entre hombres y mujeres de las variables del estudio.

Variable	Hombres (n=135)		Mujeres (n=139)		t (272)	p	d
	M.	D.E.	M.	D.E.			
1 Actividades recreativas	2.13	1.00	2.00	.86	1.20	.22	.15
2 Valores y trato a otros	2.39	.98	2.34	.84	.46	.64	.05
3 Apariencia física	2.26	.98	2.38	.95	-1.03	.30	.12
4 Ideología personal	1.56	.85	1.46	.66	1.16	.24	.14
5 Alcohol	.81	.64	.52	.37	4.56	.00	.56
6 Discriminación	2.02	.81	1.76	.56	3.08	.00	.37
7 Satisfacción con la vida	3.59	.80	3.44	.83	1.48	.14	.17
8 Afecto positivo	3.56	.65	3.37	.62	2.44	.02	.28
9 Afecto negativo	2.51	.62	2.71	.70	-2.54	.01	.30
10 E. Defensivas	2.39	.60	2.34	.63	.49	.62	.08
11 E. Asertivas	2.06	.56	1.85	.57	2.63	.01	.37

Nota: d = d de Cohen (tamaño del efecto).

DISCUSIÓN

Congruente con investigaciones previas (González et al., 2017; Velasco et al., 2018), la discriminación está asociada con estados afectivos negativos y ausencia de estados afectivos y cognoscitivos placenteros, y está relacionada también con el uso de estrategias defensivas y asertivas de manejo de impresiones (auto-presentación). Gioaba y Krings (2017) creen que esto podría deberse a que los seres humanos poseen una necesidad innata de pertenecer. De manera adicional, dado que los mexicanos pertenecen una cultura claramente colectivista y se buscan relaciones armoniosas (G. Hofstede, G.J. Hofstede, & Minkov, 2010; Velasco et al., 2018; Velasco et al., 2020), las relaciones interpersonales juegan un papel muy importante en la vida diaria, por lo que el manejo de impresiones se vuelve un conjunto de herramientas y habilidades que permitiría a los individuos proyectar una imagen deseada, logrando pertenecer, ser aceptados, y sentirse bien.

Las estrategias de manejo de impresiones (tácticas de auto-presentación) podrían estar funcionando como alternativa de solución cuando una imagen proyectada no está siendo favorable (y por ende se podría percibir discriminación), lo que llevaría a recurrir a habilidades sociales propositivas y proactivas con el fin de establecer y promover relaciones positivas (Balladares & Saiz, 2015; Hart et al., 2017; Velasco et al., 2018). Según González et al. (2017), las estrategias de auto-presentación deberían generar alternativas para generar y proyectar identidades socialmente deseables. Es probable que quienes usen de manera exitosa, adaptativa las estrategias asertivas y defensivas logren extraer del medio en que se desarrollan elementos que destaquen su similitud con otros, por lo que características, cualidades, estatus y roles de un individuo estarían en mayor sincronía y concordancia con los de una audiencia, y por ende ser mejor recibido (Lee et al., 1999).

Pareciera ser que en la medida en que los individuos de la muestra se vean como grupo subordinado ésta devaluará la identidad de las personas (Birzer & Smith-Mahdi, 2006). Adicionalmente, incluso si los individuos llegaran a verse poseedores de una característica o rasgo que los coloca en una situación difícil, las estrategias de manejo de impresiones y habilidades para la vida están resultando herramientas suficientes para encarar tal situación y fomentar el bienestar (Acosta & Domínguez, 2014).

De acuerdo con la CONAPRED (2009), una persona que sufra cualquier tipo de discriminación y segregación podría llevar a que se le impida acceder a servicios sociales básicos, por lo que no sólo se estarían violando sus derechos humanos básicos, sino que llevaría a sufrir daños graves y consecuencias en salud física y mental. Tratándose de un país que fomenta y enfatiza las relaciones interpersonales, éstas llegan a funcionar

como un factor protector (Padilla & Pérez, 2003; Padilla, 2008) ante conductas de riesgo como el consumo de alcohol u otras sustancias. De acuerdo con Boardman et al. (2001), la correlación entre la discriminación y el abuso de sustancias es tal, que la discriminación social resulta una situación de constante estrés en las personas, propiciando así el uso de drogas. Inclusive, de acuerdo con Rodríguez (2005), la discriminación puede ser uno de los factores, si no es que la causa misma, que disparan el consumo de sustancias.

En este trabajo, la escala de automodificación se presentó como una medición creada ex profeso con miras a evaluar qué tanto estaba dispuesta la gente a cambiar algunos de los aspectos esenciales de sus vidas con tal de generar aprobación y reducir la discriminación. En línea con las ideas de Padilla (2008), las personas han utilizado etiquetas, rasgos y categorías para determinar el valor de un individuo, llevando a un proceso de categorización social en el que se asignan rasgos valiosos a los miembros de un grupo. Así, sería lógico pensar que la gente busque poseer y esté motivado a mostrar atributos evaluados bajo una luz positiva que faciliten la membresía y pertenencia a un grupo.

Como parte del proceso interpersonal e intergrupar, las investigaciones muestran que las evaluaciones hacia miembros del mismo grupo tienden a ser más favorables, por lo que se discrimina y devalúa con mayor frecuencia a quienes son percibidos como ajenos al grupo. Así, la pertenencia a un grupo brinda pertenencia, distinción y significado (Hogg & Abrams, 1988) entre el grupo y los otros.

La automodificación (o al menos la intención) en aspectos tan esenciales como las actividades cotidianas, hábitos de salud, las actividades recreativas, formas de interacción con otros, la vestimenta, maneras de pensar, etc., podría estar siendo producto de la identificación de la “no pertenencia” a un grupo, situación que estaría llevando a los individuos a sentirse ajenos y extraños a contextos y grupos sociales, haciéndolos sentir como blanco de prejuicio, discriminación, racismo y trato diferencial por parte del grupo dominante. En consecuencia, los individuos parecen estar mostrando disposición y capacidad para tolerar los retos físicos, psicológicos y sociales que se requieren para lograr su entrada al grupo dominante.

A pesar de que las comparaciones entre sexos mostraron algunas diferencias significativas, las diferencias entre los puntajes son pequeñas. Para el caso del alcohol, los niveles de riesgo de ambas muestras son bajos, aunque los resultados son congruentes con datos previos reportados por instituciones de gobierno en México (CONADIC, 2017 en Mondragón et al., 2017; INP/INSP/CONADIC/SSA, 2017; Villatoro et al., 2012): los hombres son quienes consumen sustancias lícitas (alcohol, tabaco) que las mujeres. De acuerdo con algunos datos

(Tam & dos Santos, 2010), el estrés es uno de los disparadores más comunes del consumo de alcohol y tabaco. Dado que fueron los hombres quienes presentaron niveles más altos de discriminación percibida, tiene sentido que los niveles de riesgo de consumo de alcohol también sean más elevados. Perales, Sogi y Morales (2003) encontraron que el alcohol mitiga situaciones adversas relacionadas con una derrota, un rechazo, o cualquier otro motivo de tristeza. Congruente con la literatura revisada, los efectos de la discriminación percibida podrían estar disparando el consumo de sustancias. Dado que los hombres fueron quienes presentaron también mayores niveles de afecto positivo (y las mujeres mostraron significativamente mayor afecto negativo), los resultados parecen corroborar, al menos en parte, lo propuesto por investigaciones previas (Acosta & Domínguez, 2014; Banerjee & Watling, 2010; Hart et al., 2017; Lee et al., 1999): ante sensaciones de malestar y eventos estresantes, las estrategias defensivas suelen ser más frecuentes. Así, en línea con la única diferencia en auto-presentación (manejo de impresiones) significativa, son las estrategias asertivas las que funcionan de manera propositiva y proactiva para establecer, promover y mantener impresiones positivas. Los resultados sugieren que no sólo se estaría logrando reducir los niveles (o al menos hacerle frente de manera relativamente efectiva) de discriminación, sino que también están potenciando estados afectivos positivos.

REFERENCIAS

- Acosta Canales, T.T. & Domínguez Espinosa, A.C. (2014). El manejo de la impresión y su influencia sobre el bienestar psicológico en dos poblaciones latinoamericanas. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1535-1553. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70392-8](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70392-8)
- Banerjee R. & Watling D. (2010). Self-presentational features in childhood social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*; 24, 34-41.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Balladares S. & Saiz M. (2015). Sentimiento y afecto. *Ciencias psicológicas*, 9, 63-71.
- Baron, R. & Byrne, D. (2005). *Psicología Social. 10ª Ed.* Madrid: Pearson Educación S.A.. ISBN: 84-205-4332-2
- Baumeister, R. (1982). Self-esteem, self-presentation, and future interaction: A dilemma of reputation. *Journal of Personality*, 50, 29-45.

- Beschloss, M. (2002). *The conquerors*. New York: Simon Schuster.
- Birzer, M. L., & Smith-Mahdi, J. (2006). Does race matter? The phenomenology of discrimination experienced among African Americans. *Journal of African American Studies*, 10(2), 22-37.
- Boardman, J.D., et al. (2001). Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use among Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 42(2), 151-165.
- Bolino, M., Kacmar, K., Turnley, W., & Gilstrap, J. (2008). A multilevel review of impression management motives and behaviors. *Journal of Management*, 34, 1080- 1109. DOI: 10.1177/0149206308324325
- Bolino, M. C., & Turnley, W. H. (2003). More than one way to make an impression: Exploring profiles of impression management. *Journal of Management*, 29(2), 141-160. <https://doi.org/10.1177/014920630302900202>
- Boney-McCoy, S., Gibbons, F., & Gerrard, M. (1999). Self-esteem, compensatory self-enhancement, and the consideration of health risk. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 25, 954-965.
- Brislin RW. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1(3), 187-216
- CONAPRED (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Cristini, F., Scacchi, L., Perkins, D., Santinello, M. & Vieno, A. (2011). Influencia de la Discriminación en los Síntomas de Depresión en Adolescentes Inmigrantes: ¿Qué Elementos Mitigan sus Efectos Perjudiciales?. *Psychosocial Intervention*, 20(3), 1-14. <http://dx.doi.org/10.5093/in2011v20n3a2>
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social Stigma. In D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (pp. 504-553). New York, NY: McGraw-Hill.
- Diener, E. (2006). Guidelines for National Indicator of Subjective Well-Being and Ill-Being. *Journal of Happiness Studies*, 7(4), 397-404. DOI 10.1007/s10902-006-9000-y
- Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Gioaba, I. & Krings, F. (2017). Impression management in the job interview: An effective way of mitigating discrimination against older applicants? *Frontiers in Psychology*, 8, 770. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00770>

- González, A., Velasco-Matus, P.W., & Tavizón, B. (2017). Estrategias de manejo de impresiones y su relación con variables psicológicas en una muestra mexicana. *Vertientes*, 20(2), 12-21.
- Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud (SSA) (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol*. Villatoro-Velázquez, J.A., Resendiz Escobar, E., Mujica Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas Martínez, V., Soto Hernández, I., Fregoso Ito, D., Fleiz Bautista, C., Medina Mora, M.E., Gutiérrez Reyes, J., Franco Núñez, A., Romero Martínez, M., & Mendoza Alvarado, L. Ciudad de México, México: INPRFM.
- Hart, W., Adams, J., Burton, K., & Tortoriello, G. (2017). Narcissism and self presentation: profiling grandiose and vulnerable narcissists' self-presentation tactic use. *Personality & individual differences*, 104, 48-57. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.062>
- Hofstede, G., Hofstede, G.J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. USA: McGrawHill.
- Hogg, M. A., & Abrams, D. (1988). *Social identifications: A social psychology of intergroup relations and group processes*. New York: Routledge.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman
- Karam, C., Sekaja, L., & Geldenhuys, M. (2016). Validation of the Bolino and Turnley Impression Management Scale. *South African Journal of Psychology*, 46, 530-541. <https://doi.org/10.1177/0081246316640205>
- Lahoz, S. y Fornis, M. (2016). Discriminación percibida, afrontamiento y salud mental en migrantes peruanos en Santiago de Chile. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*, 15(1), 157-168. Doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol15-Issue1-fulltext-613
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1990). Impression management: A literature review and two-component model. *Psychological Bulletin*, 107(1), 34-47. doi: 10.1037/0033-2909.107.1.34
- Lee, S., Quigley, B., Nesler, M., Corbett, A., & Tedeschi J. (1999). Development of a self presentation tactics scale. *Personality and individual differences*, 26, 701-722.
- Molero, F., Silván-Ferrero, P., García-Ael, C., Fernández, I. (2012). La relación entre la discriminación percibida y el balance afectivo en personas con discapacidad física: el papel mediador del dominio del entorno. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(1), 35-42.

- Mondragón, L.E., Velasco Matus, P.W., & Bonilla, C.I. (2017). Caracterización del consumo de sustancias y su asociación con otras variables psicológicas. *Vertientes*, 20(2), 49-60.
- Murillo, J. & Molero, F. (2012). Factores psicosociales asociados al bienestar de inmigrantes de origen colombiano en España. *Psychosocial Intervention*, 21(3), 319-329. ISSN: 1132-0559. <http://dx.doi.org/10.5093/in2012a28>
- Murillo, J. & Molero, F. (2016). Relación entre la satisfacción vital y otras variables psicosociales de migrantes colombianos en Estados Unidos. *Revista colombiana de psicología*, 25(1), 15-32. DOI: 10.15446/rcp.v25n1.44308
- Overup, C., Brunson, J., & Acitelli, L. (2015). Presenting different selves to different people: Self-presentation as a function of relationship type and contingent self-esteem. *The Journal of General Psychology*, 142, 213-237. <https://doi.org/10.1080/00221309.2015.1065787>
- Padilla, A.M. (2008). Social Cognition, Ethnic Identity, and Ethnic Specific Strategies for Coping with Threat due to Prejudice and Discrimination. In C. Willis-Esqueda (Ed.). *Motivational Aspects of Prejudice and Racism* (pp. 7-42). New York: Springer.
- Padilla, A.M. & Pérez, W. (2003). Acculturation, social identity, and social cognition: A new perspective. *Hispanic Journal of Behavioral Science*, 25, 35-55.
- Pascoe, E. & Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554.
- Paulhus, D. (2002). Socially Desirable Responding: The Evolution of a Construct. In H.I. Braun & D.N. Jackson & D.E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 46-69). Mahwah, N.J.: Erlbaum.
- Perales, A., Sogi, C., & Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(4), 236-246.
- Rodríguez, J. (2005). *Un marco teórico para la discriminación. Colección Estudios 2*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Smith-Castro, V. (2005). Discriminación percibida y autoestima de grupos minoritarios y mayoritarios en Costa Rica. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(1), 93-106.
- Tam, E. & dos Santos, C.B. (2010). El consumo de alcohol y el estrés en estudiantes de segundo año de enfermería. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18, 496-503. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000700003>

- Tedeschi, J. & Melburg, V. (1984). Impression management and influence in the organization. *Research in the Sociology of Organization*, 3, 31-58.
- Velasco Matus, P.W. (2015). *Una aproximación bio-psico-sociocultural al estudio del bienestar sub-jetivo en México: Un modelo predictivo-explicativo*. Tesis inédita de doctorado. México: UNAM.
- Velasco-Matus, P.W. (2020). *Escala de automodificación. Construcción y evidencias psicométricas*. Manuscrito no publicado.
- Velasco-Matus, P.W., Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R. & Reyes-Lagunes, I. (2015). Construcción y validación de una escala de locus de control-bienestar subjetivo. *Psicología Iberoamericana*, 23(2), 45-54.
- Velasco-Matus, P.W., Rivera, S., García, M., & Díaz-Loving, R. (2018). Discriminación, Manejo y de Impresiones y Habilidades para la Vida como Predictores del Bienestar. En: R. Díaz Loving, L.I. Reyes Lagunes, y F. López Rosales (Eds.), *La Psicología Social en México, Vol XVII* (pp. 877-894). México: Asociación Mexicana de Psicología Social, A.C.
- Velasco Matus, P.W., Rivera Aragón, S., Díaz Loving, R., Bonilla Teoyotl, C., & González Jimarez, A.I. (2020). Predictores culturales y de personalidad del bienestar subjetivo en una muestra mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(3), 361-374.
- Villatoro, J.A., Medina Mora, M.E., Fleiz, C., Moreno, M., Oliva, N., Bustos, M., Fregoso, D., Gutiérrez, M.L., & Amador, N. (2012). El consumo de drogas en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. *Salud Mental*, 35(6), 447-457
- Williams, D., Neighbors, H. & Jackson, J. (2008). Racial/Ethnic Discrimination and Health: Findings from Community Studies. *Am J Public Health*, 98(1), 29-37. doi: 10.2105/ajph.98.supplement_1.s29
- Zhang, G., Du, Y., Lei, L., & Zheng, X. (2012). The Development and Application of the Scale of Adolescents' Online Self-presentation. *Procedia Engineering*, 29, 1651- 1655. doi:10.1016/j.proeng.2012.01.189

Tercera parte

La belleza es un estado de ánimo.

(Emilio Zola, escritor francés).

Tres experiencias de vida de la 3ª edad

Alberta José Tapia
María del Sagrario Bárcenas Gómez

Clínica Gerontológica Vicente García Torres SNDIF¹⁰

Las coordinadoras del presente capítulo, Alberta José Tapia y María del Sagrario Bárcenas Gómez, invitaron a las personas de la clínica a participar para compartir sus experiencias de vida. Las personas que quisieron colaborar dieron la autorización para que se publicaran sus escritos, en la presente obra. Incluso ellos pidieron que se escribieran sus nombres completos. Esta petición se debió a que ellos consideraron que era muy importante el que los hayamos invitado a participar. Pues pocas personas reconocen la importancia que sus vidas tienen, para dejar una huella o aprendizaje en los demás. Como resultado, se presentan las historias de vida, de personas de la 3ra. Edad. presentadas por sus propios autores: Margarita Cruz Dávila, Pedro Rivas Sánchez y Roberto Cruz Padrón.

¹⁰ La Clínica Gerontológica, dio la autorización a las personas que participaron en este escrito, para compartir sus experiencias. Mtra. María del Sagrario Bárcenas Gómez, sagrario.barcenas@gmail.com

La historia de Margarita Altos y bajos

Margarita Cruz Dávila

Soy originaria de la Ciudad de Tampico, Tamaulipas. En mi familia ocupé el último lugar de 18 hermanos, siendo la menor. Cuando tenía 2 años, mis padres y yo nos trasladamos a la Ciudad de México, debido a que mi hermano presentó secuelas de poliomielitis y la intensión de ellos era atenderlo. Mi traslado y adaptación a la ciudad, fue un poco difícil, sentía que mi mente andaba divagando. Llegamos a casa de una prima de mí mamá, quien nos permitió habitar en un espacio del terreno donde ahora está la Carpa Astros sobre calzada de Tlalpan, en ese lugar sólo se encontraba la señora y sus dos hijos adolescentes casi adultos. Mis hermanos se fueron casando, quedando sólo mi mamá, hermano con su discapacidad física, pues no podía caminar y yo, haciéndome responsable de los tres. Desde pequeña apoyaba en el cuidado y atención de mi hermano, para desplazarlo o subirlo a la cama lo arrastraba con todas mis fuerzas era una niña, lo cambiaba, le lavaba su ropa, mientras mi mamá se surtía en la merced.

Durante mi niñez, no supe que era recibir un regalo de reyes, nunca tuve uno. Concluí mi educación primaria y de manera inmediata ingresé a la vida laboral, como ayudante en los laboratorios Italmex. Haciéndome responsable de mi familia (mamá –hermano). Me gustaba lavar mis batas blancas y me iba a trabajar, muy limpia, me daba gusto hacerlo y defender en los problemas a mi familia.

Durante mi adolescencia, la sexualidad era un tabú, en mi familia no recibí orientación e información, nadie te comentaba nada y me sentía que divagaba.

Así comencé mi vida laboral a los 12 años una edad temprana, como ya mencioné en los laboratorios Italmex. La principal actividad para lo cual me contrataron consistió en el cerrado de ampollitas y la paga que recibía de mi trabajo se la entregaba a mi mamá, apartando para mis chocolates. Mi familia recompensaba mi esfuerzo, por la noche me esperaban a cenar.

Fui muy inteligente y observadora me fijaba en el manejo de las máquinas, de todo lo que se tenía que hacer. Y deseaba superarme, por lo que además de integrarme al trabajo, continúe estudiando. Por iniciativa propia me inscribí a la secundaria nocturna de Municipio Libre, donde entraba a las 17:30 de la tarde y salía a las 10:30 de la noche. Para trasladarme tomaba mi camión el 201 y me bajaba en la calle de Laboristas, así caminaba y corría hasta llegar a Zacahuizco donde nos mudamos. Para mí, apoyar a mi familia, estudiar y trabajar era muy importante y me resultaba muy difícil, pues llegaba muy cansada.

Pero con gran esfuerzo y responsabilidad ascendí en mi trabajo, primero quedé a cargo de la máquina para cerrado de ampolletas y con el estudio fui en aumento para conocer acerca del manejo de los laboratorios y algunos químicos. Me gustaba leer y ver el Vademecum conociendo los productos químicos para fármacos y cosméticos, e inclusive los probaba, el ácido cítrico y otros. Gracias a que continúe superándome, el Contador del laboratorio me apoyó para mi cambio de área. Esta situación fue motivo de descontento de mis compañeras, al ver que manejaba los inventarios y rutas de entrega. Pero esto pude realizarlo gracias a mi deseo de superación, pues al término de mi secundaria me encontraba motivada para iniciar estudios de auxiliar contable.

Concluí mi contrato laboral en los laboratorios debido a que me despiden, esta situación afectó mi estado de salud físico y emocional; además de mis ingresos económicos. Mientras que trabajaba yo le decía a mi mamá que me sentía mal tuve que recurrir a medicamentos y me recomendaron para sentirme bien y sostener el ritmo que llevaba, que me tomara 1/2 apacil. Al tomarlo sentía que me aliviaba, pero también me daban muchas ganas de correr por una desesperación. Después ya no era medio apacil ya eran 1, 2 ó 3. Situación que le afectó en mi salud física. Me sentía tan mal, que le pedía a Satanás llévate mi vida, para que me tienes aquí, sufriendo, dejé de creer en Dios.

Silencio: pero, No cambiaría mi vida por nada

Para resolver la situación económica familiar, mi mamá compro un Taxi cocodrilo y lamentablemente mi hermano que lo manejaba tuvo un accidente porque lo asaltaron y estuvo en el hospital en calidad de detenido, quedando con la cara morada.

En cuanto a mi vida de adulta inicié una primera relación de pareja con el padre de mis dos hijas, considero que mi unión era buena, a excepción de cuando tomaba y eso fue el motivo de nuestra separación el alcoholismo y su forma violenta de ser. Ambos trabajábamos como

artesanos yo le ayudaba en todo compramos una máquina troqueladora importada desde Brasil y al separarnos se quedó con todo y le dije: me voy con las manos vacías. Yo lograré salir adelante con mis hijas y mi madre. Con el firme deseo de salir adelante, renté un lugar y dí atención y cuidados a mis dos hijas, una de ellas tiene discapacidad y la otra esta normal. Yo me veía como una persona muy trabajadora, buena para la venta de artesanías, el negocio era mi fuerte. Y Comencé con grandes esfuerzos a fabricar mis propios platos de cobre, latón y plata del calendario azteca del cual sé su historia. Me asombra que mejor los extranjeros se interesen por nuestras artesanías e historia y nosotros no.

Transcurrieron casi 5 años logré hacer un patrimonio con un terreno y una casa que fui construyendo, me dediqué a comprar laminadoras y fabricaba hermosos platonos de calendarios Aztecas, charolas con jaras y vasos de latón, cobre y plata, e inclusive tenía entregas en el mercado de la ciudadela, así como otros mercados en los estados de Michoacán, Dolores Hidalgo, Jalisco, etc. Y así como me ven, tomaba mi camioneta pick up de forma independiente y viajando sola me dedicaba a entregar mis trabajos. En ocasiones cuando hacia entregas en el aeropuerto de la Ciudad de México algunos extranjeros me solicitaron les autografiara mis piezas únicas y por su belleza se vendían con gran facilidad.

Así me se dediqué a ser productiva, todo marchaba bien y se fue fortaleciendo mi negocio a nivel nacional e internacional, con la entrega de platos de esmalte que elaboraba para la Sra. Poltosqui quien era alemana. Durante este periodo establecí una segunda relación de pareja, pero sin cohabitar en el mismo techo, seguía sola. Pero no todo era miel y hojuelas, debido a que el negocio iba creciendo, en varias ocasiones sufrí asaltos y robos por parte de los delincuentes de la colonia quienes eran drogadictos, esas personas amantes de lo ajeno, saliendo adelante con valentía, ese fue el motivo que hizo a parecer las enfermedades.

Así concluyó mi vida productiva a los 60 años cuando desarrollé la enfermedad de Parkinson que me limito a trabajar. Además de la salud, la partida de mi mamá y hermano. Estos fueron eventos de gran dolor por la forma en que mi hermano murió lentamente. Quedé sola, enferma y sin poder trabajar a pesar de tener fe la que creció cuando todo mejoraba y asistir a misa con el padre Chinchachoma, donde obtuve fortaleza. Las condiciones continuaron cambiando, mis hijas se casaron; actualmente una habita en la Ciudad de México y otra en Guanajuato. Las condiciones para la producción artesanal se fueron deteriorando y complicando para irse a pique con la famosa llegada del comercio chino, quienes se dedicaban a copiar todo y darlo a costos muy bajos, además de invadir el mercado mexicano.

Ya no pude trabajar y seguir con mi taller. Con la impotencia vendí mi herramienta y maquinaria en el kilo. Quedándome sin nada. Una de mis hijas me dijo: ¡Te diste por vencida! Mi casa decidí entregarla a uno de mis nietos. Después de una navidad que hablaron conmigo mis hijas de que no era conveniente que viviera sola, enferma y tan lejos. Fue como ingresé a el asilo, actualmente tengo ISSSTE brindado por mi hija que tiene discapacidad, y trabaja en una alcaldía de esta ciudad.

Ahora mi vida es diferente, desde que ingresé a el asilo Vicente García Torres. Sin embargo, continúo siendo productiva, prevalece en mí el gusto por las artesanías, aun con mi padecimiento sigo haciendo joyería y pedrería, para apoyarme en mis ingresos, como una adulta mayor funcional. A mí, no me gusta tener problemas con nadie. En casa hogar me gusta servir y colaborar, respetar a los demás, hay personas a las que aprecio mucho de los trabajadores y tengo mis amigas. No me falta nada y no cambiaría mi vida por nada.

Sin duda alguna he tenido momentos altos y bajos, pero con la reciente partida de una doctora de la casa hogar, reflexioné que no tengo temor a la muerte estoy preparada. Pido a Dios que sea cuando él lo decida. La disfruto como hasta ahora con mis capacidades o limitaciones, me siento orgullosa de mis hijas y mis nietos en este momento son mí gran amor.

Estos son los altos y bajos de Margarita.

Lo más relevante de mi vida

Roberto Cruz Padrón

Saludos: Buenas tardes a todos, un saludo a todos los presentes. Mi nombre es Roberto Cruz Padrón, vengo del Centro Gerontológico Casa Hogar Vicente García Torres a compartir con ustedes la vivencia de un adulto mayor atendido en este Centro.

Nací en el 1953, cursé la primaria secundaria concluyendo en el 1966, me introduje a la vida laboral a los 14 años en el 1967. Al mismo tiempo comienzo a trabajar de lavador de autos. Mi promedio fue bueno en la secundaria saqué 8, pero ya no quise seguir estudiando, pues me paso como a muchos, me gustó el dinero. Continúe trabajando y pedí a mi hermano me consiguiera trabajo en el taller de hojalatería y pintura esto fue en el año de 1967.

En mi adolescencia como a todos me llegó el amor. Mi primera novia tenía 14 años la conocí en el taller, de nombre, Lupita, trabajaba en el mercado de la colonia Narvarte y ofrecía alimentos. Nos hicimos amigos y luego novios; en las tardes pasaba por ella para acompañarla a su casa, los domingos acudíamos al cine o a Chapultepec, nuestra relación fue bonita duro un año, concluyendo debido a que ella se cambió de empleo y horario.

Un día llegó mi hermano en la tarde y me dijo mañana te vas conmigo para presentarte con el maestro que vas a trabajar. Al día siguiente nos fuimos a mi primer trabajo de ayudante de pintor, con quien trabajé, sólo un mes ya que uno de sus colegas que lo fue a visitar me vio talento y me ofreció mejor paga, ahí estuve 6 meses.

Como tenía que ser apareció mi segunda novia que tuve se llamaba Araceli, la conocí en la lonchería donde íbamos a comer, primero nos hicimos amigos, en la tarde iba por ella para ir a platicar al parque y después nos hicimos novios. Nuevamente los domingos acudíamos al Cine, Chapultepec y la Marquesa en ocasiones me acompañaba al Fútbol con el equipo que jugaba. Esta relación fue muy bonita duró 3 años, pero terminó por que ya era muy celoso y posesivo. Pues ya empezaba a tomar con los amigos del equipo.

Después vuelve a suceder lo mismo en el año anterior uno de sus primos que también era pintor, también me estuvo observando y me volvieron a ofrecer un buen sueldo y decidí

irme a trabajar con él; con este maestro aprendí bastante al término del trabajo ya me pagaba como pintor. Para entonces mi hermano ya era pintor y me invitó a trabajar con él, durante 5 años del 1971 a 1974.

En enero del 75 inicié labores en el Hospital de Santa Fe en el área de mantenimiento, como oficial, pintando las, camas, puertas y elevadores, todo lo relacionado con metal, también como pintor de brocha gorda. Entonces a los 22 años también conocí a Rosario, en el hospital donde trabajé; fue similar a la anterior salida y me acompañaba al fútbol. Esta terminó por que para entonces yo ya era alcohólico. Y mi alcoholismo aunado a los celos fue lo que provocó que me dejara y duramos dos años.

Después comencé a trabajar en el laboratorio Farmacéutico Senosiain en Lago Silverio entre Lago Bolseva y Laguna de Términos. En 1985, regresé a trabajar en los carros en un taller que estaba ubicado en la calle de Morena y Coyoacán en la Col. Del Valle. (Auto Sprint). Cuando llegó mi cuarta y última novia.

La conocí en una lonchería donde me iba a divertir, la diversión consistía en ir a tomar, oír música y bailar. Ella se llamaba Delia para entonces yo tenía 25 años ella también y congeniamos muy bien, tuvimos un año de noviazgo y después nos juntamos (unión libre) con ella viví 6 años, durante este tiempo procreamos una hija Llaneli; desgraciadamente Delia falleció en el año de 1985, de un paro respiratorio en el Hospital General de la Perla en Cd. Neza. Después de lo sucedido fue muy difícil y decidí dejar a mi hija con su tía, hermana de mi esposa, se la deje de 6 años de edad, con quien estuvo hasta los 21 que buscó otro futuro para ella quien se fue para Estados Unidos, durante 3 ó 4 años tuve contacto con mi hija, pero después nos perdimos la pista ya que ella y yo cambiábamos constantemente de domicilio, por cuestiones de trabajo o vivienda y hasta la fecha no he sabido de ella aproximadamente desde hace 15 años.

En tanto yo seguía productivo en ese año 1985 al 1993 trabajé en otro taller automotriz como oficial de pintor (Automotriz Sereid). Ubicado en la avenida de Santa Lucía, entre las calles Gioto y Rosa Blanca. Col. Alfonso XIII. Me refugié en el trabajo de forma tal que de 1993 a 1996, trabajé como barnizador en varios contratistas. Posterior en el 1996 a 2001, continué en una pequeña fábrica de muebles como oficial barnizador en la Col. Escandón. Así trabajé con varios contratistas en la rama de muebles de madera, durante el 2006.

En el 2013 como era de esperarse comencé a tener problemas para conseguir trabajo, y ahora cada vez es más problema. Simplemente por la edad. Para entonces vivía en un

hospedaje y el dinero que había ahorrado, se me acabo con los pagos de las rentas, comidas y pasajes. El 16 de noviembre se me venció la renta y tuve que dejar el hospedaje.

En esa fecha anduve como indigente durante un año. Hasta el 7 de noviembre del 2014. Me enteré de un programa en la Delegación Benito Juárez de nombre (invierno- frío, calor humano) en ese tiempo que constó de tres meses, te daban un lugar donde vivir y cenar en el horario de 19:00 horas a 7:00 am. Donde me incluí.

Al término de ese programa nos platicaron de otro programa para Mayores de 60 años, pedí informes y dijeron que nos iban a tener 15 días y nos preguntaron que sí queríamos vivir en una casa de manera permanente. Pregunté que teníamos que hacer, nos dijeron que continuáramos con el mismo buen comportamiento y luego nos decían que debíamos hacer en los siguientes días, la trabajadora Social Agustina no ayudó hacer el trámite del seguro popular y también los trámites para ingresar a la Casa Hogar Vicente García Torres, DIF. A la cual ingresé el 26 de mayo del 2015, a partir de esa fecha, hasta hoy me he sentido muy bien. Todos los que vivimos ahí contamos con servicios de atención médica, psicológica, trabajo social, nutrición, enfermería, terapia física y gericultura. En lo personal el trato que he recibido de los trabajadores ha sido amable, cordial y con mucho respeto, destacando que estoy en proceso de rehabilitación para dejar de tomar. Todo debe de ser con medida.

Aparte de todo lo anterior DIF, cuenta con programas recreativos como son: los viajes a campamentos en diferentes estados Mazatlán, Zihuatanejo, Aguas Calientes, Quintana Roo y Veracruz en Catemaco y otros como Cancún. Y en la Ciudad de México asistimos a obras de teatro, funciones de Cine, salones de baile, etc. Dentro de la Casa Hogar tenemos programas académicos en coordinación con INEA, para concluir nuestra primaria, secundaria y prepa. Una capilla con misa los domingos y visita de los hermanos, para quien practica otra fe, también tenemos actividades lúdicas, por ejemplo: dominó, karaoke, lotería, cine, lectura, baile, actividades físicas que nos sirven para estar con la mente más despierta y el cuerpo sano a nuestros setenta y más. Me siento bien, tengo amigos y personas que se preocupan por nuestra atención y como todo hay diferencias entre nosotros y que se respetan. Esto es lo más relevante de mi vida. A todo público presente, doy las gracias por su atención.

La belleza de la vida

Pedro Rivas Sánchez

La vida misma está llena de cosas bellas. En una ocasión escuche un comentario que decía "Qué triste es llegar a esa edad" y la respuesta es "más triste no llegar". Y se desató una tormenta de ideas, teorías, pensamientos, etc. Pero lo más interesante fueron los recuerdos, desde luego los buenos y malos, desde luego, los infaltables altibajos y bueno uno se queda con los buenos que afortunadamente son mayoría.

Alguien escribió: "Pon a Dios en tu presente, para que sane tu pasado y bendiga tu futuro". Y bueno partiendo de esa base el presente es lo único que tenemos y ¿Qué te impide disfrutar y ser feliz?

El tiempo cronológico, así como hablar en una vida de 73 años, es como la mía en este momento de 28 años y meses y meses ... Se dice nunca es tarde para aprender y cuando uno descubre algo, cuando, yo lo descubrí "Que te impide ser feliz" no es que se arrepienta uno, pero sí desearía haberlo descubierto "antes", pero todo llega a su tiempo ni antes ni después, una pregunta ¿Están de acuerdo que querer es poder? Y sí es así ¡porque hay tanta inconformidad en la mayoría de la gente! La cuestión creo firmemente en que no se sabe ¿Qué se quiere? o no se especifica con claridad.

La belleza de la vida, este uno rodeado de tantas cosas bellas, la vida misma con sus maravillosas expresiones naturales o las creadas por el hombre. Donde yo no acabo de sorprenderme de la tecnología, tan sofisticada, avanzada, por ejemplo, el maravilloso celular para donde quiera que volteo, no dejo de sorprenderme y maravillarme, el cielo y lo que contiene, así como los bosques, el mar y las montañas y bellas formas del interior de la tierra.

¡Ama intensamente...!

Decir que de una vida este uno satisfecho es difícil, porque no es tan fácil llegar a las expectativas. Lo que sí puedo decir es que estoy orgulloso por todo lo que logré, tantas metas y objetivos alcanzados y que me había propuesto. Por ello orgulloso si lo estoy.

Les comparto que soy originario de la Ciudad de México de Tacubaya nací el 9 de febrero de 1946, tuve una infancia feliz, estuve en una primaria de hermanos maristas con ellos aprendí muchas cosas como jugar fútbol, la escritura y me considero afortunado tuve de estar con ellos y adquirir los conocimientos que aproveche, la secundaria fue la etapa más maravillosa pues empecé a conocer todo el despertar y la sexualidad eso fue bello, considero fue la mejor etapa y sobre todo porque uno no tiene noción de tantos problemas, después entre a la preparatoria y comenzó la etapa de ser responsable, me toco la huelga del 68, por lo que después comencé a y a trabajar en una agencia de viajes, dedicándome a viajar, pero además todo pagado, en la agencia de viajes, lo más interesante a aprender idiomas, francés e inglés, dejando el estudio por completo y no me gradué por falta de una materia, ¿Saben cuál? La materia gris.

Y por eso pienso que no tuve la capacidad de aprender y seguir, o tomar una orientación. Pero la vida sigue y comencé en la comercialización, participé en la venta de auto financiamiento, me case y dure 26 años de matrimonio, se acabó debido a diversas circunstancias de la vida tuve dos hijas que crecieron bellas estudiaron y se graduaron, están bien, mi esposa era química y cuando esto terminó, pensé lo hice por amor y no lo acabaré con odio, y me acerqué otra vez y a Dios y los pensamientos negativos llegaban.

Recientemente, una persona me dijo unas palabras que me hicieron reflexionar, ya que no entendía ¿Por qué había pasado todo esto? Y me dijo, que “Dios no se equivoca” y “Sí te quita algo, es porque nos va a dar algo mejor”.

Actualmente tengo una casa, digo que es mi casa aun sin el título de propiedad, en esta casa tengo todo, tengo mucho, todos los servicios y más, cuento con atención médica las 24 horas, comida, una cama limpia. Ya que me toco estar en la calle y no saben lo difícil que es el tan solo poder tener agua para lavarse las manos. Y ha sido lo mejor, lo mejor que tengo y mi única obligación es atenderme, hacer mi cama, presentarme a comer de forma puntual, tengo todo.

Sin embargo, sigo con la inquietud de ser productivo actualmente como trapeólogo (de trapear). Y lo que aprendí de un libro que leí que: “El trabajo es denigrante a menos, que lo sea en la mente del que lo realiza”, quien lo escribió fue San Lucas, de título: “médico de cuerpos y almas”, el autor es Teilor Cadwell. Por eso digo que cualquier trabajo que tenga es bueno y a mi edad no es un trabajo fácil lo de ventas, ya no tengo especialidad, yo conozco de mecánica y fresa, ahora todo es sofisticado es muy difícil poderme colocar. Actualmente tengo un buen trabajo, cuento con un jefe muy considerado. Mis pensamientos han cambiado, de no querer hacer las cosas, que es pesado, etc.... Ahora pienso diferente,

me levanto y sigo. Lo hago, aun estando difícil, el esfuerzo de barrer y trapear, en ocasiones me apoyan con permisos como el día de hoy, también me acortaron la jornada de trabajo y me apoyan, también tengo otro trabajo en la Capilla de Azcapotzalco.

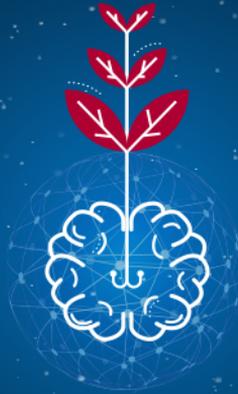
Perdí a una esposa, que creo que todavía la amo, por el tiempo que vivimos juntos y ahora conocí a otra chica en la iglesia y que ¡sí esta chica!, no sé por qué, pudiera ser experiencia y mis consejos me quiere mucho y me tiene muchas consideraciones tienen un carácter difícil. Dicen que todo se paga y no creo que sea mi caso, más bien el amor es el motor que mueve el Universo, y siendo creyente Dios hizo su creación por amor. Uno quisiera aprender cosas por amor y disfrutar cada día y mañana no se sabe si vamos a estar, para mí es estar y ser feliz y que las personas que tengo a mi lado disfruten de la vida.

Esta etapa de vida que tengo me hace pensar que por la edad tengo que hacer las cosas. Yo si estoy orgulloso mi vida y de haber llegado al Asilo, ya que de verdad me dieron Asilo. Sin duda Dios me guió y me dio esto que tengo ahora. Y la persona que me dijo que Dios te da algo mejor, que cuando te quita. Ahora con la Chica que tengo mi mayor preocupación es tratar de hacerla feliz y ser feliz.

No estoy esperando morir noooooo, la vida es bella y quiero disfrutarla lo más posible que pueda, cuando sea la hora de partir será mi momento, no sabré si o gozo o sufro, pero si puedo dejar algo en las personas eso será una gran satisfacción.

Aportaciones de la Psicología al bienestar del ser humano

Blanca Inés Vargas Núñez - Coordinadora



Este libro forma parte de una colección de varios trabajos de una gran calidad, cimentados en diversas aproximaciones teórico-metodológicas. Que dan un gran aporte al conocimiento y entendimiento del individuo y su bienestar. Diversas maneras de compartir y reflexionar, como tener una buena calidad de vida, satisfacción, enfrentar los problemas de la vida. Se expone con detenimiento, las diversas áreas en donde está presente el bienestar: en reflexiones, en investigaciones y en la propia vida.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Coatlá, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>



9 786073 042253