

Psicología Iberoamericana

VOL. 26 NO. 2 JULIO - DICIEMBRE 2018

Psicología Iberoamericana

Juan Lafarga Corona · Universidad Iberoamericana, México
Editor Fundador

Bernardo Turnbull Plaza · Universidad Iberoamericana, México
Editor

Sarah Frances Gordon · Universidad Iberoamericana, México
Asistente editorial

CONSEJO EDITORIAL

Bernardo Turnbull Plaza
Universidad Iberoamericana, México

Sarah Frances Gordon
Universidad Iberoamericana, México

Oscar Galicia Castillo
Universidad Iberoamericana, México

Alejandra Domínguez Espinosa
Universidad Iberoamericana, México

Rosalinda Martínez Jaimes
Universidad Iberoamericana, México

Rolando Díaz Loving
Universidad Autónoma de México, México

COMITÉ EDITORIAL

Carlos Alemany Briz
Universidad Pontificia Comillas, España

Rubén Ardila Ardila
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Carlos Bruner Iturbide
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Vicente E. Caballo Manrique
Universidad de Granada, España

María Elena Medina Mora
Instituto Nacional de Psiquiatría, México

Virginia Moreira
Universidad de Fortaleza, Brasil

Juan José Sánchez Sosa
Universidad Nacional Autónoma de México, México

Euclides Sánchez
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Alberto S. Segrera Miranda
Universidad Iberoamericana, México

Contacto: psicologia.iberoamericana@ibero.mx
(52) 55 5950 4000 ext. 4880

Psicología Iberoamericana

Psicología Iberoamericana, vol. 26, no. 2, julio-diciembre 2018, es una publicación semestral de la Universidad Iberoamericana, A. C. Ciudad de México. Prol. Paseo de la Reforma 880, col. Lomas de Santa Fe, C. P. 01219, Ciudad de México, Tel. 5950-4000, ext. 4919. www.iberopublicaciones.com/psicologia/, publica@ibero.mx, psicologia.iberoamericana@ibero.mx Editor responsable: Bernardo Turnbull Plaza. Número de Certificado de Reserva al Uso Exclusivo otorgado por el Instituto Nacional del Derecho de Autor: 04-2016-042016410200-102. ISSN: 1405-0943 Número de Certificado de Licitud de Título 7419, Número de Certificado de Licitud de Contenido 5335, ambos otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Domicilio de la publicación: Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana, A. C. Prol. Paseo de la Reforma 880, col. Lomas de Santa Fe, C. P. 01219, Ciudad de México, Tel. 5950-4000, ext. 4880. Impreso en Gráfica Premier, S. A. de C. V., calle 5 de febrero núm. 2309, Col. San Jerónimo, 52170, Chicahualco, Metepec, Estado de México. Distribucion: Universidad Iberoamericana, A. C. Prol. Paseo de la Reforma 880, col. Lomas de Santa Fe, C. P. 01219, Ciudad de México, Tel. 5950-4000, ext. 7600.

Todo artículo firmado es responsabilidad de su autor. Se prohíbe la reproducción de los artículos sin consentimiento del editor. psicologia.iberoamericana@ibero.mx; publica@ibero.mx

Consulte los índices de *Psicología Iberoamericana* en:

LATINDEX, HELA Y CLASE:
www.dgbiblio.unam.mx

PSYCINFO:
<http://www.apa.org/psycinfo/about/covlist.html>

Consulte el texto completo en:

Redalyc:
<http://www.redalyc.org/>

Publicaciones Ibero:
www.iberopublicaciones.com/psicologia/

Psicología Iberoamericana, vol. 26, no. 2, julio-diciembre 2018, se terminó de imprimir en julio de 2019 en los talleres de Gráfica Premier, S. A. de C. V., calle 5 de febrero núm. 2309, Col. San Jerónimo, 52170, Chicahualco, Metepec, Estado de México, con un tiraje de doscientos ejemplares.

CONTENIDO

Contents

- 4** Editorial
Investigación y psicología
Research and Psychology
Bernardo Turnbull
- 8** Escala de bienestar psicológico para adultos mayores: Construcción y validación
Scale of psychological well-being for older adults: Construction and validation
César Augusto de León Ricardi, Mirna García Méndez y Sofía Rivera Aragón
- 17** Factores psicológicos asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer: Diagrama de ruta
Psychological factors associated with quality of life in cancer patients: Route diagram
Diosalys Anibeth Ruiz Carmona y Ronny Alexander Lugo Tremont
- 32** Estudio del papel mediador del *engagement* en el trabajo entre las demandas y recursos laborales
The study of the mediating role of engagement in work between labor demands and resources
Carlos Gabriel Colín Flores
- 45** Efectividad de una intervención de atención plena en enfermas crónicas con síntomas ansiosos y depresivos
Effectiveness of a mindfulness intervention in chronically ill female patients with anxiety and depression symptoms
Rosalia Pilar Bernal Pérez, Shoshana Berenzon Gorn y Marcela Tiburcio Sainz
- 54** Indicadores de fiabilidad de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas EHPH en psicoterapeutas de Ciudad Juárez
Reliability indicators of Humanistic Psychotherapeutic Skills Scale EHPH in psychotherapists of Ciudad Juarez
Jorge Ramón Lozano Martínez, Alberto Castro Valles, María Elena Vidaña Gaytán y María Nieves González Valles
- 68** Análisis del superyó en un estudio de caso
Analysis of the superego in a case study
Pamela Hernández López de la Fuente
- 75** Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en mexicanos con asma: Confiabilidad y validez
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in Mexicans with asthma: Reliability and validity
Centli Guillén-Díaz-Barriga, Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, Cintia Tamara Sánchez Cervantes, Margarita Fernández Vega
- 88** Síndrome de *Boreout* en trabajadores *baby boomers*, *x* y *millennials* de la Ciudad de México
Boreout syndrome in baby boomer, x and millennial employees from Mexico City
Bryan E. García-Gozález, Erika Villavicencio-Ayub, Melissa García

EDITORIAL

RESEARCH AND PSYCHOLOGY

Bernardo Turnbull

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE MÉXICO

The construction of knowledge is the trademark of scientific activity. However, in the professional field, knowledge is also applied, used, bought and sold. The majority of professionals who use scientific knowledge constrain their activity to that: the use of knowledge. Although it is impossible to apply knowledge without learning from the experience, learning is seldom registered, let alone spread. Not all professionals see themselves as active constructors of knowledge and therefore do not consider it their own.

The field of Psychology is not an exception. The number of professional psychologists in our country is large. It has been years since psychology was considered a profession of the minority. Furthermore, psychologists that contribute to the betterment of psychology is minimal. During the process of training new professionals, we emphasize the accumulation and use of knowledge over its construction and dissemination. From a large number of degrees issued every year, the proportion of those who train with the purpose of contributing to the body of knowledge in the field of psychology is minimal.

Although it is evident that we need to increase the number of researchers in our country, we also know that the training and preparation process must be selective and careful. Psychological knowledge is not made for its own sake. Not just any knowledge is worth the economic and social costs that the country invests in its creation. At the centre of our profession is service. We can serve the individual client, the group, the human organization and the institution. There are many different forms, but we must serve the people around us. When we serve, we solve problems, when we solve problems we learn and, what we learn, we share with our colleagues so they can use it to serve. A researcher's training in psychology should be centred on service.

The process is logical, but it is also immersed in society and daily life and, like these two, it is becoming even more complex. In these circumstances, research is subject to an intricate network of social, cultural and economic forces. These forces deviate research from its original purpose and gradually make it perform functions and fulfill indicators different from its professional and scientific identity.

Research systems accurately register how many publications and citations we have, as well as what kind of journals we publish in. Publications and citations have an academic value that is becoming more and more elitist and colonialist in nature. At the moment, I am not aware of a system that measures how research contributes to community development or its practical application to real-life problems. How useful our research is for those people who gave us the information we used to get published is also not considered.

INVESTIGACIÓN Y PSICOLOGÍA

Bernardo Turnbull

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE MÉXICO

La construcción del conocimiento es lo que identifica al quehacer científico. Pero en el campo profesional el conocimiento se aplica, se utiliza y, también, se compra y se vende. La gran mayoría de los profesionales que utilizan conocimiento científico se limitan a eso, a utilizarlo. Aunque es imposible aplicar conocimiento sin aprender de la experiencia diaria, estos aprendizajes no se registran ni mucho menos se difunden. No todos los profesionales se identifican como constructores activos del acervo de conocimiento que consideran propio.

El campo de la psicología no es la excepción. El número de profesionales de la psicología en nuestro país es ya muy grande; hace años que dejó de ser una profesión minoritaria. Aún así, la proporción de psicólogos que construyen la psicología es mínima. De la misma manera, en el proceso de entrenamiento de nuevos profesionales, enfatizamos la acumulación y el uso de conocimiento sobre su construcción y difusión. Para el gran número de títulos profesionales que se emiten cada año, la proporción de quienes se preparan para la construcción de conocimiento es mínima.

Aunque evidentemente es necesario incrementar el número de investigadores en nuestro país, también sabemos que el proceso de entrenamiento y preparación debe ser selectivo y cuidadoso. El conocimiento psicológico no se construye porque sí. No cualquier conocimiento justifica el costo económico y social que nuestro país invierte en su creación. En el centro de nuestra profesión está el servicio. Se puede servir al cliente individual, al grupo, a la organización humana y a la institución. Existen muchas formas de servicio, pero las profesiones de ayuda tienen que servir a la comunidad que la rodea. Al servir, solucionamos problemas, al solucionar problemas aprendemos, y lo que aprendemos lo compartimos con nuestros colegas para que lo utilicen para servir. Por lo tanto, el entrenamiento del investigador en psicología se centra en crear conocimiento para el servicio.

El proceso es lógico, pero también está inmerso en la sociedad y la vida cotidiana y, como éstas, se va haciendo cada vez más complejo. En estas circunstancias, la investigación está sujeta a una red intrincada de fuerzas sociales, culturales, económicas y políticas. Estas fuerzas la desvían de su propósito original y la van orientando hacia funciones e indicadores cada vez más lejanos de su identidad profesional y científica.

Nuestro sistema de investigación registra minuciosamente las veces que nuestro trabajo se publica y también en qué clase de revistas publicamos. La publicación y la citación tienen un valor académico que cada vez se hace más elitista y colonialista. Hasta el momento, yo no conozco un sistema que mida cómo la investigación contribuye al desarrollo de la comunidad o su aplicación práctica a los problemas de la vida real. Tampoco se considera qué tan útil es nuestra investigación para la gente que nos dio la información que usamos para conseguir una publicación.

What is the role of a research journal in this process of creating and spreading knowledge, as well as helping solve real-world problems? A journal is the voice of professionals who want to share their learning. Professionals who systematically register their experience, improve their practice and quality of service. The researcher, who reports what they learned in their practice and shares it with their colleagues helps create deeper and more meaningful knowledge. Either in the direct implementation of applied research or in the indirect but indispensable use of basic research, it is the body of knowledge that contributes to solving the problems around us.

In this issue of Psicología Iberoamericana, we find an inclusive variety of themes, approaches, theories and methods that our authors place at our disposal for its application in professional service.

The mission of our journal is to help psychologists communicate with each other to improve the quality of our service and encourage a professional environment of respect and cooperation.

¿Cuál es el papel de una revista científica en este proceso de creación y difusión del conocimiento y de su contribución a la solución de problemas? Una revista es la voz de los profesionales que quieren comunicarse con otros y compartirles sus aprendizajes. Aquel profesional que registra sistemáticamente su experiencia mejora su práctica y la calidad de su servicio. Aquel investigador que reporta lo que aprendió en su práctica y lo comparte con sus colegas crea un conocimiento más profundo y lleno de sentido. Ya sea la implementación directa de la investigación aplicada o la utilidad indirecta pero indispensable de la investigación básica, es el acervo de conocimientos lo que contribuye a que, como comunidad profesional, demos una respuesta sólida a los problemas que nos rodean.

En este número de *Psicología Iberoamericana* encontramos una variedad incluyente de temas, aproximaciones, teorías y métodos que nuestros autores ponen a la disposición de todos nosotros para su aplicación en el servicio profesional.

La misión de nuestra revista es ayudar a los psicólogos a comunicarse entre sí, para mejorar la calidad de nuestro servicio y a construir un ambiente de respeto y cooperación.

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO PARA ADULTOS MAYORES: CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN

SCALE OF PSYCHOLOGICAL WELL-BEING FOR OLDER ADULTS: CONSTRUCTION AND VALIDATION

César Augusto de León Ricardi¹

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)

Mirna García Méndez

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)

Sofía Rivera Aragón

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)

RESUMEN

El bienestar psicológico es uno de los principales indicadores de la salud mental en diferentes etapas del ciclo vital, particularmente en la vejez. Tomando en cuenta la necesidad de contar con instrumentos válidos y confiables para medir constructos psicológicos, el objetivo de este estudio es desarrollar y validar una escala de bienestar psicológico para adultos mayores de la Ciudad de México. La muestra no probabilística intencional quedó conformada por 200 participantes, con un rango de edad de 60 a 90 años ($M_{edad}=67.9$, $DE=7.2$). Como resultado del análisis factorial se obtuvieron 16 ítems distribuidos en cuatro factores que evalúan: control personal, seguridad personal, relaciones sociales y autonomía. La escala explica el 54.8% de la varianza, con un alfa de Cronbach global de .71. La escala obtenida cumple con criterios psicométricos adecuados para medir el bienestar psicológico en adultos mayores de la Ciudad de México.

Palabras clave: Bienestar psicológico, envejecimiento, escala, salud, gerontología

ABSTRACT

Psychological well-being is one of the main indicators of mental health in different stages of the life cycle, particularly in old age. Considering the need for valid and reliable instruments to measure psychological constructs, the objective of this study is to develop and validate a scale of psychological well-being for adults over Mexico City. A probability sample of 200 participants between the ages of 60-90 years ($M_{age}=67.9$, $SD=7.2$) was used. Factorial analysis was used to analyze the data. Results showed 16 items distributed across four factors that evaluated personal control, personal security, social relations and autonomy. The scale explains 54.8% of variance, with an overall Cronbach alpha of .71. A scale was developed based on appropriate psychometric criteria to measure psychological well-being.

Keywords: Psychological well-being, aging, scale, health, gerontology

Fecha de recepción: 17 de diciembre 2018

Fecha de aceptación: 6 de marzo 2019

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Av Universidad 3000, Cd. Universitaria, Coyoacán, 04510, Ciudad de México, CDMX.
Correo electrónico: dricardi84@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En México, para el año 2030 el número de adultos mayores de 60 años se duplicará y alcanzará los 20 millones (Gutiérrez, 2012). Este fenómeno de transición demográfica se ha denominado envejecimiento poblacional y se caracteriza por una continua disminución en las tasas de natalidad y de mortalidad, por lo que durante el periodo de transición demográfica la población de adultos mayores aumenta significativamente en comparación con la población infantil y juvenil. En años recientes, el envejecimiento poblacional se ha investigado con énfasis en la identificación de los factores y condiciones que promueven el envejecimiento exitoso, entendiendo éste como el proceso en el que la salud física y mental continúan sin detrimento hasta la vejez (Fernández-Ballesteros, 2009). Desde una perspectiva psicológica, en la vejez el bienestar psicológico (BP) destaca por presentar asociaciones positivas con los siguientes indicadores de salud física y mental: autoestima (Hyun, Ju, & Sohyune, 2012), satisfacción con la vida (Gutiérrez, Tomás, Galiana, Sancho, & Cebria, 2013), la actividad física (Kahana, Kelley-Moorea, & Kahana, 2012) y emociones positivas Huppert (2004).

El estudio del bienestar se ha organizado en dos tradiciones (Ryan & Deci, 2001): la primera aborda la felicidad (bienestar subjetivo) y se denomina tradición hedónica; la segunda se relaciona con el desarrollo del potencial humano (bienestar psicológico) y se conoce como tradición eudaimónica. Los estudios sobre la relación de estas dos tradiciones indican que ambas poseen componentes individuales distintos, lo que sugiere que ambas son independientes (Chen, Jing, Hayes, & Lee, 2013).

La eudaimónica se encarga del estudio del BP, tiene su origen en el concepto aristotélico de *eudaimonia*. Para Aristóteles, la búsqueda de la perfección, a través de la realización del verdadero potencial del ser humano, es el fin último de cada persona, relegando la búsqueda de la felicidad a un segundo término, ya que ésta se traduce en la satisfacción de los deseos personales, volviendo a los humanos esclavos o seguidores de sus deseos (Ryan & Deci, 2001). De acuerdo con este punto de vista, cada individuo llega a la vida con talentos únicos, conocidos como *daimon*; la prueba central de la vida es reconocer y realizar esos talentos. Waterman

(1993) señaló que, mientras la felicidad se define hedónicamente, la concepción eudaimónica de bienestar exhorta a la gente a vivir de acuerdo con su *daimon* o verdadero yo. En la tradición eudaimónica, el BP se centra en la autorrealización y se define en términos del grado en que una persona se encuentra en un funcionamiento psicológicamente pleno.

Ryff (1989) expuso uno de los elementos más importantes de la psicología positiva al desarrollar su modelo multidimensional de BP. Este modelo de bienestar eudaimónico yace en el supuesto de que los individuos se esfuerzan por funcionar plenamente y hacer realidad sus talentos únicos. Para desarrollarlo, utilizó tres teorías psicológicas clínicas de crecimiento personal, la madurez psicológica de Gordon Allport, el funcionamiento pleno de Carl Rogers y la autorrealización de Abraham Maslow (Díaz et al., 2006). Su modelo está compuesto por seis dimensiones con direcciones negativas o positivas: autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del ambiente, propositivo en la vida y crecimiento personal.

Cada dimensión del BP implica desafíos que las personas enfrentan con la finalidad de funcionar positivamente. Es decir, la gente trata de sentirse bien consigo mismos, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones (autoaceptación); también tratan de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cálidas y de confianza (relaciones positivas con otros), se vinculan con su entorno con el fin de satisfacer sus necesidades y deseos personales (dominio del ambiente), además buscan un sentido de autodeterminación e independencia personal (autonomía), así como encontrar significado en los esfuerzos y desafíos propios (propósito en la vida) y aprovechar al máximo los talentos y capacidades (crecimiento personal).

El modelo de Ryff (1989) es tomado como el principal referente en los estudios del BP en diferentes disciplinas ya que ha demostrado tener un importante apoyo teórico y empírico.

Respecto a la relación entre el BP y el envejecimiento, algunas dimensiones muestran efectos de la edad. Diversos estudios como el realizado por Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás (2009) con 1,397 adultos mayores dominicanos reportan que la edad afecta negativamente las dimensiones de autonomía y dominio del ambiente; así mismo Meléndez, Tomás y Navarro

(2011) señalan que existe una correlación negativa entre la edad y las dimensiones de dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas, autoaceptación y propósito vida. Respecto a las dimensiones del BP que permanecen relativamente estables con la edad, Triadó, Osuna, Resano, y Villar (2003) refieren que la autoaceptación y las relaciones con otros no presentan diferencias entre grupos de edades diferentes, mientras que las dimensiones de dominio del entorno y autonomía presentan un patrón similar de estabilidad a partir de la mediana edad a la vejez (Mayordomo, Sales, Satorres, & Meléndez, 2016).

En cuanto a la medición del BP, es importante señalar que se han desarrollado diversos instrumentos (ver tabla 1) con adecuadas propiedades psicométricas, los cuales permiten medir múltiples dimensiones del bienestar, como el material, personal o de pareja. De estos instrumentos, la escala de Ryff (1989) compuesta por seis dimensiones (autoaceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del ambiente, propositivo en la vida y crecimiento personal) es ampliamente utilizada en investigaciones dentro del campo de las ciencias sociales y de la salud.

Su escala se ha traducido y adaptado a diferentes idiomas como el español (Díaz et al., 2006), italiano (Ruini, Ottolini, Rafanelli, Ryff, & Fava, 2003), portugués (Fernández, Vasconcelos-Raposo, & Teixeira, 2010) entre otros. A pesar del amplio uso de la escala de

Ryff (1989), actualmente existe una discusión en el número total de dimensiones y reactivos que la integran, debido a las altas correlaciones que se presentan, como dominio del entorno y crecimiento personal (Díaz et al., 2006; Dierendonck, 2005; Tomas, Meléndez, Oliver, Navarro, & Zaragoza, 2010).

En México, los estudios sobre medición del BP se han realizado a través de diferentes validaciones y adaptaciones de la escala de Ryff (1989), particularmente con adolescentes y jóvenes. Loera-Malvaez, Balcázar-Nava, Trejo-González, Gurrola-Peña y Bonilla-Muñoz (2008) realizaron una validación en 208 adolescentes con edades de 14 a 18 años, sus resultados mostraron que las seis dimensiones originales de la escala se agruparon en cuatro dimensiones con adecuadas propiedades psicométricas. Por otra parte, Medina-Calvillo, Gutiérrez-Hernández y Padrós-Blázquez, (2013) realizaron un estudio de las propiedades psicométricas de la escala de Ryff (1989) en dos muestras de jóvenes con una medida de edad de 19 y 29.46 años. Los resultados revelaron que en población mexicana el modelo teórico de BP de Ryff (1989) no presenta un ajuste adecuado, resultados similares a los reportados por Valenzuela (2015) quien evaluó la estructura factorial de la escala en jóvenes mexicanos.

Los instrumentos descritos tienen adecuadas propiedades psicométricas, pero fueron diseñados en otras culturas, demandan conocimiento numérico, adecua-

Tabla 1
Escalas utilizadas para medir bienestar psicológico

Nombre	Medida	Características
Bienestar psicológico (Riff, 1989)	Bienestar psicológico	Escala con altas correlaciones entre algunas dimensiones en diferentes validaciones ($\alpha=.84$)
Escala de eudemon de bienestar personal (Fierro & Rando, 2007)	Bienestar personal	Compuesta por las dimensiones ausencia de bienestar personal, y existencia de bienestar positivo ($\alpha=.94$)
Escala de bienestar psicológico (Sánchez-Cánovas, 2013)	Evaluación del bienestar psicológico subjetivo	Compuesta por las subescalas de bienestar material, laboral y de pareja ($\alpha=.94$)
Escala de rutas de acceso al bienestar (Castro, 2011)	Evaluación del bienestar eudaimónico y hedónico	Autoinforme que evalúa vida placentera ($\alpha=.81$), vida comprometida ($\alpha=.82$) y vida con significado ($\alpha=.71$)

da comprensión del formato de respuesta y se han moldeado para poblaciones que difieren ampliamente de las características sociodemográficas de la población adulta mayor en México. Por tal motivo y aunado al creciente número de personas de la tercera edad y la falta de instrumentos que midan BP en adultos mayores en el contexto mexicano, con la intención de contribuir al desarrollo de escalas que evalúen constructos psicológicos en la vejez, el objetivo del presente estudio fue desarrollar y validar una escala de BP para adultos mayores de la Ciudad de México, el sustento teórico en el que se fundamenta este estudio fue el modelo multidimensional de BP de Ryff (1989).

MÉTODO

Participantes

Colaboraron de manera voluntaria 200 adultos mayores residentes de la Ciudad de México, con edades de 60 a 90 años ($M_{edad}=67.9$, $DE=7.2$), del total de la muestra 51.5% eran hombres. Su nivel de escolaridad fue 68% con educación básica, 10.5% con educación media y 21.5% con educación superior. En relación con el estado civil, 14% eran solteros, 53% casados, 5% divorciados y 28% viudos. Se consideró como criterio de inclusión tener 60 años o más, contar con educación básica y no estar institucionalizado. Los participantes se seleccionaron por un muestreo no probabilístico intencional.

Instrumento

Para la construcción del instrumento se realizó un estudio exploratorio por medio de entrevistas abiertas con 10 adultos mayores, con las cuales se identificó el universo de conductas y elementos significativos del constructo de BP en adultos mayores. Las preguntas se elaboraron a partir de las dimensiones del modelo propuesto de bienestar de Ryff (1989). Para el análisis de la información recabada, se resumieron e integraron las descripciones obtenidas; se analizó la frecuencia y pertinencia de las palabras dentro de las diferentes dimensiones del modelo de Ryff (1989).

Con los resultados obtenidos se creó una base de 40 reactivos, resultado del acuerdo entre investigadores en psicología expertos en psicometría. Todos los reactivos contaron con un formato de respuesta tipo Likert pic-

tórico, en el que se utilizaron figuras geométricas de diferentes tamaños como opciones de respuesta, ordenadas de mayor a menor y de izquierda a derecha. La calificación asignada a la escala fue de 1 a 4 puntos, se asignó 1 al cuadro más pequeño que implicaba menor cantidad del atributo (totalmente en desacuerdo) y 4 al cuadro más grande que implicaba mayor cantidad del atributo (totalmente de acuerdo); los reactivos se colocaron en orden aleatorio.

Procedimiento

Se solicitó la colaboración voluntaria de los participantes en centros de trabajo, hogares, parques y plazas públicas. En todos los casos se señaló que la información proporcionada era confidencial y anónima por lo que se omitieron los nombres de los participantes. A quienes accedieron a participar, se les entregó el instrumento y se solicitó que firmaran el consentimiento informado. El evaluador estuvo presente durante la aplicación del instrumento para resolver las dudas que pudieran surgir en el proceso, el cual se realizó de forma individual. Una vez terminada la aplicación de la escala, se agradeció a los participantes.

RESULTADOS

Para conocer la discriminación de los reactivos de la escala se siguió el proceso de validación psicométrica sugerido por Reyes-Lagunes, García y Barragán (2008). Para cada uno de los reactivos se realizó un análisis de frecuencias, sesgo y discriminación de reactivos para grupos extremos mediante una prueba *t* de Student, de los 40 reactivos sólo 16 cumplieron con las especificaciones requeridas para los análisis posteriores.

Se calculó la correlación reactivo-escala total, los resultados fueron de .29 a .53. Debido a estas puntuaciones obtenidas no se eliminó ningún reactivo y se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal (varimax) para conocer el porcentaje de varianza explicada de la escala y el número de factores que la componen.

Los resultados obtenidos señalan que la medida de la adecuación del tamaño de muestra Kaiser-Meyer-Olkin fue adecuada ($KMO=.759$), mientras que la prueba de esfericidad de Bartlett's fue significativa

($X^2=762,547$, $gl=120$, $p<.000$) por lo que la escala es factorizable. Los 16 reactivos se agruparon en cuatro factores con pesos factoriales igual o superiores a 0.40 (ver tabla 2), el primer factor contiene los ítems 15,11, 9, 14 y 24, el segundo factor integra los ítems 12, 2, 22 y 7, el tercer factor contiene los ítems 4, 5, 26, 3 y el cuarto factor está compuesto por los ítems 17, 21 y 18. En conjunto explican el 54.80% de la varianza total. Posteriormente, se realizaron análisis de confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para obtener la consistencia interna global de la escala y la consistencia por factor. Se obtuvo una puntuación global de $\alpha=.77$. Los pesos factoriales y alfas por factor se presentan en la tabla 2.

Los cuatro factores obtenidos en el análisis factorial exploratorio se definieron de la siguiente forma, control personal (factor 1): grado de dominio personal y

ambiental que posee un individuo; seguridad personal (factor 2): grado de seguridad física y mental que tiene un individuo; relaciones sociales (factor 3): grado en el que una persona logra mantener vínculos sociales confiables y duraderos; finalmente autonomía (factor 4): grado de independencia personal y económica que posee un individuo. Los reactivos asociados a dominio del entorno se agruparon en el factor denominado control personal, mientras que el factor propósito en la vida no forma parte de la escala.

A partir de los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante el programa de ecuaciones estructurales AMOS (versión 19) en el que se utilizó el método de máxima verosimilitud. Después de realizar los ajustes pertinentes que consistieron en la eliminación de los reactivos: 2. Tengo confianza para expre-

TABLA 2
Análisis factorial de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores

Reactivos	Factores			
	1	2	3	4
15. Considero que con los años he crecido como persona.	.753	.076	.011	.091
11. Puedo controlar los problemas que se me presentan.	.747	.266	-.048	.064
9. Siempre cumplo mis objetivos personales.	.641	.246	.077	-.074
14. Me siento bien con mi cuerpo.	.629	.192	.184	.348
24. Actualmente puedo trabajar.	.451	.000	.172	.399
12. Siempre estoy seguro(a) de mis acciones.	.309	.782	.077	.047
2. Tengo confianza para expresar lo que pienso.	-.011	.723	.159	.207
22. A pesar de los cambios, me gustan mis atributos físicos.	.253	.633	.072	.318
7. Soy una persona segura de sí misma.	.296	.605	.093	-.118
4. En comparación con otras personas tengo muchos amigos.	.150	-.091	.769	.087
5. Mis amistades son confiables.	-.032	.195	.733	.039
26. Me gusta conocer gente nueva.	.080	.045	.725	.051
3. Mis amistades son duraderas.	.016	.219	.690	-.134
17. Soy una persona autosuficiente.	-.022	.287	.016	.717
21. Soy libre para tomar mis propias decisiones.	.009	.077	-.057	.699
18. Soy independiente económicamente.	.220	-.046	.031	.552
Varianza explicada	15.38	14.13	14.07	11.21
Varianza acumulada	15.38	29.51	43.59	54.80
Alfa de Cronbach	.71	.73	.71	.60
Media	3.01	3.15	2.91	3.02
Desviación estándar	0.59	0.65	0.74	0.69

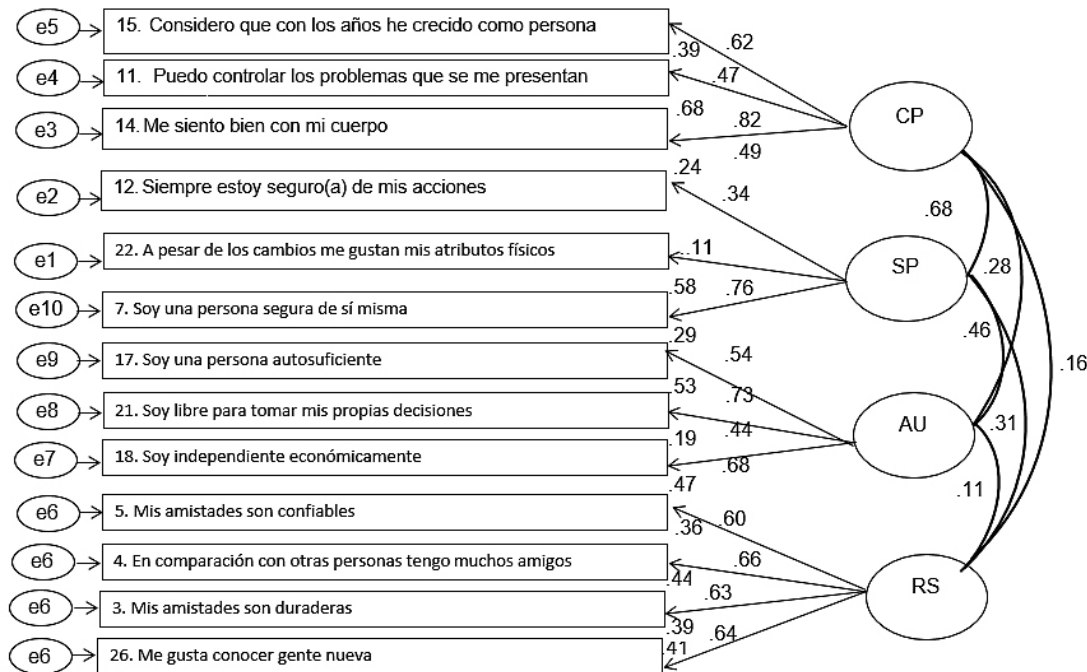


Figura 1

Modelo estructural confirmatorio de la escala de bienestar psicológico para adultos mayores.
 CP=control personal, SP=seguridad personal, AU=autonomía, RS=relaciones sociales

sar lo que pienso, 24. Actualmente puedo trabajar y 9. Siempre cumplo mis objetivos personales, se obtuvo el modelo que se muestra en la figura 1. Los índices de bondad de ajuste obtenidos fueron: $X^2/df=1.21$; NFI=.873; IFI=.975; CFI=.974, RMSEA=.033 y SRMR=.06. Estos valores indican ajustes adecuados del modelo (Hu & Bentler, 1999).

Por último, con la intención de identificar si la escala puede detectar diferencias entre grupos, se realizó una prueba *t* de Student para grupos independientes entre hombres y mujeres. Los resultados señalan que existen diferencias estadísticamente significativas en seguridad personal, $t(198)=3.207$, $p<0.05$ y en relaciones sociales $t(198)=-2.230$, $p<0.05$. Son las mujeres ($M=3.30$, $DE=.63$) quienes muestran mayor grado de seguridad física y mental que los hombres ($M=3.01$, $DE=.64$), mientras que los hombres ($M=3.12$, $DE=.67$) presentan mayores vínculos sociales confiables y duraderos que las mujeres ($M=2.90$, $DE=.69$). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en autonomía ($t(198)=-.39$, $p>.05$) y control personal ($t(198)=.33$, $p>.05$).

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo construir un instrumento de medición de CP para adultos mayores de la Ciudad de México. Respecto a la estructura factorial obtenida, los resultados sugieren que la escala se constituye de cuatro factores, los cuales mostraron correlaciones positivas, moderadas y bajas entre sí, lo que indica una probable independencia entre los factores que integran el constructo de CP en dicho sector de la población. Estos resultados coinciden con estudios previos realizados en México en los cuales se ha observado que el CP no se ajusta a la propuesta teórica de Ryff (1989) de seis factores; por ejemplo, en el análisis factorial confirmatorio realizado por Valenzuela (2015) el modelo que mostró mejores índices de ajuste fue el modelo integrado por dos factores, crecimiento personal y autoaceptación, mientras que en el estudio realizado por Loera-Malvaez et al. (2008) la estructura factorial del CP se conformó con cuatro componentes: autoaceptación, relaciones interpersonales, autonomía y satisfacción con la vida. Es importante señalar que estos estudios se han realizado principalmente en población

adolescente y joven. Valenzuela (2015) refiere que este efecto de reducción de factores puede deberse al traslape en el modelo original de cuatro dimensiones (crecimiento personal, propósito en la vida, autoaceptación y dominio del entorno) en una sola, o posiblemente a la generación de sesgos en la estimación, producidos por el empleo de escalas ordinales y el uso de procedimientos analíticos que utilizan medidas continuas.

Por otra parte, los resultados de este trabajo destacan que en adultos mayores mexicanos el constructo CP no integra el factor dominio del entorno ni propósito en la vida, en relación con este hallazgo. Triadó et al. (2003) refieren que los cambios en estas dimensiones podrían deberse a que estos aspectos reciben un significado distinto conforme aumenta la edad, teniendo como resultado menor importancia en la experiencia personal. Además, estos resultados no coinciden con los estudios realizados en otros países (Fernández et al., 2010; González, Quintero-Jiménez, Veray-Alicea, & Rosario-Rodríguez, 2016) y estratos socioeconómicos (Ryff, 1989), lo que indica la importancia de considerar posibles efectos del contexto sociocultural y económico en futuros estudios sobre el CP en adultos mayores, ya que estas condiciones son un elemento central en el estudio del bienestar psicológico (Ryff, 1989).

La escala obtenida integra cuatro factores. El factor control personal agrupó reactivos asociados a la capacidad de desarrollo personal, control de situaciones y percepción positiva de las capacidades físicas. Estos reactivos se agrupan en lo que Waterman (1993) denominó como sentimientos de expresividad emocional, los cuales se relacionan con experiencias de compromiso las actividades de las personas, condiciones que crean una sensación plena de sentirse vivo y realizado.

Esta premisa refuerza la afirmación de que el desarrollo continuo, el crecimiento personal y estar abierto a nuevas experiencias constituyen aspectos importantes del funcionamiento psicológico óptimo. El factor de seguridad personal agrupó reactivos relacionados con la seguridad en las acciones, pensamientos y atributos físicos, condiciones que, en conjunto, permiten una valoración positiva o negativa de cada individuo. En la vejez, estudios como el de Zavala, Vidal, Castro, Quiroga y Klassen (2006) han demostrado que las personas que poseen una valoración positiva de sí mismos muestran un mejor ajuste en su funcionamiento social

y familiar. En el factor de relaciones sociales se agruparon reactivos asociados a los lazos de amistad, afecto y confianza. En los adultos mayores, las relaciones sociales son importantes para proporcionar funciones de socialización, satisfacción de necesidades psicológicas básicas como el apego y sensación de una vida con significado (Charles & Carstensen, 2009). Luo y Waite (2011) señalan que mientras más altos sean los niveles de apoyo, participación y sentimientos de conexión social, menores serán los niveles de estrés psicológico, mientras que en ausencia de relaciones sociales es común encontrar frecuentes síntomas depresivos (Charles & Carstensen, 2009). En el factor de la autonomía se agruparon reactivos asociados a la valoración de independencia física, solvencia económica y la capacidad de tomar decisiones de forma autónoma, Lehr (1989) sugiere en su teoría de la vinculación que sólo se es feliz y se logra el bienestar cuando el adulto mayor se mantiene activo, es decir, que es capaz de realizar actividades de forma autónoma.

Respecto a los valores de consistencia interna, se obtuvieron resultados aceptables de alfa de Cronbach tanto para la escala total como para los factores que la integran con excepción del factor autonomía ($\alpha=.60$). Este hallazgo coincide con los resultados de Medina-Calvillo et al. (2013) quien al validar la escala de bienestar de Ryff (1989) en población adolescente reportó bajos valores de consistencia interna en el factor de autonomía.

En relación con el efecto del sexo en el BP, en este estudio se encontró que las mujeres presentan mayores niveles de seguridad personal y los hombres mayores niveles de relaciones sociales, Rosa-Rodríguez, Negrón, Maldonado, Toledo y Quiñones (2015) refieren que estas diferencias pueden explicarse por las expectativas de rol de género asignadas a hombres y mujeres, por ejemplo, los hombres presentan mayor puntaje en dimensiones relacionadas con el contacto social y búsqueda de recursos externos, valores apreciados culturalmente en los hombres.

Finalmente, se sugiere que en futuras investigaciones se describa si la escala obtenida muestra correlaciones significativas con otras medidas de bienestar como autoestima, salud mental y bienestar subjetivo, igualmente se recomienda conocer si la escala permite identificar diferencias entre adultos mayores con y sin

enfermedades mentales, es decir, realizar trabajos de validación en población clínica, dada la alta prevalencia de trastornos mentales en la vejez. Se concluye que la escala posee adecuados criterios psicométricos para medir BP en adultos mayores de la Ciudad de México.

REFERENCIAS

- Castro, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaemónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 31(1), 37-57.
- Charles, S., & Carstensen, L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Chen, F., Jing, Y., Hayes, A., & Lee, J. (2013). Two concepts or two approaches? A bifactor analysis of psychological and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1033-1068. doi:10.1007/s10902-012-9367-x
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C... Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's scales of psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 629-643. doi:10.1016/S0191-8869(03)00122-3
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Gerontología social*. Madrid: Piramide.
- Fernández, H. Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010). Preliminary analysis of the psychometric properties of Ryff's scales of psychological well-being in Portuguese adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 1032-1043. doi:10.1017/S1138741600002675
- Fierro, A., & Rando, B. (2007). Escala Eudemon de bienestar personal: Psicométricas. *Anuario de Psicología*, 38(3), 401-412.
- Gutiérrez, L. (2012). La Academia Nacional de Medicina, el envejecimiento y la salud de los mexicanos. En L. Robledo & D. Kershenobich. (Eds.), *Envejecimiento y salud: Una propuesta para un plan de acción 2012* (pp. 17-25) México: Instituto Nacional de Geriatria.
- Gutierrez, M., Tomás, J., Galiana, L., Sancho, P., & Cebria, M. (2013). Predicting life satisfaction of the Angolan elderly: A structural model. *Aging & Mental Health*, 17(1), 94-101. doi:10.1080/13607863.2012.702731
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Huppert, A. (2004). Well-being: Towards an integration of psychology, neurobiology and social science. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1447-1451. doi:10.1098/rstb.2004.1520
- Hyun, C., Ju, S., & Sohyune, S. (2012). Factors influencing the successful aging of older Korean adults. *Contemporary Nurse*, 41(1), 78-87. doi:10.5172/conu.2012.41.1.78
- Kahana, E., Kelley-Moorea, & Kahana, B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16(4), 438-451. doi:10.1080/13607863.2011.644519
- Lehr, U. (1988). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.
- Loera-Malvaez, N., Balcázar-Nava, P., Trejo-González, L., Gurrola-Peña, G., & Bonilla-Muñoz, M. (2008). Adaptación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en adolescentes preuniversitarios. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 41(3-4), 90-97.
- Luo, Y., & Waite, L. (2011). Mistreatment and psychological well-being among older adults: Exploring the role of psychosocial resources and deficits. *Journal of Gerontology Series B*, 66(2), 217-29. doi:10.1093/geronb/gbq096
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E., Meléndez, J. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 101-112.
- Medina-Calvillo, M., Gutiérrez-Hernández, C., & Padrós-Blázquez, F. (2013). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico de Ryff en población mexicana. *Revista de Educación y Desarrollo*, 27, 25-30.
- Meléndez, J., Tomás, J., & Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología*, 27(1), 164-169.

- Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J., Molina, C., & Tomás, J. (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(3), 189-196.
- Reyes-Lagunes, I. L., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera, R. Díaz-Loving, R. Sánchez & I. Reyes-Lagunes (Eds.), *La psicología social en México*, XII (pp. 625- 636). México: AMEPSO.
- Rivera, J. A. G., Quintero-Jiménez, N., Veray-Alicea, J., & Rosario-Rodríguez, A. (2016). Adaptación y validación de la escala de bienestar psicológico de Ryff en una muestra de adultos puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana*, 3(1), 1-14.
- Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, C., Maldonado P., Toledo O., & Quiñones B. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31-43.
- Ruini, C., Ottolini, F., Rafanelli, C., Ryff, C., & Fava, G. (2003). La validazione italiana delle Psychological Well-being Scales (PWB). *Rivista di psichiatria*, 38(3), 117-130.
- Ryan, R., & Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Sánchez-Cánovas, J. (2013). *Escala de bienestar psicológico*. Madrid, España: Tea.
- Tomas, J., Meléndez, J., Oliver, A., Navarro, E., & Zaragoza, G. (2010). Efectos de método en las escalas de Ryff: Un estudio en población de personas mayores. *Psicología*, 31(2), 383-400.
- Triadó, C., Osuna, M. J., Resano, C. S., & Villar, F. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 13(3), 152-162.
- Valenzuela, E. (2015). Bienestar psicológico en una muestra de estudiantes universitarios mexicanos. *PSICUMEX*, 5(2), 4-19.
- Waterman, A. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 678-691. doi:10.1.1.907.5829&rep=rep1&type=pdf
- Zavala, G., Vidal, G., Castro, S., Quiroga, P., & Klassen, P. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. *Ciencia y Enfermería*, 12(2), 53-62.

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER: DIAGRAMA DE RUTA

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS: ROUTE DIAGRAM

Diosalys Anibeth Ruiz Carmona¹

Ronny Alexander Lugo Tremont

UNIVERSIDAD CENTROCCIDENTAL LISANDRO ALVARADO, VENEZUELA

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre factores sociodemográficos y psicológicos con la calidad de vida en pacientes con cáncer; constructo que ha adquirido relevancia debido al aumento de cifras de este padecimiento a nivel mundial. Se midió la calidad de vida, el trastorno de evitación experiencial, la ansiedad y depresión, los valores personales y el nivel socioeconómico en 250 pacientes de 18 a 87 años de la localidad de Barquisimeto, Venezuela; es una investigación no experimental de tipo correlacional, se utilizó un diseño causal a través de la técnica de regresión múltiple. Se obtuvo, a través de coeficientes de regresión de cada variable, aquellas con mayor predicción sobre la calidad de vida fueron la consistencia en valores y la ansiedad; además, el trastorno de evitación experiencial influye a través de la ansiedad, la depresión, la importancia en valores y la consistencia en valores. Por ello, resulta importante considerar dichos factores en el desarrollo de programas de intervención que promuevan la calidad de vida.

Palabras claves: Calidad de vida, ansiedad, depresión, valores personales, trastorno de evitación experiencial.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between sociodemographic and psychological factors in relation to quality of life in cancer patients. This topic is at the forefront of research due to the prevalence of cancer worldwide. Quality of life, experiential avoidance disorder, anxiety and depression, personal values and socioeconomic level were measured in 250 patients, aged 18 to 87 years from Barquisimeto, Venezuela. The study is a non-experimental correlational research and a causal design was used via a multiple regression technique. The data was analyzed and represented regression coefficients of each variable. The highest prediction regarding the quality of life was the consistency in values relating to anxiety. In addition, the experiential avoidance disorder was found to influence anxiety and depression. It is important to consider these factors when developing intervention programs that promote quality of life.

Keywords: Quality of life, anxiety, depression, personal values, experiential avoidance disorder.

Fecha de recepción: 18 de agosto de 2017

Fecha de aceptación: 9 de enero de 2018

¹ Licenciados en Psicología de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Venezuela, Edo. Lara; Decanato Experimental de Humanidades y Artes. Barquisimeto, 3001.

Correo electrónico: Psic.diosalysruiz@gmail.com y Psic.Ronnylugo@gmail.com.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el cáncer ocupó el segundo lugar entre las causas de muertes en el mundo, con 8.2 millones de muertes registradas (Organización Mundial de la Salud, 2014). En Venezuela, la prevalencia del cáncer ha aumentado desde el 2010, donde la morbilidad registrada fue de 22.185 casos para el 2011 (Ministerio Popular para la Salud [MPPS], 2011). De manera que representa 15.41% del total de muertes registradas en el país (MPPS, 2014).

Este aumento de cifras con respecto al cáncer ha hecho necesaria la realización de investigaciones que busquen conocer los factores relacionados con la calidad de vida (CV) de este tipo de pacientes. La CV, ha sido relacionada con variables sociodemográficas como el sexo, la edad y nivel socioeconómico, así como también con la aparición de variables psicológicas como la ansiedad y la depresión (Cruz, Moreno, & Angarita, 2013; Patrón, 2013; Salas & Grisales, 2010).

En lo que respecta a las variables sociodemográficas, Bajuk y Reich (2011) llevaron a cabo un estudio relacionado con la CV en mujeres con cáncer de mama que se encontraban próximas a recibir o habían recibido tratamientos coadyuvantes en diferentes estadios de la enfermedad, a quienes se caracterizó a través del formulario de datos sociodemográficos. Los resultados demostraron que las pacientes obtuvieron bajos niveles de CV en función al nivel socioeconómico. Sin embargo, de acuerdo con la edad no se hallaron diferencias significativas, lo que supone que otros aspectos como el estatus laboral y las fuentes de apoyo social podrían resultar ser factores protectores de la CV de las pacientes con cáncer de mama.

Por otro lado, en cuanto a las variables psicológicas, la depresión y la ansiedad constituyen los factores psicopatológicos que afectan directamente la CV de los pacientes (Mitchell, Meader, & Symonds, 2010). Incluso se ha reportado que los pacientes que padecen cáncer terminal y que presentan ansiedad y depresión, manifiestan síntomas físicos desagradables con mayor frecuencia e intensidad que aquellos quienes no los presentan; por lo que estas variables adquieren relevancia no sólo en la evolución de la enfermedad, sino también en el tratamiento psicológico de la misma (Landa, Pérez, Sánchez, & Covarrubias, 2014).

Galindo, Álvarez, y Alvarado (2013) explican que la ansiedad y la depresión constituyen factores constantes durante el proceso de enfermedad del cáncer, debido a la aparición de los síntomas, el tratamiento y el seguimiento del mismo. Estos autores compararon los niveles de ansiedad y depresión de 49 pacientes con cáncer testicular en tratamiento y 84 en periodo de seguimiento. Según los resultados obtenidos, hubo un 60% con niveles de ansiedad ($t=3.33$; $p=0.00$) y depresión ($t=3.28$; $p=0.00$) que requirieron intervención clínica, resaltando mayores niveles de dichas variables en el grupo de tratamiento en quimioterapia.

Patrón (2013) señala, además, que la presencia de variables psicológicas en pacientes con cáncer refuerza la necesidad de evitar lo que produce malestar, ocasionando limitaciones en diversas áreas vitales que se mantienen a lo largo de la enfermedad. Este modo de respuesta de los eventos asociados a la enfermedad se conoce como trastorno de evitación experiencial (TEE) (Wilson & Luciano, 2014). A pesar de que es esperado que un paciente con cáncer evite los eventos asociados a la enfermedad, el TEE produce una limitación importante en los valores personales que el paciente tenía antes del diagnóstico (Wilson & Luciano, 2014).

Patrón (2013) reconoce al TEE como una dimensión funcional de los trastornos de ansiedad, depresión y psicóticos, en la medida en que la búsqueda del control de los eventos privados disminuye la CV de la persona. Este autor, identificó los niveles de TEE a través del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) en 108 participantes con edad promedio de 25 años, dividida en cuatro grupos (población clínica diagnosticada con trastorno de ansiedad, depresión, psicótico y población no clínica, respectivamente).

Existieron diferencias significativas en los niveles de TEE entre el grupo no clínico y los grupos clínicos ($F=30.2$; $p=0.0005$), así como también entre los grupos de personas con diagnóstico de trastorno psicótico ($M=38.3$; $D.E=11.32$), de ansiedad ($M=47.5$; $D.E=14.5$) y de depresión ($M=47.6$; $D.E=11.8$; $p<0.05$). Sin embargo, entre los grupos clínicos no existieron diferencias significativas para los niveles de TEE.

Cuando este trastorno se vuelve crónico, se produce una limitación importante en los valores personales del individuo (Wilson & Luciano, 2014). En este sentido, Ciarrochi, Fisher y Lane (2010) determinaron la

relación entre los valores considerados importantes en pacientes con cáncer y el estrés asociado a través de 107 pacientes que contestaron las escalas de Funcionamiento de la Terapia de Cáncer (FACT), El Termómetro de Estrés, El Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) y El Cuestionario de Valores Personales (PQV).

El estudio arrojó que mayor éxito en valores estuvo correlacionado con mejor afrontamiento, menores niveles TEE y menor estrés, especialmente en las siguientes categorías: mayor éxito en valores familiares estuvo correlacionada significativamente con mejor bienestar físico ($r=0.35$; $p<0.01$), social/familiar ($r=0.32$; $p<0.01$), emocional ($r=0.50$; $p<0.01$), funcional ($r=0.46$; $p<0.01$) menos estrés ($r=-0.34$; $p<0.01$) y menor TEE ($r=-0.46$; $p<0.01$). Igualmente, a mayor importancia en las actividades de ocio, menor TEE ($r=-0.45$; $p<0.05$), mayor bienestar físico ($r=0.52$; $p<0.01$), emocional ($r=0.45$; $p<0.01$) y menor estrés ($r=-0.43$; $p<0.01$); resaltando, además, que a mayor percepción de salud se presenta menor estrés ($r=0.26$; $p<0.05$).

Adicionalmente, establecieron las diferencias de los valores personales entre hombres y mujeres destacando que, el tener pareja para los hombres se encuentra correlacionado significativamente con menores niveles de TEE ($r=-0.62$; $p<0.01$), mayor bienestar emocional ($r=0.51$; $p<0.05$) y funcional ($r=0.42$; $p<0.05$); mientras que para las mujeres el tener amistades se encuentra correlacionado significativamente con menores niveles de TEE ($r=-0.59$; $p<0.01$), mayor bienestar familiar/social ($r=0.44$; $p<0.01$), emocional ($r=0.46$; $p<0.01$), funcional ($r=0.56$; $p<0.01$) y menor estrés ($r=-0.32$; $p<0.05$).

Es así como se demuestra la necesidad de promover la importancia de los valores personales de aquellos pacientes con diagnóstico médico, en especial el cáncer; ya que el control de las condiciones negativas asociadas a la enfermedad impide el desarrollo de áreas valiosas para la cv de estos pacientes (Wilson & Luciano, 2014).

Por ello, resulta importante el estudio de los constructos psicológicos asociados al cáncer, que permitan determinar la forma en que median e incluso modulan la cv de estos pacientes, desarrollando programas de intervención que abarquen los múltiples factores que convergen en la evolución de la enfermedad y promuevan la cv de estos pacientes (Moreira, Okino, Xavier de França, Geraldo da Costa, & Bezerra, 2014).

Sin embargo, las investigaciones realizadas han estudiado las variables psicológicas y sus efectos sobre la cv de forma aislada; a pesar de que se sabe que la cv implica múltiples factores que deben ser considerados para abordar de manera integral a los pacientes (Reich & Remor, 2011). Es así como se propone un diagrama de ruta general, que permita observar la relación entre las variables descritas y brindar una aproximación explicativa sobre el fenómeno en estudio (Angelucci, 2007).

Es por ello que el presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la influencia de los factores sociodemográficos (tales como la edad, el sexo y el nivel socioeconómico); y psicológicos (tales como la ansiedad y la depresión, el TEE y los valores personales), sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

MÉTODO

Tipo de estudio

El presente estudio se enmarca dentro de las investigaciones no experimentales de tipo correlacional, en las cuales se establecen relaciones entre dos o más variables para conocer su comportamiento entre las mismas (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014; Sullivan, 2009). También se utilizó un diseño causal a través de la técnica de regresión múltiple, que tiene un poder explicativo, a través del estudio de los efectos directos e indirectos de un conjunto de variables observables, estableciendo correlaciones entre las mismas suponiendo posibles efectos causales (Kline, 2005).

Participantes

Se contó con la participación de 250 pacientes con cáncer en la ciudad de Barquisimeto, Edo. Lara, Venezuela; de los cuales 74% fueron mujeres y 26% hombres con edades entre 18 y 87 años ($M=51$ años; $DT=12$), sin diagnóstico de otra enfermedad crónica; con un muestreo no probabilístico de tipo intencional de acuerdo al objetivo de investigación planteado.

Es importante señalar que los aspectos relacionados a la enfermedad, como la clasificación y estadificación del cáncer, el tipo de tratamiento recibido, el tiempo de diagnóstico de cáncer y el pronóstico no representaron criterio de exclusión, a pesar de que, según Arrarás et al. (2013), son aspectos importantes a la hora de contextualizar los resultados arrojados con respecto a

este tipo de pacientes. Sin embargo, debido al contexto socioeconómico y político presentes para el momento del estudio, así como las características de los participantes y los centros de atención, se tomó como único criterio de inclusión que los pacientes fueran mayores de 18 años, con diagnóstico de cáncer, sin la presencia de otra enfermedad crónica.

INSTRUMENTOS

Calidad de vida. Cuestionario de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) en la versión chilena de Irrázaval et al. (2013), cuenta con 30 preguntas tipo Likert, aplicable a todo paciente con cáncer, distribuidos en escalas: funcionales, que miden funcionamiento físico, emocional, de rol, cognitivo y social; síntomas que evalúan, fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea y el impacto económico y una escala de estado global de salud. Este instrumento obtuvo un coeficiente de confiabilidad de $\alpha=0.84$ demostrando una alta consistencia interna; con respecto a la validez del mismo, se realizó un análisis factorial de componentes principales con criterio Kaiser ($\kappa_{MO}=0.87$; Prueba de Bartlett $\chi^2=3671.28$; Sig.=0.000) obteniendo 3 factores que explican 45.35% de la varianza total, siendo el primero correspondiente al Área de Funcionamiento (Autovalor=9.33) que explica el 31.10% de la varianza; el segundo correspondiente al Área de Síntomas (Autovalor=2.39) que explica 7.98% de la misma; y el tercero que corresponde a la Evaluación Global de Salud (Autovalor 1.88) que explica el 6.26 % de la varianza.

Trastorno de evitación experiencial. Medida a través del Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQII) adaptada a la población mexicana por Patrón (2010), consta de 10 ítems que describen diversas afirmaciones con respecto a cómo el individuo reacciona y se comporta ante eventos privados indeseables y qué tanto intenta controlarlos. Respecto a la confiabilidad de este instrumento, se obtuvo un $\alpha=0.79$, considerada con una consistencia interna alta; mientras que la validez, realizada mediante el análisis de componentes principales con criterio de Kaiser ($\kappa_{MO}=0.84$; Prueba de Bartlett

$\chi^2=550.65$; Sig.=0.000), se obtuvo un componente (Autovalor=3.62) que explica el 47.39% de la varianza total.

Valores personales. Medido a través del Cuestionario de Valores (vc) (Wilson & Groom, 2002), este cuestionario estilo Likert cuenta con dos partes con un total de 20 ítems; la primera mide Importancia con 10 dominios; familia, matrimonio/pareja/relaciones íntimas, paternidad, amistad, trabajo, educación, recreación, espiritualidad, ciudadanía y autocuidado físico. Y la segunda parte mide Consistencia con 10 ítems basados en los mismos dominios mencionados. Su confiabilidad fue de $\alpha=0.70$ para la escala de Importancia en Valores y para la escala de Consistencia se obtuvo un coeficiente de $\alpha=0.82$.

Ansiedad y depresión. Medidas a través de la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) adaptada a población colombiana por Rico, Restrepo y Molina (2005) cuenta con dos subescalas de 7 ítems intercalados, con un total de 14 ítems de tipo Likert que mide aspectos psicológicos de la ansiedad y depresión. Para esta escala se obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de $\alpha=0.84$, lo que indica que el instrumento demuestra una consistencia interna alta; con respecto a la estructura factorial de la escala por medio del análisis de componentes principales con rotación varimax con criterio de Kaiser ($\kappa_{MO}=0.86$; Prueba de Bartlett $\chi^2=1098.48$; Sig.=0.000), se obtuvieron dos componentes que explican el 47.60% de la varianza total explicada, donde el primer componente que describe signos asociados a la presencia de ansiedad (Autovalor=4.96) explica el 35.25% de la varianza y el segundo componente que describe signos asociados a la presencia de depresión (Autovalor=1.72) explica 12.34% de la varianza.

Nivel socioeconómico. Medido a través de la escala de Graffar-Méndez Castellano, validada en población venezolana por Méndez y Méndez (1994) permite ubicar a la persona en un estrato, consta de cuatro ítems en forma de afirmación, donde a mayor puntaje, menor es el nivel socioeconómico del sujeto. Para este instrumento se obtuvo un coeficiente de Alfa de Cronbach de $\alpha=0.56$ que, según Garson (2013), se considera aceptable para propósitos exploratorios de alguna característica específica de la muestra. Para estudiar la estructura factorial se realizó un análisis factorial de componentes princi-

pales con criterio Kaiser ($\kappa\text{MO}=0.61$; Prueba de Bartlett $\chi^2=98.84$; Sig.=0.000) en el cual se obtuvo un solo factor con un autovalor de 1.776 que mide la condición socioeconómica, cuya varianza total explicada es de 44.39%.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó la autorización a los centros de atención para pacientes con cáncer para fijar las condiciones de aplicación según las políticas institucionales. Se seleccionaron a los participantes a través de la historia médica según el criterio de inclusión determinado para el estudio. Se procedió a entrar en contacto con los participantes, a quienes se les explicó el objetivo de la investigación y se pidió el consentimiento informado para participar en ella. Seguidamente, se dieron las instrucciones de acuerdo con los protocolos de los instrumentos y se corrigieron tomando en consideración cada protocolo de corrección, tipificándolas en una base de datos a través de los programas Microsoft Excel y SPSS versión 22.

RESULTADOS

Los participantes se encontraron en una media de edad de 51 años, con un nivel socioeconómico bajo. Con respecto al diagnóstico, 89.20% de los pacientes presenta

algún tipo carcinoma, donde el 35.2% fue de mamas, el 18.4% sistema digestivo, el 16.4% cuello uterino; 6.4% pulmón; 6% próstata y testículos; 5.2% para otros tipos en el sistema reproductor femenino; 0.8% para otros tipos; cabeza, piel y riñón. Finalmente, los linfomas tuvieron una representación del 7.2% (hodgkin y no hodgkin), los sarcomas un 2.4% y las leucemias un 1.2%. Con respecto al grado o estadio de cáncer 100 pacientes afirmaron desconocer el grado de su diagnóstico (40% de la muestra), mientras que el 21.2% se ubicaban el grado III, seguido del grado II con un 18.4%, y en menor proporción los grados 0 (2.8%), I (8%), IV (8.4%) y recidiva (1.2%). Sin embargo, no se tuvo acceso a las historias médicas de los pacientes, por lo que no se pudo precisar el tiempo del diagnóstico ni la etapa del tratamiento al momento de la entrevista.

Con respecto a las variables implicadas en el diagrama, los participantes mostraron alta percepción de calidad de vida, con alto funcionamiento y bajas puntuaciones de síntomas, siendo bajos los niveles de ansiedad y depresión, bajas puntuaciones de TEE, y altas puntuaciones en importancia y consistencia en valores (Tabla 1).

Para confirmar el modelo se realizó un diagrama de ruta (ver figura 1), utilizando como estadísticos inferenciales los coeficientes de regresión múltiple, Beta (β). Previo a dicho procedimiento se obtuvo una matriz de correlaciones simples entre variables independientes

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de las variables implicadas en el modelo

	Media	Mediana	Desviación	Varianza	Asimetría (As)	Curtosis (K)	Mín obtenido	Máx obtenido	Alfa de Cronbach
Edad	51.49	52.00	12.23	149.67	-0.08	0.28	18	87	
Nivel Socioeconómico	12.10	12.00	2.52	6.38	-0.14	-0.56	6	18	
CV Funcionamiento	77.80	77.77	14.30	204.69	-0.73	0.75	22	100	0.86
CV Síntomas	20.48	17.94	14.03	196.89	1.31	3.41	0	87.18	0.83
CV escala global	78.00	83.33	20.32	413.20	-0.61	-0.50	16.67	100	0.88
Importancia de Valores	88.37	90	9.94	98.98	-1.73	5.04	38	100	0.70
Consistencia en Valores	79.64	80	13.31	177.25	-0.75	0.96	26	100	0.82
TEE	26.28	25.00	10.85	117.80	0.65	0.16	10	61	0.79
Ansiedad	6.12	6.00	4.185	17.51	0.43	-0.17	0	19	0.82
Depresión	3.46	3	2.997	8.98	1.25	1.84	0	16	0.70

Nota: Los estadísticos descriptivos expuestos en la tabla permiten ubicar a la muestra en un nivel socioeconómico bajo, una alta percepción de calidad de vida, con alto funcionamiento y baja puntuaciones de síntomas físicos, con bajos niveles de ansiedad y depresión y bajas puntuaciones de trastorno experiencial y altas consistencia en importancia y consistencia en valores personales.

que comprobaron los supuestos de multicolinealidad, homocedasticidad, linealidad, análisis de residuos y normalidad. Con respecto a este último las escalas de síntomas de cv, importancia y consistencia en valores y depresión presentan una leve tendencia leptocúrtica cercana a cero; sin embargo, Rondón (2010) menciona que este aspecto es una violación menor del supuesto de normalidad y no repercute en el análisis de regresión múltiple, continuando con la aplicación de la técnica de análisis de ruta (ver figura 1).

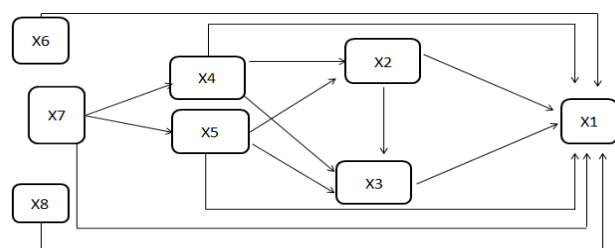


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto. X1: Calidad de vida; X2: Trastorno de evitación experiencial; X3: Valores personales; X4: Ansiedad; X5: Depresión; X6: Edad; X7: Sexo (0=Hombre y 1= Mujer); X8: Nivel socioeconómico.

Luego del análisis de los supuestos estadísticos, se procedió a calcular las relaciones planteadas en el diagrama de ruta propuesto, estimándose los coeficientes estandarizados (Beta) para cada una de las variables predictoras involucradas; donde el análisis se realizó con cada variable endógena y se inició de derecha a izquierda del diagrama, tomando como nivel de significancia $p=0.05$ a través del método Producto Momento de Pearson.

En cada relación planteada, se midió la varianza explicada total (r^2) y el error o varianza no explicada (e), observando el residuo y la medida de variación total de la variable Y, para ver en qué medida es explicada por el modelo de regresión; las mismas varían en grado (de -1.0 a 1.0 pasando por 0; significando 0 ausencia de correlación y 1 o -1 correlación perfecta) y dirección (positiva: aumenta una variable al incrementar la otra; negativa o inversa: el incremento de una variable se relaciona con una disminución de la otra).

De esta forma, en cuanto a cv en su escala de funcionamiento y las variables TEE, importancia y consistencia en valores, ansiedad, depresión, nivel socioeconómico, edad y sexo, se observa una correlación múltiple moderadamente alta ($R=0.720$; R^2 ajustada=0.502, $F=32.396$; $p=0.000$; ver tabla 2), con una varianza total de 50%. Las escalas que mejor predicen son la ansiedad ($\beta=-0.378$, $p=0.001$); consistencia en valores ($\beta=0.367$, $p=0.000$); depresión ($\beta=-0.208$, $p=0.001$); importancia en valores ($\beta=-0.180$, $p=0.004$) y sexo ($\beta=-0.131$, $p=0.005$). Lo que indica que ser hombre, tener bajos niveles de ansiedad y depresión, así como baja importancia en valores, pero una alta consistencia en los mismos, se asocia a un mayor funcionamiento relacionado con cv (ver tabla 3).

En cuanto a la escala de síntomas de calidad de vida y las variables TEE, importancia y consistencia en valores, ansiedad, depresión, nivel socioeconómico, edad y sexo, se obtuvo una correlación múltiple moderadamente alta ($R=0.573$; R^2 ajustada=0.306, $F=14.698$; $p=0.000$; ver tabla 4), con una varianza total de 31%.

Tabla 2
Análisis de regresión de cv escala de funcionamiento

Resumen del modelo ^b										
Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios					Durbin-Watson
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F	
1	0.72 ^a	0.51	0.50	10.094	0.51	32.39	8	241	0.000	1.92

Nota: ^a Predictores: (Constante), Sexo, Nivel socioeconómico, Edad, Importancia en valores, Consistencia en valores, Ansiedad, Depresión, Trastorno de Evitación Experiencial.

^b Variable dependiente: Calidad de Vida escala de Funcionamiento.

Tabla 3
Coefficientes de regresión de cv escala de funcionamiento.

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B.	Error tip.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	78.61	8.34		9.423	0.000	62.18	95.05
Consistencia en valores	0.39	0.07	0.367*	5.243	0.000*	0.24	0.54
Importancia en valores	-0.25	0.08	-0.180*	-2.943	0.004*	-0.43	-0.08
TEE	0.006	0.07	0.005	0.076	0.940	-0.15	0.16
Depresión	-0.99	0.29	-0.208*	-3.352	0.001*	-1.57	-0.40
Ansiedad	-1.29	0.19	-0.378*	-6.608	0.000*	-1.67	-0.90
Nivel Socioeconómico	0.19	0.25	0.034	0.758	0.449	-0.31	0.70
Sexo	-4.27	1.49	-0.131*	-2.861	0.005*	-7.21	-1.33
Edad	0.05	0.05	0.043	0.936	0.350	-0.05	0.15

Nota: Significativo al 0.05 (*).

Tabla 4
Análisis de regresión de CV escala de síntomas

Modelo	R	Resumen del modelo ^b								Durbin-Watson
		R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				Sig. Cambio en F	
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2		
1	0.57 ^a	0.32	0.30	11.692	0.32	14.69	8	241	0.000	2.05

Nota. ^a Predictores: (Constante), sexo, nivel socioeconómico, edad, importancia en valores, Consistencia en valores, ansiedad, depresión, trastorno de evitación experiencial.

^b Variable dependiente: calidad de vida escala de síntomas.

Tabla 5
Coefficientes de regresión de cv en su escala de síntomas

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B.	Error tip.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	34.381	9.664		3.558	0.000	15.344	53.418
Consistencia en valores	-0.232	0.087	-0.220*	-2.663	0.008*	-0.404	-0.060
Importancia en Valores	0.058	0.102	0.041	0.572	0.568	-0.142	0.258
TEE	-0.092	0.092	-0.071	-0.997	0.320	-0.272	0.089
Depresión	1.133	0.343	0.242*	3.305	0.001*	0.458	1.809
Ansiedad	0.988	0.227	0.295*	4.359	0.000*	0.541	1.434
Nivel Socioeconómico	-0.210	0.298	-0.038	-0.706	0.481	-0.797	0.376
Sexo	1.721	1.731	0.054	0.994	0.321	-1.688	5.130
Edad	-0.133	0.062	-0.116*	-2.153	0.032*	-0.254	-0.011

Nota: Significativo al 0.05 (*).

Las variables que predicen son principalmente ansiedad ($\beta=0.295$, $p=0.000$) seguida de depresión ($\beta=0.242$, $p=0.001$), consistencia en valores ($\beta=-0.220$, $p=0.008$) y finalmente edad ($\beta=-0.116$, $p=0.032$). Es decir, menor edad, mayores niveles de ansiedad y depresión y menor consistencia en valores están asociados a una mayor presencia de síntomas físicos, lo que implica una disminución de la CV (ver tabla 5).

Con respecto a la relación entre la escala global de CV y las variables TEE, importancia y consistencia en valores, ansiedad, depresión, nivel socioeconómico, edad y sexo, se obtuvo una correlación múltiple moderadamente alta ($R=0.599$, R^2 ajustada= 0.337 , $F=16.818$; $p=0.000$; ver tabla 6), con una varianza total de 34%. Las escalas que predicen esta relación son consisten-

cia en valores ($\beta=0.370$, $p=0.000$), niveles de ansiedad ($\beta=-0.186$, $p=0.005$), y sexo ($\beta=0.113$, $p=0.034$). Por lo que ser mujer, tener menores niveles de ansiedad y mayor consistencia en valores implica una percepción mayor de CV global (ver tabla 7).

En cuanto a la relación entre la importancia en valores y TEE, ansiedad y depresión, se observa en la tabla 8 un coeficiente de correlación moderado ($R=0.409$, R^2 ajustada= 0.158 , $F=16.520$; $p=0.000$), con una varianza total de 16%. Las escalas que predicen son el TEE, ($\beta=-0.320$, $p=0.000$), la depresión ($\beta=-0.226$, $p=0.003$), y la ansiedad ($\beta=0.166$, $p=0.022$), por lo que presentar menores puntuaciones en estas escalas se asocia con una mayor importancia en valores personales (ver tabla 9).

Tabla 6
Coeficientes de regresión de CV en su escala de global

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B.	Error tip.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	22.491	13.680		1.644	0.101	-4.458	49.439
Consistencia en valores	0.564	0.123	0.370*	4.573	0.000*	0.321	0.808
Importancia en Valores	0.022	0.144	0.011	0.150	0.881	-0.262	0.305
TEE	-0.002	0.130	-0.001	-0.012	0.991	-0.258	0.255
Depresión	-0.880	0.485	-0.130	-1.814	0.071	-1.836	0.076
Ansiedad	-0.905	0,321	-0,186*	-2.821	0.005*	-1.537	-0.273
Nivel Socioeconómico	0.482	0.422	0.060	1.142	0.255	-0.349	1.312
Sexo	5.217	2.450	0.113*	2.130	0.034*	0.392	10.043
Edad	0.147	0.087	0.089	1.688	0.093	-0.025	0.319

Nota: Significativo al 0.05 (*).

Tabla 7
Coeficientes de regresión de CV en su escala de global

Modelo	R	Resumen del modelo ^b				Estadísticas de cambios				Durbin-Watson
		R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F	
1	0.599 ^a	0.358	0.337	16.521	0.358	16.81	8	241	0.000	1.929

Nota: ^a Predictores: (Constante), sexo, nivel socioeconómico, edad, importancia en valores, consistencia en valores, ansiedad, depresión, trastorno de evitación experiencial.

^b Variable dependiente: Calidad de vida escala global.

Tabla 8
Análisis de regresión de importancia en valores, TEE, depresión y ansiedad

Modelo	R	Resumen del modelo ^b			Estadísticas de cambios					Durbin-Watson
		R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F	
1	0.40.9 ^a	0.168	0.158	9.132	0.168	16.520	3	246	0.000	1.939

Nota: ^a Predictores: (Constante), ansiedad, depresión, trastorno de evitación Experiencial

^b Variable dependiente: Importancia en valores

Tabla 9
Coefficientes de regresión de importancia en valores, TEE, depresión y ansiedad

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B.	Error tip.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	96.253	1.534		62.747	0.000	93.232	99.275
TEE	-0.293	0.069	-0.320*	-4.273	0.000*	-0.428	-0.158
Depresión	-0.751	0.247	-0.226*	-3.039	0.003*	-1.238	-0.264
Ansiedad	0.396	0.172	0.166*	2.303	0.022*	0.057	0.734

Nota: Significativo al 0.05 (*).

Tabla 10
Análisis de regresión de consistencia en valores, TEE, depresión y ansiedad

Modelo	R	Resumen del modelo ^b			Estadísticas de cambios					Durbin-Watson
		R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F	
1	0.605 ^a	0.366	0.358	10.667	0.366	47.296	3	246	0.000	1.925

Nota: ^a Predictores: (Constante), ansiedad, depresión, trastorno de evitación experiencial.

^b Variable dependiente: Consistencia en valores.

Tabla 11
Coefficientes de regresión de consistencia en valores, TEE, depresión y ansiedad

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B.	Error tip.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	94.567	1.792		52.774	0.000	91.038	98.097
TEE	-0.290	0.080	-0.236	-3.618	0.000*	-0.448	-0.132
Depresión	-1.776	0.289	-0.400	-6.150	0.000*	-2.345	-1.207
Ansiedad	-0.188	0.201	-0.059	-0.937	0.350	-0.583	0.207

Nota: Significativo al 0.05 (*).

En la relación entre la consistencia en valores y las variables de TEE, ansiedad y depresión, se observa una correlación moderadamente alta ($R=0.605$, R^2 ajustada= 0.358 , $F=47.296$; $p=0.000$; ver tabla 10), con la varianza total de 36%, encontrándose que las variables que predicen es depresión ($\beta=-0.400$, $p=0.000$), segui-

da de TEE, ($\beta=-0.236$, $p=0.003$), por lo que a menores niveles de depresión y TEE, mayor es la consistencia en valores (tabla 11).

Respecto a la relación entre TEE, ansiedad y depresión, se observa una correlación moderadamente alta en la tabla 12 ($R=0.629$, R^2 ajustada= 0.391 , $F=81.005$;

Tabla 12
Análisis de regresión de TEE, depresión y ansiedad

Modelo	R	Resumen del modelo ^b								Durbin-Watson
		R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				Sig. Cambio en F	
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2		
1	0.629 ^a	0.396	0.391	8.469	0.396	81.005	2	247	0.000	2.029

Nota: ^a Predictores: (Constante), ansiedad, depresión.

^b Variable dependiente: Trastorno de evitación experiencial.

Tabla 13
Coefficientes de regresión de TEE, depresión y ansiedad

	Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95% para B	
	B.	Error tip.				Límite inferior	Límite superior
	Beta						
(Constante)	16.180	0.982		16.479	0.000	14.246	18.114
Ansiedad	0.830	0.150	0.320*	5.523	0.000*	0.534	1.126
Depresión	1.449	0.210	0.400*	6.902	0.000*	1.035	1.862

Nota: Significativo al 0.05 (*).

Tabla 14
Coefficientes de regresión de ansiedad y depresión con respecto a las variables sociodemográficas (edad, nivel socioeconómico y sexo)

		Coefficients no estandarizados		Coefficients tipificados	t	Sig.
		B.	Error tip.			
Ansiedad (R^2 ajustada= -0.010 , $F=0.217$; $p=0.884$)	(Constante)	7.445	1.855		4.014	0.000
	Edad	-0.014	0.022	-0.041	-0.639	0.523
	Nivel Socioeconómico	-0.048	0.107	-0.029	-0.453	0.651
	Sexo	-0.019	0.619	-0.002	-0.031	0.975
Depresión (R^2 ajustada= -0.005 , $F=0.560$; $p=0.642$)	(Constante)	3.055	1.325		2.305	0.022
	Edad	0.006	0.016	0.025	0.395	0.693
	Nivel Socioeconómico	0.034	0.076	0.029	0.451	0.652
	Sexo	-0.442	0.442	-0.065	-0.999	0.319

Nota: Significativo al $p < 0.05$ (*). No se encontraron correlaciones significativas con respecto a las variables predictoras (nivel socioeconómico, edad y sexo) por lo que ninguna variable predice la ansiedad y la depresión.

p=0.000), con varianza total de 39%. Las variables que la predicen son la depresión ($\beta=0.400$, $p=0.000$), seguida de la ansiedad ($\beta=0.320$, $p=0.000$), indicando que a mayores niveles de depresión y ansiedad más alto son los niveles de TEE (ver tabla 13).

Para las variables de ansiedad y depresión, se observaron correlaciones bajas y no significativas por lo que ninguna (nivel socioeconómico, edad ni sexo) predice estas dos en particular. La ansiedad explica un 0.10%

de la varianza total (R^2 ajustada=-0.010, $F=0.217$; $p=0.884$) y la depresión explica 0.50% de la varianza total (R^2 ajustada=-0.005, $F=0.560$; $p=0.642$). En la tabla 14 se aprecian los coeficientes de regresión.

De igual forma se puede observar que la variable cv en la escala Funcionamiento se ve influida por ansiedad y de forma indirecta a través de la importancia en valores, así mismo, la variable Consistencia en valores a través de TEE, y ansiedad, además de consistencia en

Tabla 15
Efectos directos, indirectos y totales de las variables implicadas en el modelo

Variable		Efectos		
Dependiente	Independiente	Directo	Indirecto	Total
Funcionamiento	Sexo	-0.131		-0.131
	Ansiedad	-0.378		-0.6199
	<i>Importancia en valores</i>		-0.0299	
	<i>TEE</i>			
	Importancia en valores		-0.1843	
	Consistencia en valores		-0.0277	
	Depresión	-0.208		-0.0462
	<i>Importancia en valores</i>		0.0406	
	<i>Consistencia en valores</i>		-0.1468	
	<i>TEE</i>			
	Importancia en valores		0.2304	
	Consistencia en valores		0.0346	
	Importancia en valores	-0.180		-0.180
Síntoma	Depresión	0.242		0.3507
	<i>Consistencia en valores</i>		0.088	
	<i>TEE</i>			
	Consistencia en valores		0.0207	
	Ansiedad	0.295		0.2784
	<i>TEE</i>			
	Consistencia en valores		-0.0166	
	Consistencia en valores	0.220		0.220
Edad	-0.116		-0.116	
Global	Ansiedad	-0.186		-0.2139
	<i>TEE</i>			
	Consistencia en valores		-0.0279	
	Consistencia en valores	0.370		0.370
	Sexo	0.113		0.113

Nota: Los resultados anteriores nos indican los efectos directos entre las variables propuestas en el modelo; los efectos indirectos son productos de los coeficientes en rutas indirectas entre cada variable. Mediante la utilización de correlación y regresión, con lo cual una variable x puede tener un efecto directo sobre Y, pero un efecto indirecto sobre z. Dichas influencias o efectos se reflejan en los llamados coeficientes de ruta, que en realidad son coeficientes de regresión (Beta).

valores con la influencia de TEE, y depresión. Igualmente, la variable CV en la escala global se encuentra influida por consistencia en valores, y de forma indirecta mediante consistencia en valores a través de TEE y ansiedad, como se muestra en la tabla 15.

DISCUSIÓN

Wilson, Sandoz, Kitchens y Roberts (2010) señalaron que una mayor importancia en valores se encontraba asociada a mayor percepción de CV, sin embargo, según los resultados obtenidos, tener bajos niveles de ansiedad, depresión y baja importancia en valores personales, con una alta consistencia en los mismos, se asocian a mayor CV en la dimensión de funcionamiento, que se puede explicar debido a que la importancia en valores personales opera de acuerdo con funciones motivacionales en la medida en que el sujeto se involucra en las áreas que considera importantes, lo que no implica que sea consistente en dichas áreas (Páez, Gutiérrez, Valdivia, & Luciano, 2006).

Por otro lado, se encontró que, a menor edad, tener mayores niveles de ansiedad y depresión, menor consistencia en valores personales se asocia a una mayor presencia de síntomas físicos que implica una disminución de la CV. Además, ser mujer, tener menores niveles de ansiedad y mayor consistencia en valores personales se asocian a una percepción mayor de CV en la dimensión global.

Particularmente las dimensiones de funcionamiento, síntomas físicos y escala global de CV se encuentran influidas significativamente por la consistencia en valores personales, los niveles de ansiedad y depresión. Esto señala que, tener una mayor consistencia en valores, menores niveles de ansiedad y depresión, está asociado a percibir una mayor CV, es decir, un alto funcionamiento, baja presencia de síntomas físicos asociados al diagnóstico y una alta percepción de estado de salud global, siendo la consistencia en valores una variable mediadora de los niveles de depresión para la escala global de salud de CV, tal como lo exponen Smout, Davies, Burns y Christie (2014).

Con respecto a la importancia en valores, es mayor cuando se encuentra asociada a menores puntuaciones en TEE, ansiedad y depresión; resultados que coinciden

con los establecidos por Wilson et al. (2010). Ahora bien, tener mayores niveles de ansiedad y depresión, se asocia a mayores puntajes en TEE, que como variable mediadora comparte una ruta indirecta a la escala de funcionamiento de CV a través de la importancia en valores; donde, además, mayores puntuaciones en TEE se asocian a una menor consistencia en valores y por consiguiente a una mayor presencia de síntomas físicos relacionados con el diagnóstico de cáncer, tal como lo establecieron Páez, Luciano y Gutiérrez (2007).

A pesar de que se esperaba que, altas puntuaciones en TEE se asociaran a una disminución en la CV percibida por los pacientes, tal como lo establecen Feros, Lane, Ciarrochi y Blackedge (2011), el presente trabajo de investigación no obtuvo correlaciones significativas, por lo que influye en la CV de los pacientes con cáncer en sus distintas dimensiones en la medida en que se relacione con altos niveles de ansiedad y depresión; considerándose una variable mediadora entre los síntomas psicológicos y la CV.

Ahora bien, en cuanto a las variables sociodemográficas, se encontró que a menor edad, tener mayores niveles de ansiedad y depresión y menor consistencia en valores personales, se asocia a una mayor presencia de síntomas físicos relacionados con la enfermedad, implicando una disminución de la CV en los pacientes con cáncer; concordando con González et al. (2009) y Oliveira, De Castro, Silva y Cássia (2013); pero difieren de Bajuk y Reich (2011) donde no se encontraron diferencias significativas entre los rangos de edades de los pacientes.

Con respecto al sexo, se encontró que ser hombre, tener bajos niveles de ansiedad, depresión e importancia en valores personales, con una alta consistencia en los mismos, se asocia a mayor CV en la dimensión de funcionamiento tal como exponen Costa y Ballester (2010) y, en segunda instancia, se encontró que ser mujer, tener menores niveles de ansiedad y mayor consistencia en valores personales se relaciona con una percepción mayor de CV global.

Por último, las variables sociodemográficas, especialmente el nivel socioeconómico, demostraron correlaciones muy bajas y no significativas con respecto a la ansiedad y depresión, aunque Gutiérrez y Alarcón (2008) señalaron que pertenecer a un nivel socioeconómico bajo contribuye como factor de riesgo para

percibir una menor cv; hecho que puede responder a características inherentes a la población en estudio que influyó igualmente en los criterios de selección.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la cv (en sus diferentes dimensiones) de los pacientes con cáncer se encuentra influida por variables psicológicas. Específicamente, ser hombre, tener bajos niveles de ansiedad, depresión e importancia en valores, pero alta consistencia en los mismos se asocia a un mayor funcionamiento; mientras que tener menos edad, altos niveles de ansiedad, depresión y menor consistencia en valores se asocia a mayor presencia de síntomas físicos.

Ser mujer, presentar menores niveles de ansiedad y mayor consistencia en valores implica mayor percep-

ción de cv global. Evidenciándose, entonces, la relevancia de la promoción y potenciación de las variables que tienen una relación directa con la cv, considerando además aquellas variables que tienen una relación indirecta, como la TEE, siendo claves en el abordaje multidisciplinario y biopsicosocial de la salud.

Con respecto al TEE a pesar de no encontrarse asociado directamente con ninguna dimensión de cv, influye indirectamente en la relación con dicha variable a través de su conjunción con la ansiedad, depresión, importancia y consistencia en valores personales, por lo que su consideración resulta importante a la hora de establecer la influencia de dichas variables sobre la cv de los pacientes con cáncer.

De esta forma se obtiene el diagrama de ruta (ver figura 2), el cual concuerda parcialmente con el diagrama de ruta propuesto (ver figura 1). Sin embargo, dichos resultados no pueden ser generalizados a los

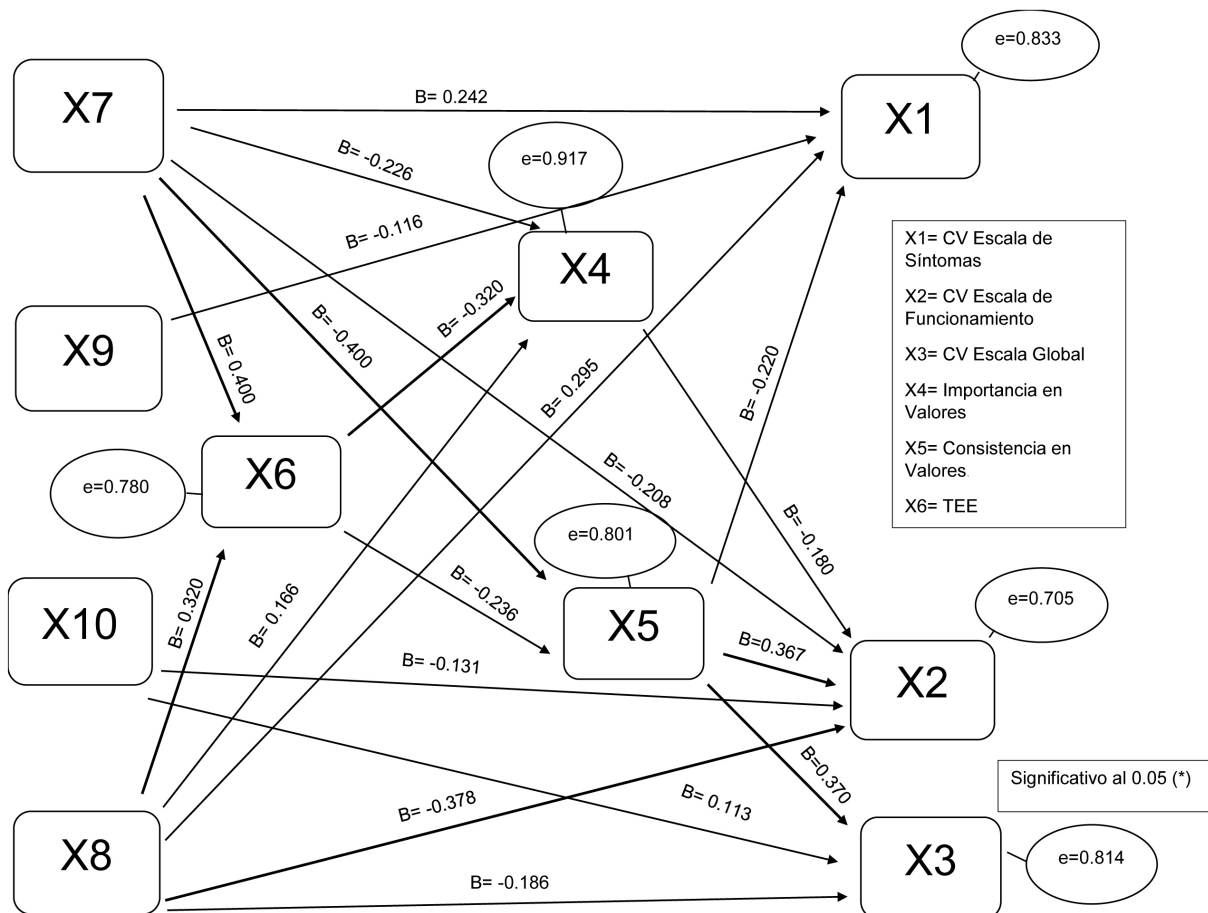


Figura 2
Diagrama de ruta obtenido.

pacientes con cáncer, de acuerdo con los criterios de inclusión antes mencionados; por lo que se recomienda considerar y distribuir de manera uniforme las variables edad, sexo, nivel socioeconómico, tipo y estadificación del cáncer, tipo de tratamiento, tiempo de diagnóstico y pronóstico del mismo que permitan diferenciar la expresión de las variables psicológicas específicas para cada caso, lo que profundizará el conocimiento de la influencia de dichas variables sociodemográfica sobre la cv de los pacientes con cáncer.

REFERENCIAS

- Angelucci, L. (2007). Análisis de ruta: Conceptos Básicos. *Analógicas del Comportamiento*, 9(1), 31-59.
- Arrarás, J., Suárez, J., Arias-de-la-Vega, F., Ibáñez, B., Asin, G., Viudez, A., Zarandona, U., Rico, M., & Hernández, I. (2013). Quality of life assessment by applying EORTC questionnaires to rectal cancer patients after surgery and neoadjuvant and adjuvant treatment. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(5), 255-261. doi: 10.4321/S1130-01082013000500003
- Bajuk, L., & Reich, M. (2011). Calidad de Vida relacionada con la Salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*, 5, 19-30.
- Ciarrochi, J., Fisher, D., & Lane, L. (2010). The link between value motives, values success and well-being among people diagnosed with cáncer. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1184-1192. doi: 10.1002/pon.1832
- Costa, G., & Ballester, R. (2010). Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la calidad de vida y malestar emocional del paciente oncológico. *Psicooncología*, 7(2-3), 453-462.
- Cruz, H., Moreno, J., & Angarita, A. (2013). Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enfermería Global. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería*, 30, 294-303.
- Feros, D., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackedge, J. (2011). Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) para mejorar la calidad de vida de pacientes con cáncer: Un estudio Preliminar. *Psycho-Oncology*, 22(2), 459-464.
- Galindo, O., Álvarez, M., & Alvarado, S. (2013). Ansiedad, depresión y afrontamiento en pacientes con cáncer testicular en tratamiento y periodo de seguimiento. *Psicooncología*, 10(1), 69-78.
- Garson, G. (2013). *Validity and reliability (Statistical associates blue book series 12)*. Carolina del Norte, Estados Unidos: Statistical Associates Publishers.
- González, Y., Jaimes, Y., Leonardi, F., López, M., López, M., Marí, F., Martí, C., Méndez, C., Mendoza, M., Muiños, X., Ornes, A., Rubio, J., Sosa, F., Sánchez, A., & Sardiñas, C. (2009). La edad como determinante en el manejo eficaz del cáncer de colon. *Academia Biomedica Digital*, 40(4), 1-5.
- Gutiérrez, C., & Alarcón, E. (2008). Nivel de pobreza asociado al estadio de gravedad del cáncer ginecológico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(4), 239-243.
- Hernández, R., Fernández, C., & Batista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Irarrázaval, M., Rodríguez, P., Fasce, G., Silva, F., Waintrub, H., Torres, C., Barriga, C., Fritis, M., & Marín, L. (2013). Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(6), 723-734. doi: 10.4067/S0034-98872013000600006
- Kline, R. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Landa, E., Pérez, I., Sánchez, S., & Covarrubias, A. (2014). Ansiedad y Depresión relacionadas con presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal. *Psicología y Salud*, 24, 55-63.
- Méndez, H., & Méndez, M. (1994). *Sociedad y estratificación: Método Graffar-Méndez Castellano*. (1ra ed.). Caracas, Venezuela: Editorial Fundacredesa.
- Ministerio Popular para la Salud. (2011). *Anuario de Morbilidad 2011*. Recuperado de: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=15:anuarios-de-morbilidad&Itemid=915.
- Ministerio Popular para la Salud. (2014). *Anuario de Mortalidad 2012*. Recuperado de: http://www.mpps.gob.ve/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=11:anuarios-de-mortalidad&Itemid=915
- Mitchell, A., Meader, N., & Symonds, P. (2010). Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 335-348. doi: 10.1016/j.jad.2010.01.067

- Moreira, M., Okino, N., Xavier de França, Geraldo da Costa, S., & Bezerra, C. (2014). Health-related quality of life among patients with advanced cancer: An integrative review. *Revista da Escola da Enfermagem da USP*, 48 (2), 315-361. doi: 10.1590/S0080-6234201400002000022
- Oliveira, P., De Castro, C., Silva, A., & Cássia, A. (2013). Comparación de la calidad de vida de portadores de cáncer de pulmón antes y después del tratamiento de quimioterapia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 21, 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe Mundial sobre el Cáncer (IARC)*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Páez, M., Gutiérrez, O., Valdivia, S., & Luciano, C. (2006). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la importancia de los valores personales en el contexto de la terapia psicológica. *International Journal of Psychological Therapy*, 6(1), 1-20.
- Páez, M., Luciano, C., & Gutiérrez, O. (2007). Tratamiento para el afrontamiento del cáncer de mama. Estudio comparativo entre estrategias de aceptación y de control. *Psicooncología*, 4(1), 75-95.
- Patrón, F. (2010). La evitación experiencial y su medición por medio del AAQ-II. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 5(1), 5-19. doi: 10.5460/jbhsi.v5.1.38728
- Patrón, F. (2013). La evitación experiencial como dimensión funcional de los trastornos de depresión, ansiedad y psicóticos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(1), 85-95. doi: 10.5460/jbhsi.v5.1.38728
- Reich, M., & Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Psicooncología*, 8(2-3), 453-471. doi: 10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37892
- Rico, J., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3, 73-86.
- Rondón, J. (2010) *Influencia del tipo de diabetes, estrategias de afrontamiento, sexo y optimismo en el apoyo social*. (Trabajo de Grado de Maestría no publicado). Universidad Simón Bolívar.
- Salas, C., & Grisales, H. (2010). Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(1), 9-18.
- Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164-172. doi: 10.1016/j.jcbs.2014.06.001
- Sullivan, L. (2009). *The SAGE glossary of the social and behavioral sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Wilson, K., & Luciano, M. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): Un Tratamiento conductual orientado en los valores*. (1ra ed.). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Wilson, K., & Groom, J. (2002). *The Valued Living Questionnaire*. Department of Psychology, University of Mississippi, University, MS.
- Wilson, K., Sandoz, E., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The valued living questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *The Psychological Record*, 60, 249-272.

ESTUDIO DEL PAPEL MEDIADOR DEL *ENGAGEMENT* EN EL TRABAJO ENTRE LAS DEMANDAS Y RECURSOS LABORALES

THE STUDY OF THE MEDIATING ROLE OF ENGAGEMENT IN WORK BETWEEN LABOR DEMANDS AND RESOURCES

Carlos Gabriel Colín Flores¹
UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO

RESUMEN

Esta investigación se realizó a 473 vendedores en el canal de venta al detalle en tiendas de la esquina, en la Ciudad de México y su área metropolitana. En el estudio se examinó la relación entre los estresores de rol –sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol–, *engagement* y satisfacción laboral tomando como referencia el modelo de demandas-recursos laborales. Este modelo plantea que las demandas laborales, que para este estudio se perfilan como los estresores de rol, sostienen una relación negativa con la satisfacción laboral y el *engagement*. Asimismo, que éste puede actuar como mediador entre los estresores de rol y la satisfacción laboral. Los resultados de la investigación corroboraron la relación inversa entre los estresores de rol y la satisfacción laboral. Adicionalmente, se identificó la mediación del *engagement* entre los estresores de rol y la satisfacción laboral. Derivado del estudio se planteó que el estrés de rol tiene un papel de demanda obstaculizadora y que, en el trabajo, se ubicó como una demanda desafiante para los colaboradores y su desempeño en el trabajo.

Palabras clave: estrés de rol, *engagement*, satisfacción laboral

ABSTRACT

This research was undertaken with 473 small-scale retailers in Mexico City. In this study we examined the relationship between role stressors (overload, conflict and ambiguity of role), engagement and job satisfaction, taking the model of job demand resources as a reference. This model argues that job demands and role stressors maintain a negative relationship with job satisfaction. It also includes job engagement as a mediator between job stressors and job satisfaction. The results of this study confirmed the inverse relation between role stressors and job satisfaction and moreover the role of the engagement in this relationship. The role stressors were identified as blocking job demand and engagement was seen as a challenging job demand.

Keywords: job stressors, engagement, job satisfaction

Fecha de recepción: 6 de noviembre de 2018

Fecha de aceptación: 19 de marzo de 2019

¹ Universidad Anáhuac México, Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac, Huixquilucan, Estado de México, C.P. 52786.
Correo electrónico: carlos.colin01@gmail.com; carlos_colin01@prodigy.net.mx

INTRODUCCIÓN

En las primeras dos décadas del siglo XXI hemos tenido en el mundo un entorno socioeconómico en constante evolución, ligado a situaciones como la crisis financiera del 2008, los ataques terroristas en diversas partes del mundo, la automatización de las actividades laborales y la posibilidad de trabajar a distancia mediante el uso de la tecnología, entre otros aspectos. Estos eventos han transformado las reglas de convivencia y trabajo, provocando un ambiente laboral donde el cambio es constante, acelerado y cada vez más competitivo. Esta situación ha promovido el incremento de los estresores psicológicos en el trabajo, afectando a los colaboradores de las organizaciones tanto en su motivación para trabajar como en sus resultados (Orgambídez-Ramos, Pérez-Moreno, & Borrego-Alés, 2015; Salanova & Schaufeli, 2008).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) indica que el estrés laboral ha contribuido a que un 20% de las personas en el trabajo padezcan algún tipo de enfermedad mental; en particular la OMS destaca que alrededor de 300 millones de personas padecen depresión y 260 millones ansiedad. Estos trastornos le cuestan a la economía mundial un billón de dólares anuales por pérdida de productividad (OMS, 2017).

En proyecciones de la OMS se indica que en 2020 30% de la población laboral mundial estará afectada por algún tipo de enfermedad mental asociada al estrés –ansiedad y depresión–, provocando un aumento en el costo laboral, que puede subir a seis billones de dólares por año en pérdidas de productividad (Fernández, 2013; OMS, 2017).

En México el 40% de los trabajadores sufren de estrés laboral, lo que significa un total de 21.6 millones de personas de acuerdo con cifras de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, (STPS, 2017) y de éstas el 75% indican que el origen de esta afectación es el entorno laboral. Se estima que la afectación económica derivada del estrés laboral es de 430 mil millones de pesos mexicanos al año (STPS, 2017).

Como puede apreciarse el efecto del estrés laboral es importante, tanto en la cantidad de colaboradores como en los aspectos económicos sobre las organizaciones, por lo que resulta relevante encontrar alguna forma de contenerlo.

Bakker y Demerouti (2013) han propuesto que la actividad en el trabajo puede agruparse en dos partes: demandas laborales que son fuentes potenciales de estrés y recursos laborales, que son las formas en que se pueden afrontar dichas demandas y con ellos reducir o evitar las fuentes de estrés laboral. Esta relación se expresa en el modelo de demandas y recursos laborales.

Orgambídez-Ramos et al., (2015), indican como resultado de sus estudios que, como parte de las demandas laborales formuladas al colaborador, han sido identificados como estresores laborales al conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga del rol. Aspectos que lo impactan negativamente en sus funciones, en sus resultados en el trabajo, en su satisfacción laboral y calidad de vida.

Para afrontar las demandas laborales, Salanova y Schaufeli (2008) indican que el *engagement* laboral puede actuar como un mediador ante los estresores laborales, facilitando el logro de los resultados del colaborador en sus actividades y así contribuir con éste en el cumplimiento de sus metas, su satisfacción laboral y una mejora en su calidad de vida. Además de proveer buenos resultados para la organización en la que trabaja.

Las demandas laborales son características de la organización que requieren un esfuerzo por parte del empleado para ser realizadas y este esfuerzo lleva asociado un costo físico –salud– y/o psicológico –mental o emocional– al momento de su realización que, llevándolo al extremo, puede llegar a afectar al empleado causando desgaste por trabajo o *burnout* (Bakker & Demerouti, 2013; Schaufeli & Bakker, 2004).

Salanova y Schaufeli (2008) indican que el *engagement* laboral es el antídoto positivo del *burnout*, por lo que puede ser visto como un mediador entre las demandas y los recursos laborales, pues aporta efectos positivos en los resultados de la actividad del colaborador y en su satisfacción laboral.

Hay diversos estudios realizados en Europa que han mostrado que el *engagement* en el trabajo actúa como mediador entre las demandas y recursos laborales (Bakker & Demerouti, 2013; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli, Bakker, & Van Reheem, 2009).

Este estudio se realiza para entender si el *engagement* laboral actúa también como mediador entre las demandas y recursos laborales en México. Asimismo,

contribuye a la comprensión del papel mediador que tiene el *engagement* laboral entre los estresores de rol –que se presentan como demandas laborales– y la satisfacción de los colaboradores para una muestra de trabajadores mexicanos.

La estructura de este trabajo está integrada por el marco teórico, el objetivo y justificación de la investigación, las preguntas de investigación e hipótesis, el método de investigación, los instrumentos empleados en el estudio, la presentación de resultados, el análisis de los resultados, las conclusiones, implicaciones prácticas del estudio y la bibliografía utilizada.

MARCO TEÓRICO

El modelo de demandas y recursos laborales toma en cuenta dos procesos. El primero de ellos tiene como premisa que hay presentes altas demandas laborales que agotan a los empleados y como consecuencia se deteriora su salud. El segundo, toma en consideración que hay un proceso de motivación, en el que los recursos con los que cuenta el colaborador le permiten hacer frente eficazmente a las demandas laborales y esto le conduce a obtener resultados positivos, entre ellos el óptimo rendimiento y mejora en la calidad del trabajo, la satisfacción y compromiso laboral (Bakker & Demerouti, 2013; Salanova & Schaufeli, 2008; Valk & Hanon, 2016).

Las demandas laborales son características de la organización que requieren un esfuerzo por parte del colaborador, y que al realizarse traen consigo un costo físico o psicológico. Éstas se clasifican en demandas cuantitativas –sobrecarga laboral, presión temporal, alto ritmo de trabajo y fechas fatales–; mentales –tareas que exigen concentración, precisión, atención y toma de decisiones–; socio-emocionales –mostrar empatía y emociones positivas cuando se siente lo contrario–; físicas –trabajar en situaciones de climas extremos de frío o calor, trabajos de alto esfuerzo físico–; organizacionales –conflicto de rol, ambigüedad de rol, inseguridad en el empleo, fusiones entre empresas–; trabajo-familia o familia-trabajo –trabajo nocturno, cuidados a terceros– (Bakker & Demerouti, 2013; Salanova & Schaufeli, 2008; Valk & Hanon, 2016).

Las demandas laborales no son necesariamente ne-

gativas, aunque pueden convertirse en una fuente de estrés cuando, al tener que afrontarlas, se requiere de un gran esfuerzo del cual el colaborador no se puede recuperar de forma adecuada al realizarlo. Es decir, el balance natural entre esfuerzo y recuperación se rompe, convirtiéndose así en estresores que promueven respuestas psicológicas negativas, que en el caso extremo pueden causar el síndrome de desgaste por trabajo o *burnout* (Bakker & Demerouti, 2013; Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, & Rodríguez-Carvajal, 2011; Osca, 2012; Salanova & Schaufeli, 2008); éste se caracteriza por la disminución de compromiso con la organización, el cinismo, la distancia mental con el trabajo y el bajo desempeño (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Los recursos laborales son consecuencia del puesto de trabajo y éstos son necesarios para hacer frente a las demandas laborales, pero además de esta función son importantes por sí mismos. Entre los recursos laborales se tienen por ejemplo, recursos físicos –equipos de oficina, aire acondicionado, herramientas adecuadas, tecnología adaptada–; de tarea –retroalimentación sobre el desempeño, variedad de tareas, claridad de rol, las oportunidades para el uso de las habilidades, autonomía en el puesto de trabajo–; sociales –apoyo de los colegas, *coaching*, espíritu de equipo, la participación en la toma de decisiones–; de la organización –participación en proyectos retadores, oportunidades de formación, las perspectivas de poder desarrollar una carrera profesional–; trabajo-familia o familia-trabajo –flexibilidad de horario, apoyo por parte de la pareja– (Bakker & Demerouti, 2013; Orgambidez-Ramos, Borrego-Alés, & Mendoza-Sierra, 2014; Salanova & Schaufeli, 2008).

Estos recursos laborales son funcionales para el logro de los objetivos de la organización y la falta o inadecuación de ellos incrementan las demandas laborales, por lo tanto, podrían contribuir indirectamente a la generación de estresores laborales (Bakker & Demerouti, 2013; Salanova & Schaufeli, 2008).

Orgambidez-Ramos et al. (2015) han identificado tres estresores de rol en las demandas laborales que pueden impactar negativamente el desempeño del colaborador. Uno de ellos es la sobrecarga de rol –demanda laboral cuantitativa– los otros dos son el conflicto y ambigüedad de rol –considerados como demandas laborales organizacionales–, que presumen una afectación negativa sobre los resultados del trabajo del

empleado –al igual que a la empresa–, su satisfacción laboral y su calidad de vida.

La sobrecarga laboral o de rol implica, como se ha dicho antes, la presión temporal, un alto ritmo de trabajo y fechas fatales (agresivas) para entregar resultados. Estas situaciones pueden presentarse y afrontarse para eventos particulares por los colaboradores, dando un esfuerzo adicional para conseguir los resultados deseados, por ejemplo, un proyecto, la preparación de una presentación, el lanzamiento de un producto. Sin embargo, después de una situación de presión intensa, lo deseable es contar con periodos de recuperación que liberen el estrés en la persona. Cuando esto no sucede, entonces la sobrecarga se convierte en un estresor de rol para el empleado, que afectará sus resultados en el trabajo y su calidad de vida (Cervoni & Delucia-Waack, 2011; Salanova & Schaufeli, 2008).

El conflicto de rol puede presentarse cuando se formulan al empleado demandas incompatibles o incongruentes entre sí; por ejemplo, cuando un mando intermedio está sometido a exigencias diversas por parte de los directivos, como solicitar el cumplimiento de objetivos estrictos, además de plazos cortos y por otra parte cuando sus subordinados exigen plazos de entrega amplios y que no se les presione. El conflicto de rol en el colaborador está relacionado con su insatisfacción laboral, la disminución de su implicación con el trabajo y el deterioro de su rendimiento, además de que le genera estrés laboral y menor confianza en la organización (Alarcon & Lyons, 2011; Salanova & Schaufeli, 2008).

La ambigüedad de rol se produce cuando el colaborador vive en la incertidumbre, no se sabe qué se espera de él, no tiene configurado con claridad cuál es su rol en la empresa. La ambigüedad de rol se refiere a la situación que vive la persona cuando no tiene suficientes puntos de referencia para desarrollar su labor o bien éstos no son adecuados.

La información sobre el rol debería de tratar sobre el propósito u objetivos de su trabajo, su autoridad, sus responsabilidades, su estilo de relación y comunicación con los demás. Por ejemplo, cuando a una persona se le realiza alguna asignación como integrante de un proyecto y no sabe quién es el líder de éste, quiénes son sus pares o sus subordinados, qué se puede esperar de él en el proyecto y qué tipo de comunicación debe seguir para con los líderes, pares y subordinados (Osca, 2012).

La ambigüedad de rol en el trabajo es una importante fuente de estrés que ha sido relacionada con mayor tensión y descontento en el trabajo, baja autoestima, ansiedad y algunos síntomas de depresión. Además de la intención de dejar el trabajo (Demerouti & Bakker, 2011; Salanova & Schaufeli, 2008).

En situaciones de cambio organizacional, los trabajadores se enfrentan a nuevas demandas laborales y de acuerdo con Garrosa et al. (2011) la sobrecarga, el conflicto y la ambigüedad de rol son tres de los problemas más comunes en estas situaciones y en su conjunto integran lo que se conoce como estrés de rol, por lo que a estos tres conceptos se les identifica como estresores.

Varios estudios muestran que en general los estresores de rol –la sobrecarga, el conflicto y la ambigüedad– se relacionan negativamente con la satisfacción laboral, la implicación y dedicación al trabajo, y positivamente con la ansiedad, la depresión, el *burnout* y trastornos psicósomáticos (Garrosa et al., 2011; Moura, Orgambidez-Ramos, & Gonçalves, 2014; Orgambidez-Ramos et al., 2014).

El estrés de rol puede ser considerado como una demanda laboral asociada al proceso de deterioro de la salud, que afecta negativamente la motivación en el trabajo y a su vez impide potencialmente la eficacia y el cumplimiento de los objetivos del trabajador. Esto puede afectar los sentimientos de placer asociados al trabajo provocando evaluaciones negativas del mismo que llevan a la insatisfacción laboral (Cervoni & Delucia-Waack, 2011; Fernández, 2013).

Frente a la visión del estrés desde la psicología del trabajo y de las organizaciones ha aparecido una perspectiva positiva centrada en la potenciación del bienestar y la motivación de los trabajadores (Seligman, Steen, Park, & Paterson, 2005), surgiendo nuevos conceptos como el *engagement* en el trabajo, que se define como un estado mental positivo asociado al trabajo y caracterizado por altos niveles de vigor, dedicación y absorción (Schaufeli, Salanova, González-Romá, & Bakker, 2002).

El vigor se refiere a los niveles de energía y resistencia mental cuando se trabaja y se encuentra asociado al deseo de invertir esfuerzo en el trabajo incluso cuando aparecen dificultades. La dedicación se asocia con la alta implicación laboral, junto con la manifestación de un sentimiento de significado, entusiasmo, inspira-

ción y orgullo por el trabajo. La absorción se presenta cuando la persona está totalmente concentrada en el trabajo, en la que siente que el tiempo pasa “volando”, experimentando dificultades para desconcentrarse de lo que está haciendo (Salanova & Schaufeli, 2008; Moura et al., 2014).

Saks (2006) indica que el *engagement* en el trabajo está asociado a importantes actitudes laborales como la satisfacción profesional o la baja intención de abandono de la empresa, en vista de que los colaboradores dedicados –en *engagement* o *engaged*– perciben que el trabajo que realizan es importante y muestran un mejor desempeño en sus tareas; éstos valoran de un modo más positivo la función que realizan y experimentan mayores niveles de satisfacción.

En diversos estudios, se han mostrado las relaciones positivas y significativas entre el *engagement* y la satisfacción laboral (Alarcon & Lyons, 2011; Orgambidez-Ramos et al., 2014).

Provocar *engagement* puede funcionar como un factor de contención del estrés, abonar a su satisfacción laboral, ejecución adecuada de sus tareas y el logro de los objetivos organizacionales (Demerouti & Bakker, 2011; Schaufeli & Bakker, 2004).

A raíz de esta óptica, el *engagement* ha sido estudiado especialmente por Bakker y Demerouti (2013) desde el modelo de demandas-recursos laborales y han encontrado que esta sensación tiene un papel como mediador entre los recursos laborales –por ejemplo, en el apoyo organizacional– y los resultados organizacionales –por ejemplo, en la satisfacción laboral–.

El efecto mediador del *engagement* en el modelo de demanda-recursos laborales, ha sido observado en estudios hechos por Demerouti y Bakker (2011) y Bakker y Demerouti (2013) e indican que aspectos como la disponibilidad de autonomía, la retroalimentación, el apoyo social –al interior de la empresa– y las buenas relaciones en el trabajo, amortiguan el efecto negativo de las elevadas demandas laborales sobre el burnout y la insatisfacción laboral. Por lo que podría plantearse que, considerando el *engagement* como un estado psicológico resultado de los recursos organizacionales y personales, podría actuar como una variable mediadora entre las demandas laborales –por ejemplo, estrés de rol– y las actitudes de los empleados –como la satisfacción laboral–.

OBJETIVO Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de esta investigación es evaluar el papel mediador del *engagement* entre el estrés de rol –sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol– y la satisfacción con el trabajo de vendedores de productos de consumo de empresas grandes –como Coca-Cola, Pepsi, Bimbo, entre otras– que venden al canal de tiendas de la esquina. El estudio de esta relación es de gran importancia tanto a nivel teórico para la revisión del modelo de demanda-recursos laborales, como en su aplicación para la gestión de los recursos humanos en una organización. Hay algunas investigaciones en el contexto internacional sobre el efecto del *engagement* sobre las actitudes y el bienestar de los trabajadores (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2007; Orgambidez-Ramos et al., 2015; Trepanier, Fernet, Austin, Forest, & Vallerand, 2014), sin embargo, al momento de escribir este trabajo no se identificaron estudios publicados en México sobre este aspecto, lo que justifica por la importancia del tema y de la falta de estudios en la región, hacer una investigación de este tipo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN E HIPÓTESIS

Las preguntas de investigación para este estudio son las siguientes:

¿El *engagement* tiene una relación positiva con la satisfacción laboral?; ¿el estrés de rol –conflicto, ambigüedad y sobrecarga de rol– tiene una relación negativa con el *engagement*?; ¿el *engagement* puede actuar como mediador entre el estrés de rol y la satisfacción laboral?

Las hipótesis derivadas de las preguntas de investigación son:

- H1: El *engagement* laboral se relaciona positiva y significativamente con la satisfacción en el trabajo.
- H2: El estrés de rol se relaciona negativa y significativamente con el *engagement* laboral.
- H3: El estrés de rol se relaciona negativa y significativamente con la satisfacción en el trabajo.
- H4: La ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol tienen una relación negativa y significativa con el *engagement* en el trabajo.

H5: El *engagement* en el trabajo media la relación entre la ambigüedad, el conflicto, la sobrecarga de rol y la satisfacción con el trabajo.

MÉTODO

El estudio realizado es del tipo *ex post facto*, explicativo para el cual se empleó un muestreo por conveniencia. Los participantes fueron colaboradores del área de ventas de empresas grandes de consumo –por ejemplo, Coca-Cola, Pepsi, Bimbo, Sabritas, entre otras– que atienden establecimientos comerciales con venta al detalle, también conocidas como tiendas de la esquina, que se encuentran ubicadas en la Ciudad de México y su área metropolitana.

Se realizaron encuestas a vendedores, supervisores y gerentes de ventas, en activo, a la salida de los comercios a los que les venden sus productos, con el requisito de que tuvieran como mínimo 3 meses trabajando.

Las encuestas se levantaron mediante el uso de smartphones, en los que se encontraba cargado el cuestionario. Se les informó a los participantes que la encuesta era para una investigación de carácter académico, en la que la información era anónima y voluntaria.

Se contactó a 851 personas, de las cuales, solamente 473 contestaron el cuestionario, por lo que la tasa de respuesta efectiva fue de 56%. El estudio se realizó entre los meses de octubre 2017 y enero del 2018. En la muestra 350 participantes fueron hombres (74%). El promedio de edad fue de 31.7 años (D.E.=7.41), con un mínimo de 21 y un máximo de 45 años. En cuanto a educación el 67% contaban con preparatoria trunca y 24% preparatoria concluida. La antigüedad promedio en la empresa fue de 2.1 años (D.E.= 0.95) y experiencia como vendedor 4.5 años (D.E.= 3.17). El 59% de los vendedores tienen un sueldo solamente por comisión y el 36% es mixto con sueldo fijo y comisión.

INSTRUMENTOS

A continuación, se indican los instrumentos empleados para medir las variables de estudio.

Estrés de rol. Para medir el estrés de rol fue usada la versión en español que fue traducida por Peiró, Meliá,

Torres y Zurriaga (1986) del cuestionario original de estrés de rol de Rizzo, House y Lirtzman (1970).

El cuestionario está compuesto por 17 ítems que se agrupan en 3 dimensiones: sobrecarga de rol (3 ítems), conflicto de rol (8 ítems) y ambigüedad de rol (6 ítems). Ejemplos de los ítems son los siguientes: “no tengo suficiente tiempo para concluir con mi trabajo”; “recibo peticiones incompatibles de dos o más personas en mi trabajo”; “conozco de forma clara cuáles son mis responsabilidades”.

Se les pidió a los participantes que respondieran los ítems utilizando una escala de tipo Likert desde 1= *muy en desacuerdo* a 7= *muy de acuerdo*. Mayores puntuaciones indican mayores niveles de estrés de rol asociados a la sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol.

Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) en este estudio fueron .89 para escala de sobrecarga de rol, .93 para la escala del conflicto de rol y .83 para la ambigüedad de rol.

Engagement. Para evaluarlo se empleó la versión reducida en español de la Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (Schaufeli & Bakker, 2004).

Esta escala consta de 9 ítems, distribuidos en 3 dimensiones: vigor (3 ítems), dedicación (3 ítems) y absorción (3 ítems). Ejemplos de los ítems de la escala son los siguientes: “en mi trabajo me siento lleno de energía”; “estoy entusiasmado con mi trabajo”.

Se les pide a los participantes que respondan a los ítems empleando una escala tipo Likert que va desde 1= *nunca/ninguna vez*, hasta 7= *siempre/todos los días*. Mayores puntuaciones expresan mayores niveles de *engagement* experimentado por los individuos.

La consistencia interna (alfa de Cronbach) fue de .87 en este estudio.

Satisfacción en el trabajo. Para medirla se empleó la escala de 15 ítems Cook, Wall y Warr (1981). A continuación, se muestran ejemplos de los elementos de la escala: “condiciones físicas de trabajo”; “libertad para elegir tu propio método de trabajo”.

Éstos los evalúa el participante de acuerdo con una escala tipo Likert, que califica 1= *muy insatisfecho* y 7= *muy satisfecho*. Mayores puntuaciones expresan mayores niveles de satisfacción en el trabajo.

La consistencia interna se ve reflejada por una alfa de Cronbach de .91 en este estudio.

Todas las escalas están contestadas por autoinforme, por lo que para medir la validez discriminante de

los cinco constructos empleados en el estudio (sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol, *engagement* y satisfacción laboral), se realizó un análisis factorial confirmatorio empleando la versión 19 del software AMOS.

Los resultados de análisis factorial fueron: $\chi^2=2328.87$; CFI=.92; TLI=.90; AIC=81853.36; BIC=87895.91; RMSEA=.05; SRMR=.03

Estos resultados muestran buenos índices de ajuste de acuerdo con las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) y Pérez (2014), lo cual sugiere que las variables pueden ser consideradas como constructos independientes.

RESULTADOS

Se realizó la prueba de un factor para comprobar el posible efecto de la varianza común de las variables y con esto descartar posibles efectos de sobre o subestimación de las variables (Podsakoff, MacKenzie, Lee, & Podsakoff, 2003).

Todos los ítems de las escalas de estrés de rol, *engagement* y satisfacción laboral fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio mediante el método de componentes principales con rotación varimax, forzando en la extracción, la generación de un solo factor, dando como resultado para éste una varianza común de 19.5%, por lo que al parecer no hay un problema de varianza común –si hubiera algún problema de va-

rianza asociada al método, el factor extraído debería explicar el 50% o más de la varianza Podsakoff et al. (2003)– y aunque no puede descartarse totalmente el efecto de varianza común, con los resultados del análisis factorial puede asumirse que aunque éste existiera, parecería no afectar de forma significativa las variables estudiadas.

En la tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos –medias y desviaciones estándar–, además de las correlaciones entre las variables y la fiabilidad de las escalas.

Los análisis de correlación muestran, tal y como se esperaba, que los estresores de rol se relacionan negativamente ($p<.01$) con la satisfacción laboral, presentando valores de correlación de Pearson de -.36, -.27 y -.21 para la sobrecarga, el conflicto y la ambigüedad de rol respectivamente. Por otra parte, las correlaciones de Pearson con el *engagement* en el trabajo son -.53, -.49 y -.37 para la sobrecarga, el conflicto, y la ambigüedad de rol respectivamente ($p<.01$). Por el contrario, mostró una correlación positiva y significativa con la satisfacción laboral de .61 a $p<.01$.

ANÁLISIS DE MEDIACIÓN

Con el propósito de obtener una representación global de las relaciones entre estrés de rol, *engagement* y satisfacción laboral, se ha planteado un modelo de re-

Tabla 1
Estadísticos descriptivos y correlación de las variables de estudio (N=473)

	1	2	3	4	5
1. Engagement	1	-.53**	-.49**	-.37**	.61**
2. Sobrecarga de rol		1	.33**	.25**	-.36**
3. Conflicto de rol			1	.47**	-.27**
4. Ambigüedad de rol				1	-.21**
5. Satisfacción laboral					1
Media	4.15	2.87	2.98	2.79	4.57
Desviación Estándar (D.E.)	1.02	1.23	1.13	1.23	1.15
Alfa de Cronbach	.87	.89	.93	.83	.91

** Coeficiente estadísticamente significativo ($P<.01$)
Fuente: elaboración propia.

laciones en donde la sobrecarga, el conflicto y la ambigüedad de rol son variables exógenas y predictoras, el *engagement* es la variable endógena y mediadora y la satisfacción la variable endógena y resultado.

Siguiendo la recomendación de Hayes (2013), para verificar el papel mediador del *engagement*, es necesario que se produzcan tres condiciones: primero, se debe mostrar que los estresores de rol están relacionados de forma significativa con el *engagement* en el trabajo; segundo, se debe mostrar que está asociado a la satisfacción laboral, y tercero, que la relación significativa entre los estresores de rol y la satisfacción laboral se reduzca si controlamos la influencia del *engagement*.

Este modelo se sometió a la comprobación empírica a partir del análisis de ecuaciones estructurales utilizando el método de análisis de trayectorias con el programa AMOS 19. Se emplearon las recomendaciones de Acock (2013) para realizar un análisis de mediación.

El análisis se realizó mediante dos pasos: primero, el diseño de un modelo sobreidentificado. Segundo, el rediseño del modelo a partir de los coeficientes significativos encontrados en el paso anterior.

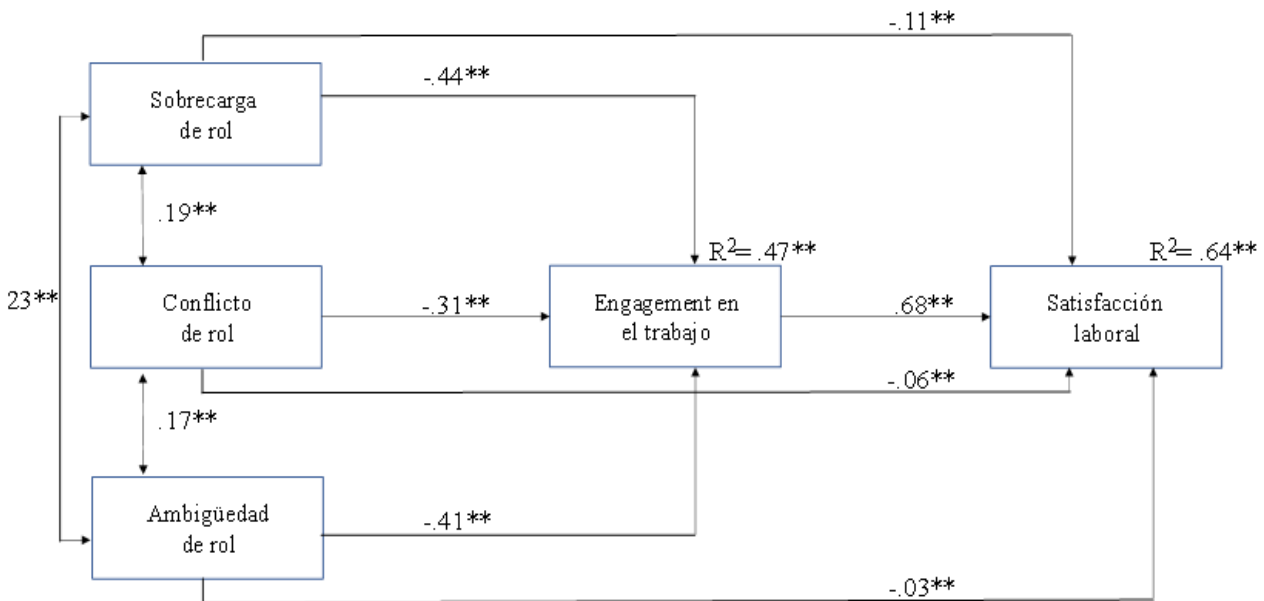
En la figura 1, se muestran los resultados de los coeficientes estandarizados y los niveles de significatividad obtenidos, empleando el método de máxima verosimilitud como procedimiento de estimación de los parámetros, así como los valores de la varianza explicada (R^2) de las variables *engagement* y satisfacción en el trabajo.

El análisis de trayectorias reveló que el ajuste del modelo final fue adecuado $\chi^2=3478.92$; CFI= .91; TLI=.90; AIC=82856.25; BIC= 85847.29; RMSEA= .04; SRMR=.05 y los resultados indican buenos índices de ajuste de acuerdo con las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) y Pérez, (2014).

Se puede observar que la sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol tienen una correlación negativa y significativa ($p<.01$) con el *engagement*, con un mayor peso en la sobrecarga de rol (-.44), frente al conflicto de rol (-.31) y la ambigüedad de rol (-.41). El total de la varianza del *engagement* explicada por la ambigüedad, sobrecarga y conflicto de rol fue de 47%.

Por otra parte, tanto la sobrecarga (-.11), conflicto (-.06) y ambigüedad de rol (-.03) aparecieron como

Figura 1
Resultados del análisis de trayectorias
Coefficientes estandarizados de las variables endógenas (N=473, $p<.01$)



** $P<.01$ (Significancia evaluada mediante corrida de Bootstrap al 99.9% de confianza en AMOS 19)
Fuente: elaboración propia.

predictoras débiles de la satisfacción laboral, mientras que el *engagement* se presentó como un predictor fuerte (0.68) de ésta, todas las variables mostraron niveles estadísticamente significativos ($p < .01$) y en conjunto explicaron el 64% de la varianza de la satisfacción laboral.

ESTRÉS DE ROL-ENGAGEMENT-SATISFACCIÓN LABORAL

Con relación al papel mediador del *engagement*, esta variable medió de manera fuerte, aunque parcial, la influencia entre la sobrecarga, ambigüedad y conflicto de rol sobre la satisfacción laboral. El resultado puede apreciarse en la tabla 2, de la que se puede analizar que del efecto total de la sobrecarga sobre la satisfacción laboral, el 20% (-.11/-.55) fue directo, mientras que el 80% se dio a través del *engagement*. En el conflicto de rol, el efecto directo fue de un 16% (-.06/-.37) y en el caso de la ambigüedad de rol el efecto directo fue del 7% (-.03/-.44).

Después de fijar las rutas de los estresores de rol mediados por el *engagement*, se puede apreciar que la mayor parte del efecto de los estresores de rol sobre la satisfacción laboral fue indirecto, mediados por el *engagement*, sin embargo, una proporción de entre el 7 y 20% fue directo, por lo que la mediación efectuada por el *engagement* sobre los estresores fue fuerte, aunque parcial.

DISCUSIÓN

Los estresores de rol son considerados como uno de los riesgos más importantes en el puesto de trabajo por las implicaciones que tiene sobre el bienestar y la satisfacción de los trabajadores (OMS, 2017; STPS, 2017). A pesar de ello hay pocos estudios que se hayan centrado en comprobar el impacto de los estresores de rol sobre el *engagement* y en identificar si es un mediador de la relación de los estresores de rol y la satisfacción laboral de los trabajadores.

Los resultados de este estudio mostraron que es predictor y se relaciona de forma positiva y estadísticamente significativa ($p < .01$) con la satisfacción laboral, por lo que se confirma la H1. Por otra parte, los estresores de rol también son predictores de la satisfacción laboral y tienen una relación negativa y significativa ($p < .01$) con ésta, lo que permite confirmar H2. A su vez la sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol son predictores del *engagement* y mantienen una relación negativa y significativa ($p < .01$) con éste, lo que confirma la H3. Los resultados obtenidos están en línea con los de otros estudios realizados sobre estresores de rol, *engagement* y satisfacción laboral (Cervoni & Delucia-Waack, 2011; Garrosa et al., 2011; Orgambidez-Ramos et al., 2015).

La relación positiva del *engagement* con la satisfacción laboral muestra que los empleados que se en-

Tabla 2
Coeficientes estandarizados de los efectos directos, indirectos y totales del estrés de rol y *engagement* sobre la satisfacción laboral (N=473)

Resultados	Efecto directo	Efecto indirecto	Z	Efecto Total
Engagement				
Sobrecarga →	-.44**	-	-	-.44**
Conflicto →	-.31**	-	-	-.31**
Ambigüedad →	-.41**	-	-	-.21**
Satisfacción				
Engagement	.68**	-	-	.68**
Sobrecarga → Engagement →	-.11**	-.44**	-7.02	-.55**
Conflicto → Engagement →	-.06**	-.31**	-1.15	-.37**
Ambigüedad → Engagement →	-.03**	-.41**	-4.12	-.44**

** $P < .01$ (Datos obtenidos con la corrida de Bootstrap al 99.9% de confianza)
Fuente: elaboración propia.

cuentran *engaged* –o vinculados– con la organización, están más satisfechos con el trabajo, que aquellos que no lo están, se sienten más motivados, son más leales a la empresa y como consecuencia tienen una menor intención de abandonar la empresa, les provee de un estado mental positivo y de energía que abona a actitudes positivas al trabajo que incrementan la satisfacción de los colaboradores tanto a nivel global, como a nivel intrínseco (Saks, 2006; Simpson, 2009; Trepanier et al., 2014).

Por otra parte, en cuanto a los estresores de rol y su relación negativa o inversa con la satisfacción laboral, los resultados son consistentes con los de otros estudios realizados (Cervoni & Delucia-Waack, 2011; Orgambídez-Ramos et al., 2015).

En los resultados del estudio, la sobrecarga de rol es el estresor que más afecta a la vinculación y a la satisfacción laboral, variable que está asociada a la cantidad de cosas que hacer y el tiempo a emplear para su realización, situación que puede entenderse que afecta al colaborador, por la presión a la que éste se encuentra sujeto por la entrega de resultados en un tiempo limitado.

Por otro lado, la ambigüedad y conflicto de rol son otros estresores organizacionales que afectan tanto al *engagement* como a la satisfacción laboral, debido a que éstos le impiden al trabajador cumplir con sus objetivos y ser eficaz en su trabajo.

La falta de información respecto a las tareas a realizar por el colaborador –proceso o procedimientos a seguir, indicadores de desempeño a medir, esquema de pago, entre otros– y demandas incompatibles –por ejemplo, asumiendo el caso de un vendedor, la atención a los clientes, la realización simultánea de encuestas, ventas, mercadeo en el punto de venta, censos, entre otras–, afectan a los estados mentales positivos y a las actitudes frente al trabajo (Garrosa et al., 2011; Orgambídez-Ramos et al., 2015; Salanova, Martínez, & Llorens, 2012). Esto permite confirmar la H4.

En lo concerniente al papel mediador del *engagement*, en la relación existente entre los estresores de rol –sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol– y la satisfacción laboral, los resultados confirman una mediación fuerte, aunque parcial y por tanto se confirma parcialmente la H5.

Contemplando la mediación que tiene el *engagement* sobre los estresores de rol, estos continúan siendo

predictores débiles, pero estadísticamente significativos de la satisfacción laboral. El efecto directo de los estresores de rol es inferior al indirecto –este último, muestra la mediación del *engagement* sobre la satisfacción laboral– para los tres estresores de rol. En el caso de la sobrecarga de rol tiene un 20% de efecto directo sobre la satisfacción laboral frente a un 80% indirecto mediado por el *engagement* entre la sobrecarga y la satisfacción laboral, en el conflicto de rol un 16% directo, contra un 84% indirecto y en la ambigüedad de rol un 7% directo comparado con un 93% indirecto.

Estos resultados que corresponden a la muestra de vendedores de productos de consumo de empresas grandes que atienden al canal de tiendas de la esquina en México y coinciden con otros estudios efectuados, en los que se ha observado el papel mediador de los recursos laborales entre ellos el *engagement*, los cuales reducen el impacto de las demandas laborales sobre las actitudes laborales y el estrés (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005; Orgambídez-Ramos et al., 2014; Xanthopoulou, Bakker, Demerouti, & Schaufeli, 2009).

En vista de que el modelo de demanda-recursos laborales, indica que determinados recursos laborales –entre los que se encuentran la autonomía, el apoyo social, la retroalimentación y el *engagement*– pueden modificar las percepciones y cogniciones generadas por las demandas, reduciendo así los niveles de tensión y las consecuencias del estrés, por lo que era predecible que produjera mediación entre las demandas laborales y las actitudes de los vendedores.

El hecho de que haya una mediación fuerte –aunque parcial– parece confirmar la existencia de dos tipos de demandas laborales, las demandas obstaculizadoras y las desafiantes, tal y como lo indican Podsakoff, Lepine y Lepine, (2007) y Orgambídez-Ramos et al. (2014).

El estrés de rol y sus componentes –sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol– pueden ser consideradas como demandas laborales obstaculizadoras que impiden el logro de las metas de trabajo, por lo que, puede esperarse que éstas sean relacionadas con la insatisfacción laboral y a su vez con el fenómeno de *burnout* laboral. Por esta razón es que se muestra una relación directa, aunque débil con la satisfacción laboral.

Por otra parte, el *engagement* se relaciona más con las demandas desafiantes –retadoras o estimuladoras–,

produciendo un efecto positivo en la satisfacción laboral. En la investigación se muestra una mediación fuerte, aunque parcial sobre los estresores de rol y aún cuando esta mediación no es total, es importante en magnitud, como puede observarse en el efecto indirecto que tienen los estresores de rol con el *engagement* como mediador. Estas dos rutas distintas –proceso de *burnout* y el proceso de *engagement*–, son precisamente las propuestas del modelo de demandas-recursos laborales (Bakker & Demerouti, 2013), que indica que determinadas demandas se relacionan claramente con el *burnout* –demandas obstaculizadoras conocidas también como *hidrance stressors*–, mientras que otras se asocian al *engagement* –demandas desafiantes o *challenge stressors* (Demerouti & Bakker, 2011).

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación reflejan que los estresores de rol estudiados: sobrecarga, conflicto y ambigüedad de rol, tienen una relación negativa y estadísticamente significativa con la satisfacción laboral. Al ser estas variables predictoras de la satisfacción laboral, esto implica que una reducción de los estresores contribuye a aumentar los niveles de satisfacción laboral en los colaboradores, trayendo consigo todos los beneficios asociados a esto como lo son un mayor compromiso con el trabajo, menor rotación, mejora en la calidad de vida del trabajador y mayor desempeño, en línea con lo indicado por Salanova y Schaufeli (2008) y Bakker y Demerouti (2013).

Derivado de lo anterior puede decirse que los estresores de rol son demandas laborales que cuando están presentes, tienen un efecto negativo u obstaculizador sobre la satisfacción laboral, por lo que pueden ubicarse como obstaculizadores en sintonía con lo que indican Bakker y Demerouti (2013).

Los estresores de rol y el *engagement* presentan una relación similar a lo comentado sobre éstos y la satisfacción laboral. A su vez, dicha vinculación muestra una relación positiva y actúa como variable predictor de la satisfacción laboral. Lo encontrado en este estudio muestra que a mayor *engagement* mayor satisfacción laboral, en coincidencia con lo identificado en el estudio de Orgambidez-Ramos et al. (2014).

Por otra parte, se observó en este trabajo que cuando media el *engagement* entre los estresores de rol y la satisfacción laboral, entonces este provee una mediación fuerte, aunque parcial, que controla entre el 80% y 94% del efecto directo entre las variables estresoras de rol y la satisfacción laboral, por lo que el *engagement* puede aportar una óptica diferente a las demandas laborales y darles un matiz de desafío, más que de obstáculo para el trabajo y con ello contribuir hacia la satisfacción laboral, potenciando las implicaciones positivas de ésta para el colaborador y la empresa. En línea con lo encontrado por Bakker y Demerouti (2013).

Finalmente, en el caso particular de los vendedores participantes en este estudio, estar *engaged*, les aporta una visión positiva que los estimula para afrontar los estresores de rol como un reto que los hace sentirse satisfechos laboralmente, en lugar de ver a los estresores de rol como un obstáculo y de alguna forma tomar la actitud de buscar hacer su trabajo, a pesar de los obstáculos del quehacer diario. Esto alineado a lo que comentan en sus hallazgos Orgambidez-Ramos et al. (2015).

IMPLICACIONES PRÁCTICAS

Derivado de las conclusiones obtenidas, puede sugerirse que las políticas de recursos humanos se centren en la prevención o contención de las demandas obstaculizadoras como son los estresores de rol –sobrecarga, conflicto, ambigüedad de rol– y fomenten el aumento del *engagement* laboral en los vendedores y a su vez en el desarrollo de recursos laborales y personales para realizar las actividades y funciones requeridas para lograr los objetivos de venta y comerciales que tienen asignados.

REFERENCIAS

- Acock, A.C. (2013). *Discovering structural equation modeling using Stata*. Texas, US: Stata Press
- Alarcon, G. M., & Lyons, J. B. (2011). The relationship of engagement and job satisfaction in working samples. *The Journal of Psychology, 145*(5), 463-480. doi:10.1080/00223980.2011.584083

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2013). Job demands-resources model. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 29(3), 107-115. doi:10.5093/tr2013a16
- _____. (2005). Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170-180. doi:10.1037/1076-8998.10.2.170
- Cervoni, A. M., & Delucia-Waack, J. (2011). Role conflict and ambiguity as predictors of job satisfaction in high school counselors. *Journal of School Counseling*, 9(1), 1-30.
- Cook, C., Wall, J. P., & Warr, W. (1981). *The experience of work*. Londres, UK: Academic Press.
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2011). The job demands-resources model: Challenges for future research. *Journal of Industrial Psychology*, 37(2), 1-9. doi:10.4102/sajip.v37i2.974
- Fernández, I. (2013). *Felicidad en el trabajo*. Recuperada de <https://www.youtube.com/watch?v=MlKX6MpWM8E>
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., & Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 479-489. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Londres, UK: The Guilford Press.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55. doi:10.1080/10705519909540118
- Moura, D., Orgambidez-Ramos, A., & Gonçalves, G. (2014). Role stress and work engagement as antecedents of job satisfaction: Results from Portugal. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 291-300. doi:10.5964/ejop.v10i2.714
- OMS. (2017). *Salud mental en el trabajo*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
- Orgambidez-Ramos, A., Pérez-Moreno, & Borrego-Alés, Y. (2015). Estrés de rol y satisfacción laboral: Examinando el papel mediador del engagement en el trabajo. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 31(2), 69-77. doi:10.1016/j.rpto.2015.04.001
- Orgambidez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., & Mendoza-Sierra, M. I. (2014). Role stress and work engagement antecedents of job satisfaction in Spanish workers. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 7(1), 360-372. doi:10.3926/jiem.992
- Osca, A. (2012). Estrés laboral: Modelos explicativos, nuevos riesgos psicosociales y consecuencias. En A. Osca (Ed.), *Psicología de las organizaciones* (pp. 237-265). Madrid, España: UNED y Sanz de Torres.
- Peiró, J. M., Meliá, J. L., Torres, M. A., & Zurriaga, R. (1986). La medida de la experiencia de la ambigüedad en el desempeño de roles. El cuestionario general de ambigüedad de rol en ambientes organizacionales. *Evaluación Psicológica*, 3, 27-53.
- Pérez, C. (2004) *Técnicas de análisis multivariado de datos*. México: Pearson-Prentice Hall.
- Podsakoff, N., Lepine, J. A., & Lepine, M. A. (2007). Differential challenge stressor-hindrance stressor relationships with job attitudes, turnover intentions, turnover and withdrawal behavior: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 92(2), 438-454. doi:10.1037/0021-9010.92.2.438
- Podsakoff, P., MacKenzie, S., Lee, J., & Podsakoff, N. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. doi:10.1037/0021-9010.88.5.879
- Rizzo, J. R., House, R. J., & Lirtzman, S. I. (1970). Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly*, 15(2), 150-163. doi:10.2307/2391486
- Saks, A. M. (2006). Antecedents and consequences of employee engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 21(7), 600-619. doi:10.1108/02683940610690169
- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2008). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Salanova, M., Martínez, I., & Llorens, S. (2012). Success breeds success, specially when self-efficacy is related with an internal attribution of causality. *Estudios de Psicología*, 33(2), 151-165. doi:10.1174/021093912800676420
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationships with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315. doi:10.1002/job.248

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behaviour*, 30(7), 893-917. doi:10.1002/job.595
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., & Bakker, A. B. (2002). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3(1), 71-91. doi:10.1023/A:1015630930326
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. Londres, UK: CRC press.
- Seligman, M., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Simpson, M. R. (2009). Engagement at work: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 1012-1024. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.05.003
- STPS (2017). *Aplica STPS guía de OIT para prevenir estrés laboral y adicciones (boletín 980)*. Recuperado de <https://www.gob.mx/stps/prensa/aplica-stps-guia-de-oit-para-prevenir-estres-laboral-y-adicciones>
- Trepanier, S., Fernet, C., Austin, S., Forest, J., & Valleurand, R. J. (2014). Linking job demands and resources to burnout and work engagement. *Motivation and Emotion*, 38(3), 353-366. doi:10.1007/s11031-013-9384-z
- Valk, R., & Hanon, S. (2016). Engaged and energized in the energy industry: Exploring engagement of rotational assigned through the four fundamental pillars of employee engagement. *Journal of Global Mobility*, 4(3), 345-379. doi:10.1108/JGM-11-2015-0052
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E., & Schaufeli, W. B. (2009). Reciprocal relationships between job resources, personal resources, and work engagement. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 235-244. doi:10.1016/j.jvb.2008.11.003

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DE ATENCIÓN PLENA EN ENFERMAS CRÓNICAS CON SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS

EFFECTIVENESS OF A MINDFULNESS INTERVENTION IN CHRONICALLY ILL FEMALE PATIENTS WITH ANXIETY AND DEPRESSION SYMPTOMS

Rosalía Pilar Bernal Pérez¹

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)

Shoshana Berenzon Gorn

Marcela Tiburcio Sainz

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

RESUMEN

Se evaluó la efectividad de una intervención basada en la atención plena en mujeres con enfermedades crónicas, sintomatología ansiosa y depresiva en el primer nivel de atención. El objetivo de este tipo de intervenciones es desarrollar una atención deliberada a lo que se experimenta en el cuerpo, la mente y las emociones en el momento en que surgen, a manera de fomentar el bienestar. Se midieron 50 mujeres provenientes de dos centros de salud a través de los instrumentos: *PSS*, *HADS* y *MAAS* antes y después de la intervención. Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de los niveles de estrés, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva y un aumento en la atención plena. Se obtuvo una intervención efectiva para el escenario y población propuesta.

Palabras clave: Atención plena, estrés, síntomas ansiosos, síntomas depresivos, enfermas crónicas.

ABSTRACT

This paper assesses the effectiveness of a mindfulness-based intervention in women with chronic diseases, anxiety and depression symptoms in primary health care. The intervention focuses on what is experienced in the body, mind and emotions in the present moment, with an aim of improving overall well-being. Fifty participants from two health centers were evaluated before and after the intervention, using the following instruments: PSS, HADS and MAAS. The results show statistically significant differences in the reduction of stress levels, anxiety symptoms, depression symptoms and an increase in mindfulness. An effective intervention was obtained for the proposed setting and population.

Key words: Mindfulness, stress, anxiety and depressive symptoms, chronically ill.

Fecha de recepción: 9 de agosto de 2018

Fecha de aceptación: 5 de marzo de 2019

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Av Universidad 3000, Cd. Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México. Correo electrónico: pilar18_24@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas tales como los padecimientos cardíacos, las enfermedades respiratorias y la diabetes son las principales causas de mortalidad en el mundo, responsables del 63% de las muertes anuales (OMS, 2014). En el caso concreto de las mujeres, la hipertensión es un factor de riesgo responsable del 18% de las muertes en mujeres mayores de 20 años, del 8% para la diabetes y del 7% para el sobrepeso (WHO, 2009).

Los padecimientos crónicos se han asociado con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva (Hervás, Cebolla, & Soler, 2016), la cual puede contribuir a la presencia de una discapacidad significativa al producirse un efecto de sinergia entre los padecimientos mentales y físicos (Scott et al., 2009; Sharpe & Curran, 2006; Stein, Cox, Afifi, Belik, & Sareen, 2006).

La prevalencia de la sintomatología ansiosa y depresiva se encuentra presente entre un 20 y 35% en el primer nivel de atención (Bojorquez, Villalobos, Manrique, Tellez, & Salinas, 2009; Familiar, Borges, Orozco, & Medina-Mora, 2011) y debido a que se asocia a un nivel de discapacidad, las personas acuden con frecuencia a los servicios médicos (Barlow & Campbell, 2000; Bojorquez et al., 2009; Mikaliūkštienė et al., 2014).

En México es común que estos síntomas no se identifiquen por diversas razones, entre ellas, la falta de programas enfocados al diagnóstico temprano e identificación de los síntomas o la limitada capacitación en temas de salud mental que recibe el personal de salud en este nivel de atención (Berenzon et al., 2014). Las intervenciones que se han desarrollado se han enfocado en poblaciones clínicas que acuden a niveles especializados de atención con una evolución importante del problema (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar, & Sánchez-Sosa, 2005; Sánchez, Velasco, Rodríguez, & Baranda, 2006; Villamil et al., 2017).

Actualmente el Programa de Reducción de Estrés basado en la atención plena ha demostrado su efectividad en contextos de atención primaria (De Vibe et al., 2015; Goyal et al., 2014; Hervás et al., 2016) para atender diversos padecimientos como los crónico-degenerativos (Bohlmeijer, Prengera, Taala, & Cuijpers, 2010; Cherkin et al., 2016; Quintana & Rincón, 2011); así como para reducir la sintomatología de estrés, ansiedad o depresión (Hoffman, Sawyer, Witt, & Oh, 2010;

Strauss, Cavanagh, Oliver, & Pettman, 2014; Vøllestad, Sivertsen, & Nielsen, 2011).

El programa se apoya en el supuesto de que factores mentales y emocionales pueden tener un efecto significativo en la salud del individuo (Kabat-Zinn, 2011). Uno de los puntos principales es la reevaluación que las personas hacen acerca de situaciones que las estresan y rebasan, de manera que puedan disminuir el grado de amenaza percibido. Lo anterior se logra a partir de una observación atenta del cuerpo, de las emociones, de los pensamientos y de las conductas.

Uno de los propósitos de la intervención es enseñar a las personas a notar reacciones automáticas y profundamente arraigadas, y cómo éstas, lejos de aportarles un beneficio, sólo alimentan la sensación de amenaza y malestar. La intervención también fomenta un sentido de integración, es decir, lleva a la persona a experimentar directamente la interrelación de sus pensamientos, emociones y conductas. De manera que esta integración se ve reflejada en aspectos de su vida cotidiana. Todo ello mediante el desarrollo de la atención plena (Carmody, 2009).

Entre las características más importantes de la intervención resaltan: 1) Propiciar que sean las personas mismas quienes autogestionen su bienestar a través de contactar sus recursos internos sin depender de nadie y 2) Mostrar que existe una manera accesible para sentirse bien, sin costo y que pueden hacerlo en el momento y lugar que lo requieran (Demarzo et al., 2015).

La mayoría de los resultados de la intervención provienen de estudios realizados en países con poblaciones caucásicas, de un nivel educativo medio y con acceso a servicios de salud (Demarzo et al., 2015; Goyal et al., 2014; Grossman, Nieman, Schmidt, & Walach 2004; Hoffman et al., 2010). En México, la población que acude al primer nivel de atención tiene características distintas a las mencionadas. Generalmente son mujeres con un nivel socio-económico y educativo bajo que se enfrentan a una serie de barreras para acceder a los servicios de salud mental (Galván, Saavedra, Bartolo, & Berenzon, 2017).

Surge, entonces, el interés de evaluar si un programa basado en la atención plena es efectivo en una muestra de participantes con características distintas a las que se reportan en la mayoría de los estudios publicados.

Dado lo anterior, el objetivo del presente artículo es evaluar la efectividad de una intervención basada en la atención plena en una muestra de mujeres con enfermedades crónicas y presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Método

Se utilizó un diseño cuasi experimental pre-test post-test de un solo grupo (Kerlinger & Lee, 2002).

El estudio se realizó en dos fases: 1) La adaptación de la intervención (ver tabla 1) y 2) La evaluación de la efectividad. En este documento únicamente se presentan los datos de la fase 2.

Escenario

Dos centros de salud de primer nivel de atención pertenecientes a la misma alcaldía de la Ciudad de México

están localizados en zonas de mediana y alta marginalidad. Atienden principalmente a personas que no cuentan con algún tipo de seguridad social, ambos contaban con las condiciones mínimas necesarias para llevar a cabo la intervención: un espacio físico, mobiliario y equipo.

Participantes

Una muestra no probabilística por conveniencia de dos centros de salud de la Ciudad de México con una *n* inicial de 50 mujeres.

Las mujeres pertenecían a un grupo de pacientes con alguna enfermedad crónica, con el objetivo de monitorear el manejo y tratamiento médico de la enfermedad. Eran mujeres con una media de edad de 59 años. En cuanto a su estado civil, el 70% de ellas vivía en pareja y el 30% sin pareja. La mayoría tenía un nivel bajo de escolaridad, 35% solamente había cursado la

Tabla 1
Fase 1 del estudio correspondiente a la adaptación de la intervención

Objetivo	Método y procedimiento	Resultados
Adaptar los materiales, contenidos, lenguaje y cuestionario de la intervención (MAAS)	Estudio no experimental, transversal (n=18).	
	Se modificó el lenguaje y los contenidos.	La versión final de la intervención fue de 8 sesiones, se eliminó el tema de la alimentación y se amplió el tema de las relaciones interpersonales.
	Se evaluó la comprensión, aceptación y usabilidad del contenido a través de cuestionarios autoaplicables.	
	Se realizó una validación de los contenidos de las sesiones a través de expertos en el tema.	Se eliminó el uso de metáforas complejas. Las sesiones se impartían cada 2 semanas y su duración fue de 1 hora y 30 minutos.
	Se adaptaron y grabaron los audios guía de las meditaciones.	
	Se elaboró un manual del usuario y del terapeuta, respectivamente, con base en las modificaciones.	Se generó el material necesario: audios, cuaderno de tareas y una versión final de ambos manuales.
	Se seleccionaron los instrumentos psicométricos de medición.	
	Se tradujo, adaptó y validó psicométricamente el <i>Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)</i> a la población de interés.	Se obtuvo la validez y confiabilidad del MAAS (alfa de Cronbach=.88, una varianza explicada del 43%) y una estructura factorial de 3 factores. La versión final constó de 13 reactivos.

primaria; 27% la secundaria. Con respecto a la ocupación, el 70% de las mujeres no trabajaba y se dedicaban al hogar, el resto trabajaba como obrera o comerciante.

En cuanto a la distribución por tipo de padecimiento, el 23% tenía diabetes mellitus tipo 2, el 23% tenía hipertensión, el 15% presentaba obesidad y el 7% tenía algún otro padecimiento, como problemas óseos.

De las 50 mujeres que iniciaron la intervención, 22 no la concluyeron. Los motivos que mencionaron para no asistir, fueron: *a)* Falta de tiempo; *b)* Tener que atender a algún familiar enfermo o de edad avanzada (madre o suegros); *c)* Presentar algún problema de salud que les impedía el desplazamiento constante al centro de salud.

Instrumentos

Los datos fueron recolectados a través de tres escalas al inicio y término de la intervención. A continuación se muestran las escalas:

Perceived Stress Scale (PSS) (Cohen, Kamarak, & Mermelstein, 1983). Adaptada a una muestra mexicana (González & Landero, 2006). Coeficiente de confiabilidad de 0.83 y una validez convergente con un coeficiente de correlación de 0.553. El punto de corte establecido para el estudio fue > 21 puntos.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Se utilizó una versión validada en población mexicana (López-Alvarenga et al., 2002). Son 14 reactivos, 7 para evaluar síntomas ansiosos y 7 para síntomas depresivos. Las respuestas son tipo Likert de 4 opciones. Presenta un alfa de *Cronbach* de .86 y coeficiente de correlación de .94. el punto de corte establecido para el estudio fue = 0 >7 puntos para síntomas de ansiedad y = 0 >6 para síntomas de depresión.

Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) (Brown & Ryan, 2003). Escala de autoreporte de 15 reactivos. Escala tipo Likert de 6 opciones de respuesta. Su validación en población mexicana fue parte de la adaptación de la intervención. Quedó conformada por 13 reactivos, con una confiabilidad de 0.88 y una validez de constructo de 43% del total de la varianza explicada.

Procedimiento

Se estableció el contacto con las participantes mediante los trabajadores sociales de los centros de salud. Se realizó una primera sesión introductoria y de evaluación. Se expuso el objetivo, la estructura y la dinámica de la intervención, así como su duración. Se les informó que la intervención formaba parte de una investigación de posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Se les explicó el consentimiento informado, y una vez que lo firmaron, se aplicaron los instrumentos de evaluación de la medición previa a la intervención. Al inicio de ésta se les entregó a las participantes un folder que contenía un calendario con las fechas de las sesiones, el manual del usuario, un disco con las meditaciones grabadas para practicar en casa y un gafete para identificarlas. Se inició la intervención que, por las condiciones del centro de salud, se impartió quincenalmente de manera grupal, con una duración de hora y media. Las actividades de cada sesión se centraban en el tema correspondiente. Las ocho sesiones tenían en común los ejercicios de meditación, la exposición del tema y la retroalimentación (ver tabla 2). Se asignaron ejercicios para reforzar en casa la práctica de la atención plena. La intervención duró cuatro meses y al finalizar las ocho sesiones, se aplicaron nuevamente los instrumentos de evaluación.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (número de comité IRB00006105). Las participantes firmaron el consentimiento informado, el cual incluyó la exposición de riesgos y beneficios de participar en la intervención, el derecho a retirarse de ella sin ninguna consecuencia negativa y la confidencialidad de la información proporcionada.

Análisis estadístico

Para el análisis de los datos se utilizó el software SPSS versión 22. Se empleó estadística exploratoria para conocer la normalidad de los datos con la prueba Shapiro-Wilk, estadística descriptiva, que consistió en las frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar, tanto de los datos socio-demográficos como de las variables del estudio. Se realizó una prueba *T de Student* de grupos relacionados para comparar al grupo antes y después de la intervención. Los resultados se muestran a continuación.

Tabla 2

Características principales de las ocho sesiones del programa de reducción de estrés basado en la atención plena

Sesión	Descripción
No. 1	Bienvenida al programa. Introducción a la práctica meditativa y la atención plena. Introducción a la práctica del escáner corporal y de la respiración. Las 8 actitudes cultivar en la atención plena.
No. 2	Exploración de las pautas habituales de pensamiento. Práctica del escáner corporal y de la respiración. La influencia de las ideas y prejuicios sobre la manera en que las personas se relacionan con su entorno y con ellas mismas.
No. 3	Introducción a la práctica de yoga. El cuerpo como vehículo para estar atento al momento presente.
No. 4	Exploración acerca de qué es el estrés, cómo opera, sus consecuencias y el papel que juega en la reactividad de las personas. El efecto del estrés a nivel del sistema nervioso. Práctica del yoga y la respiración.
No. 5	Exploración de las ventajas de responder al estrés en lugar de reaccionar a él, generando respuestas eficaces en pro del bienestar. Indagación en la manera de reconciliarse con emociones o situaciones desagradables a través de la práctica de la atención plena. Práctica meditativa en posición sentada.
No. 6	Reconocimiento y amor hacia sí mismos para fomentar la aceptación y afrontamiento eficaz de las emociones y situaciones aflictivas de la vida. Práctica meditativa en posición sentada. Práctica meditativa de la bondad como herramienta para trabajar con el miedo.
No. 7	Énfasis del papel de la atención plena en las relaciones interpersonales para propiciar relaciones más sanas y armoniosas con los demás. Cualidades para desarrollar la atención plena en la relación con los demás. Práctica meditativa a elección personal.
No. 8	Conclusión del programa con énfasis en la práctica de la atención plena en la vida cotidiana. Énfasis en continuar la práctica de la atención plena para incorporarla como una forma de vida. Plan de acción para continuar con la práctica de la atención plena.

Resultados

La tabla 3 muestra la comparación de las variables del estudio. A través de una prueba *T de Student* para dos muestra relacionadas, se evaluó si hubo cambios en las variables de estrés percibido, síntomas ansiosos, síntomas depresivos y la atención plena al finalizar la intervención.

Como se observa en la tabla 3, en las cuatro variables del estudio se presentaron cambios estadísticamente significativos. En la variable de estrés percibido se observa una media de $\chi=26.39$ puntos (antes de la intervención), lo que equivale a una percepción moderada de estrés, misma que se redujo a $\chi=22.75$ (después de la intervención). Este puntaje corresponde cualita-

Tabla 3
Comparación de medias de los puntajes de cada variable antes y después de la intervención

	Grupo experimental (n=28)		T	GI	P
	PRE M (DE)	POST M (DE)			
Estrés percibido	26.39 (6.27)	22.75 (7.96)	2.81	27	.009*
Síntomas ansiosos	10.32 (3.65)	7.96 (3.61)	4.19	27	.000**
Síntomas depresivos	7.57 (3.73)	6.28 (3.63)	2.73	27	.011*
Atención plena	46.50 (14.99)	53.85 (14.62)	-3.23	27	.003*

*P < .05 **P < .001

tivamente haber transitado de un nivel moderado de estrés a un nivel leve.

Para las variables de síntomas ansiosos y depresivos, también se observa una disminución en el puntaje promedio de ambas. En el caso de los síntomas de ansiedad, el puntaje medio disminuyó de $\chi=10.32$ al inicio de la intervención, a uno de $\chi=7.96$ al finalizarla, mostrando una diferencia estadísticamente significativa menor a $\alpha .001$. Para los síntomas de depresión la disminución fue baja (de $\chi=7.57$ a $\chi=6.28$). Por otro lado, el puntaje promedio de atención plena aumentó de $\chi=46.50$ al inicio a $\chi=53.85$ al finalizar la intervención.

Finalmente se calculó el tamaño del efecto (TE) para evaluar el tamaño de los cambios presentados. En la variable de estrés percibido, el TE presentó una d de Cohen=.46 ($r=.25$), para los síntomas de ansiedad se obtuvo una d de Cohen=.65 ($r=.31$) y para los síntomas de depresión, una d de Cohen=.35 ($r=.17$). De acuerdo con Goyal et al., (2014), dichos tamaños del efecto se consideran de bajos a moderados y son similares a los observados en tratamiento farmacológico.

Como lo demuestran los resultados, todas las variables dependientes resultaron con cambios estadísticamente significativos antes y después de la intervención. Los síntomas de depresión fueron los que presentaron puntajes promedio más bajos tanto al inicio como al final de la intervención. Por otro lado, la variable que muestra un nivel de significancia mayor es la sintomatología ansiosa. Del mismo modo, se corrobora un aumento en la capacidad de atención plena.

Discusión

Las investigaciones realizadas en primer nivel son escasas comparadas con niveles especializados (Dermazo et al., 2015) por lo que los resultados de este estudio constituyen uno de los intentos en México por conocer los alcances de este tipo de intervenciones para tratar la salud mental. El estudio se enfocó en enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión, mismas que son altamente prevalentes entre la población mexicana femenina (Rojas et al., 2018).

Uno de los aspectos más importantes a destacar en este estudio es, además del escenario, el tipo de población con la que se trabajó. Un grupo de mujeres con una enfermedad crónica, baja escolaridad y bajos recursos económicos. Condiciones que son muy disímiles a las características sociodemográficas promedio de las muestras reportadas en otros estudios (Demarzo et al., 2015; Goyal et al., 2014; Grossman et al., 2004; Hoffman et al., 2010; Toneatto & Nguyen, 2007). Donde generalmente se interviene a una población con un nivel educativo medio, con recursos y acceso a atención en salud y con mayores ingresos. Lo que hace notar que aun bajo condiciones adversas, estas mujeres aprendieron estrategias de autoregulación para el manejo de su estrés y síntomas relacionados, beneficiándose del trabajo realizado en la intervención, al igual que lo reportado en distintos países con una población mayoritariamente de mujeres (Dermazo et al. 2015). Esto es particularmente relevante si se consideran las barreras para la atención en salud

mental que existen actualmente en México (Galván et al., 2017).

Las participantes que concluyeron la intervención mencionaron haber sentido una mejoría visible en su estado de ánimo, se sentían motivadas a asistir, les agradaba y les ayudaba los temas abordados en las sesiones de manera que podía manejar de mejor manera algún problema cotidiano.

De acuerdo con Goyal et al., (2014), tanto el estrés como la sintomatología ansiosa y depresiva se consideran distintos componentes del afecto negativo. Los autores mencionan que, a través una intervención basada en la atención plena, se propicia una mejoría de dicho afecto negativo. Así lo demuestran los resultados obtenidos en este estudio: una disminución moderada de los síntomas de estrés, ansiedad y depresión como uno de los principales efectos de la intervención, evidencia que es similar a los encontrado por otros estudios (Hoffman et al., 2010; Strauss et al., 2014; Vøllestad et al., 2011).

Se observó un aumento en la atención plena, tal y como se ha reportado en otros estudios (Bohlmeijer et al., 2010; Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Quintan & Rincón, 2011). El aumento en la capacidad de estar atentos, tanto de manera focal como integral, es uno de los objetivos principales de intervenciones de este tipo (Bishop et al., 2004; Carmody, 2009), pues es a partir de la observación atenta que se logra una reperiencia de la experiencia.

El tamaño del efecto encontrado en este estudio para el estrés percibido y la sintomatología ansiosa fue moderado, para la sintomatología depresiva fue bajo, lo cual es similar a lo reportado en otros estudios (Bohlmeijer et al., 2010; Demarzo et al., 2015; Goyal et al., 2014). Esto puede atribuirse a que, dado que es un primer estudio, aún requiere afianzarse elementos metodológicos a fin de asegurar un mayor tamaño del efecto y también a que la investigación de la intervención en el primer nivel de atención aún se encuentra en desarrollo (Demarzo et al., 2015).

Esta intervención representa un recurso útil para una población mexicana donde los servicios de salud mental son escasos (Berenzon et al., 2014; Galván et al., 2017) y los que existen se encuentran saturados o son poco adecuados para la población (Goyal et al., 2014). Es una intervención autodirigida, de bajo costo y de

fácil acceso que le devuelve el poder a las personas de ser ellas mismas quienes gestionen su bienestar.

Conclusión

Una intervención basada en la atención plena en el primer nivel de atención resultó efectiva en un grupo de mujeres con alguna enfermedad crónica y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Ello, a pesar de las restricciones educativas y económicas de las participantes, así como de las limitaciones del acceso a servicios de salud mental.

Limitaciones y sugerencias

Debido a que los datos aquí presentados pertenecen a un primer estudio, existen algunos elementos a considerar como parte de las limitaciones de los resultados. El primero de ellos tiene que ver con el sesgo muestral o de selección. La manera en que se asignaron las participantes a la intervención fue intencional y no aleatoria debido a las condiciones del contexto, por lo que se recomienda realizar una asignación aleatoria para otros estudios. La segunda limitación se relaciona con la falta de un grupo control equivalente a manera de establecer comparaciones en el efecto de la intervención entre los grupos. La inclusión de un dicho grupo sería recomendable en futuros estudios. Finalmente se requiere de una evaluación que considere mayor rigor metodológico que permita resultados más precisos y robustos.

Agradecimientos

Las autoras expresamos nuestro reconocimiento a la Secretaría de Salud del Distrito Federal y en especial a las personas entrevistadas que compartieron sus experiencias para hacer posible este trabajo.

Nota

¹ La Ciudad de México se divide, para su gestión política y geográfica, en lo que se denomina 'alcaldías'. Son un total de 16 y cada una cuenta con sus propios servicios en salud.

Referencias

Barlow, D., & Campbell, L. (2000). Mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2), 55-60. doi:10.1016/S0010-440X(00)80009-7

- Berenzon, S. B., Galván, J., Saavedra, N., Bernal, P., Mellor-Crummey, L., & Tiburcio, M. (2014). Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México. Un estudio cualitativo. *Salud Mental, 37*(4), 313-319.
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Bohlmeijer, E., Prengera, R., Taala, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 68*, 539-544. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.10.005
- Bojorquez, I., Villalobos, V., Manrique, B., Tellez, M., & Salinas, A. (2009). Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: Prevalence and associated factors. *Panamerican American Journal of Public Health, 26*(1), 70-76.
- Brown, K., & Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(4), 822-48. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry, 18*, 211-237. doi:10.1080/10478400701598298
- Carmody, J. (2009). Evolving conceptions of mindfulness in clinical settings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*(3), 270-280. doi:10.1891/0889-8391.23.3.270
- Cherkin, D., Sherman, K., Balderson, B., Cook, A., Anderson, M., Hawkes, R., & Turner, J. (2016). Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA, 315*, 1240-1249. doi:10.1001/jama.2016.2323
- Cohen, S., Kamarak, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. doi:10.2307/2136404
- De Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friberg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., & Bjørndal, A. (2015). Does personality moderate the effects of mindfulness training for medical and psychology students? *Mindfulness, 6*(2), 281-289. doi:10.1007/s12671-013-0258-y
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta, E., Mahtani, K, Velling, A., Vicens, C., López-del-Hoyo, Y., & García-Campayo, J. (2015). The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: A meta-analytic review. *Annals of Family Medicine 13*(6), 573-583. doi:10.1370/afm.1863
- Familiar, I., Borges, G., Orozco, R., & Medina-Mora, M. E. (2011). Mexican migration experiences to the US and risk for anxiety and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders, 130*(1-2), 83-91. doi:10.1016/j.jad.2010.09.025
- Galván, J., Saavedra, N., Bartolo, F., & Berenzon, Sh., (2017). Perceptions of Mexican women regarding barriers in mental Health Services in primary care. *BMC Women's Health, 17*(70), 1-6. doi:10.1186/s12905-017-0423-x
- González, M., & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (pss) in a sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology, 10*(1), 199-206. doi:10.1017/S1138741600006466
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E., Gould, N., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., & Ranasinghe, P. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine, 174*(3), 357-368. doi:10.1001/jamainternmed.2013.13018
- Grossman, P., Nieman, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(1), 35-43. doi:10.1016/S0022-3999(03)00573-7
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: Estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud, 27*(3), 115-124. doi:10.1016/j.clysa.2016.09.002
- Hoffman, S., Sawyer, A., Witt, A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183. doi:10.1037/a0018555
- Kabat-Zinn, J. (2011). *Vivir con plenitud las crisis*. Barcelona, España: Kairós.

- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Mc Graw Hill.
- López-Alveranga, J., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A., González-Barranco, J., & Salin-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Mikaliūkštienė, A., Žagminas, K., Juozulynas, A., Narkauskaitė, L., Šalyga, J., Jankauskienė, K., Stukas, R., & Šurkienė, G. (2014). Prevalence and determinants of anxiety and depression symptoms in patients with type 2 diabetes in Lithuania. *Medical Science Monitor*, 20, 182-190. doi:10.12659/MSM.890019
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Recuperado de <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
- Quintana, M., & Rincón, M. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y Salud*, 22(1), 51-67.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez-Sosa, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Rojas, R., Basto, A., Aguilar, C., Zarate, E., Villalpando, S., & Barrientos, T. (2018). Prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en México. *Salud Pública de México*, 60(3), 224-232.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R., & Baranda, J. (2006). Eficacia cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546.
- Scott, K., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E., Fayyad, J., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Gasquet, O., Gureje, J., Haro, J. M., He, Y., Kessler, R. C., Levunson, D., Medina Mora, M. E., Oakley Browne, M., Ormel, J., Posada-Villa, J., Watanabe, M., & Williams, D. (2009). Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: Results from the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 39(1), 33-43. doi:10.1017/S0033291708003188
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine*, 62(5), 1153-1166. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.010
- Stein, M., Cox, B., Afifi, T., Belik, S., & Sareen, J. (2006). Does co-morbid depressive illness magnify the impact of chronic physical illness: A population-based perspective. *Psychological Medicine*, 36, 587-596.
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., & Pettman, D. (2014). Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(4), e96110. doi:10.1371/journal.pone.0096110
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 260-266. doi:10.1177/070674370705200409
- Villamil, V., Vargas, B., Caraveo, J., González, J., Díaz, A., Cortés, & Pérez, M. (2017). Glucose and cholesterol stabilization in patients with type 2 diabetes mellitus with depressive and anxiety symptoms by problem-solving therapy in primary care centers in Mexico City. *Primary Health Care Research and Development*, 19(1), 1-9. doi:10.1017/S1463423617000512
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281-288. doi:10.1016/j.brat.2011.01.007
- World Health Organization [WHO] (2009). *Women and health. Today's evidence tomorrow's agenda* (WHO Report). Geneva, Switzerland: WHO.
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-70. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

INDICADORES DE FIABILIDAD DE LA ESCALA DE HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS HUMANISTAS EHPH EN PSICOTERAPEUTAS DE CIUDAD JUÁREZ

RELIABILITY INDICATORS OF HUMANISTIC PSYCHOTHERAPEUTIC SKILLS SCALE EHPH IN PSYCHOTHERAPISTS OF CIUDAD JUAREZ

Jorge Ramón Lozano Martínez¹

Alberto Castro Valles

María Elena Vidaña Gaytán

María Nieves González Valles

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE CIUDAD JUÁREZ

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue diseñar y conocer la fiabilidad de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas (EHPH), la cual alcanzó un alpha de Cronbach de $\alpha = .865$. Participaron 51 psicoterapeutas de Ciudad Juárez con estudios de posgrado y al menos un año de práctica. Se identificaron seis factores asociados a las fases del “Ciclo de la Experiencia” de la Psicoterapia Gestalt y se agruparon en cinco subescalas: Darse Cuenta, Autodeterminación, Acción, Contacto y Asimilación. El 84% de los participantes resultó con habilidades psicoterapéuticas adecuadas y 16% medianas. En el Darse Cuenta 65% con habilidades adecuadas, 33% medianas y 2% inadecuadas; en la Autodeterminación 96%, Contacto y Acción 94% con habilidades adecuadas; y en la Asimilación 57% habilidades adecuadas, 41% medianas y 2% inadecuadas. Se espera que la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas (EHPH) pueda ser utilizada en procesos de formación y supervisión de psicoterapeutas como guía para desarrollar habilidades psicoterapéuticas.

Palabras clave: Fiabilidad, habilidades psicoterapéuticas humanistas, psicoterapeutas, Ciudad Juárez, ciclo de la experiencia.

ABSTRACT

The objective of the present study was to find reliability indicators of the Humanistic Psychotherapeutic Skills Scale (EHPH), which reached an alpha of Cronbach of $\alpha = .865$. 51 amongst psychotherapists from Ciudad Juarez. Six factors associated with the phases of the “Cycle of Experience” of Gestalt Psychotherapy were identified and grouped into five subscales: awareness, self-determination, action, contact and assimilation. Eighty-four percent of the participants showed adequate psychotherapeutic skills, whilst 16% showed medium skills. Results indicated that in terms of awareness 65% had adequate skills, 33% had medium skills and 2% had inadequate skills; 96% displayed self-determination, 94% showed adequate skills

Fecha de recepción: 17 de abril de 2018

Fecha de aceptación: 19 de marzo 2019

¹ Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, Av. del Charro 450, Partido Romero, 32310 Cd. Juárez, Chihuahua, México.
Correo electrónico: jorge.lozano@uacj.mx

in contact and action; and in terms of assimilation 57% showed adequate skills, 41% showed medium skills and 2% showed inadequate skills. The study shows that the Humanistic Psychotherapeutic Skills Scale (EHPH) can be used in the training and supervision process of psychotherapists as a guide to developing psychotherapeutic skills.

Keywords: Reliability, humanistic psychotherapeutic skills, psychotherapists, Ciudad Juárez, cycle of experience.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha puesto un especial énfasis en determinar la eficiencia en los tratamientos de la salud mental, así como la mejora continua en la calidad del servicio que se ofrece. Por lo general, el enfoque particular del psicoterapeuta es su efectividad, es decir, que sus pacientes reporten mejoría en los síntomas asociados a su motivo de consulta. Más para el mundo científico y los gobiernos el interés se centra en la eficacia de los tratamientos empleados, tener evidencias de cómo tratar un padecimiento y contrastar los resultados con diferentes enfoques psicoterapéuticos para determinar cuáles son más eficientes (Bados, García, & Fusté, 2002; Case, 2011; Ferro & Vives, 2004; OMS, 2003, 2005; Paredes-Rivera, 2016).

El interés en común entre psicoterapeutas, gobierno, instituciones y comunidad es brindar el mejor servicio posible que reduzca los síntomas y aumente la calidad de vida de los pacientes con un impacto positivo a nivel personal y comunitario. Los resultados que se obtienen no dependen únicamente del procedimiento empleado, también influyen el paciente y su contexto, su personalidad, la complejidad de su padecimiento y la disposición al tratamiento, la alianza psicoterapéutica, la personalidad del psicoterapeuta, su actitud y nivel de experiencia, así como sus habilidades para realizar un trabajo psicoterapéutico (Winkler, Cáceres, Fernández, & Sanhueza, 1989). Aunque las habilidades del psicoterapeuta no son lo único que define la calidad en el servicio de la salud mental, sí influyen significativamente en los resultados (Bados & García, 2011; Marinho, Caballo, & Silveira, 2003; OMS, 2003; SS, 2014).

Una habilidad es la capacidad para ejecutar algo con destreza (RAE, 2019) y su desarrollo requiere de conocimiento sobre el tema y de práctica constante (Watson & Tharp como se citó en Marinho et. al., 2003). Como habilidades psicoterapéuticas podemos entender las acciones que realiza un psicoterapeuta con el propósito de mejorar la salud mental de sus pacientes (Bados et.

al., 2002). El desarrollo de estas habilidades inicia en la etapa formativa de especialización en psicología clínica o psicoterapia y que en México sólo se obtiene al cursar un posgrado (Sánchez-Sosa, 2012).

Según datos de un programa educativo de Maestría en psicoterapia humanista de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en entrevistas con administradores, se identificó que existen 85 egresados de este posgrado inscrito en el padrón nacional de posgrados de calidad Conacyt y que en el seguimiento de egresados el 80% se encuentra ejerciendo actividades de psicoterapia con enfoque humanista. El uso de instrumentos de evaluación sobre las habilidades que se requieren para la labor psicoterapéutica sirve de guía para mantener y aumentar la eficacia del psicoterapeuta. Permite obtener retroalimentación valiosa para identificar las habilidades ya adquiridas y afianzarlas, así como elaborar estrategias de mejora para las que no han sido aún desarrolladas tanto a nivel individual como colectivo (institucional o académico). Además, son un argumento para promover una práctica profesional ética sustentada en la capacitación constante y la mejora continua. Estos instrumentos pueden ser empleados por alumnos, maestros y supervisores durante la formación académica, así como en procesos de auto-observación o supervisión institucional e incluso de manera informal entre pares, pero sí de forma comprometida.

ESTADO DEL ARTE

Existe poca literatura sobre la evaluación de habilidades psicoterapéuticas humanistas, así como de cualquier otro enfoque. Sin embargo, últimamente ha crecido el interés en investigar y hacer aportaciones documentadas sobre este tema. A continuación, se presentan algunos de estos estudios.

El Instituto Gestalt de Cleveland utiliza un cuestionario de autoanálisis para que los psicoterapeutas en formación identifiquen sus competencias, así como su estilo particular para realizar psicoterapia. Nevis define

12 habilidades características del enfoque gestáltico: 1) expresión clara, precisa, concisa y directa; 2) enfoque en el presente, “aquí y ahora”; 3) sensibilidad sensorial y consciencia corporal; 4) consciencia emocional y su expresión adecuada; 5) distinguir entre fenómenos observados de interpretación; 6) consciencia de las propias intenciones y claridad para expresarlas; 7) consciencia y respeto del momento existencial del paciente; 8) confianza en el *continuum* del proceso y alianza psicoterapéutica; 9) versatilidad para mostrar firmeza o suavidad de acuerdo a la situación; 10) respetar y resolver situaciones emocionales con el paciente; 11) ser atractivo sin pretender ser carismático; y 12) consciencia de la creatividad y trascendencia de su trabajo. El cuestionario describe diversas acciones asociadas a habilidades para que el psicoterapeuta en formación identifique si las utiliza o no en su práctica (Castanedo, 1999).

Marinho et al. (2003) mencionan que las habilidades del enfoque Cognitivo-Conductual se basan en la escucha y la demostración de comprensión para establecer una relación terapéutica competente. Estas son: actitud de respeto y aceptación; mantener la atención en el paciente; empatizar; presentar elementos corporales apropiados; elementos paralingüísticos adecuados; realizar preguntas abiertas; parafrasear; reflejar sentimientos; mostrar comprensión del contexto; y manejar conductas de escape/evitación del paciente. Los autores enfatizan que la capacitación en este enfoque ha priorizado el aprendizaje de técnicas y no el desarrollo de las habilidades mencionadas; y que el desarrollo de éstas permite mejorar la eficiencia en la práctica.

El curso de formación básica de psicoterapeutas -previo a la especialización en posgrado de cualquier enfoque- utilizado por Beitman y Yue (2004) consiste en el desarrollo de habilidades de: 1) escucha; 2) intenciones y respuestas verbales del psicoterapeuta; 3) alianza psicoterapéutica; 4) razonamiento inductivo para determinar causas disfuncionales de acuerdo al enfoque psicoterapéutico utilizado; y 5) estrategias de cambio. El entrenamiento se realiza por fases para ir afianzando gradualmente las habilidades anteriores. Utilizan diversos formularios autoaplicados tanto por el psicoterapeuta como por el paciente, al inicio, durante y posterior al curso de formación. Estos formularios son de tipo *Likert*, preguntas guiadas para responder de

forma abierta-cualitativa o de acuerdo con listados de respuestas clasificadas.

Casas (2011) realizó una tesis llamada *Técnicas expresivas: Su integración en las prácticas profesionales de los psicólogos egresados de la Universidad de la República*. Su objetivo fue describir el uso de técnicas expresivas en el desempeño profesional de psicólogos egresados entre 1985 y 2000 de la Universidad de la República de Montevideo, Uruguay. El marco teórico que dio soporte a su estudio fue la creación-expresión desde las perspectivas del psicoanálisis, la teoría jungiana, la terapia Gestalt y el conductismo. Aplicó una mezcla de metodología cuantitativa-cualitativa de tipo exploratorio descriptivo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a especialistas además de la aplicación de un cuestionario a una muestra intencional no probabilística para recabar información primaria. A partir de los resultados obtenidos fue posible elaborar un perfil de las prácticas, tipo de formación y ubicación laboral de los psicólogos que usan técnicas expresivas. Concluye que el empleo adecuado de técnicas expresivas sin importar el enfoque psicoterapéutico puede responder a la demanda de atención de salud mental en la comunidad.

En el artículo “Habilidades Terapéuticas”, Bados y García (2011) afirman que el logro de los objetivos psicoterapéuticos no reside en la aplicación de técnicas sino en la creatividad y la sensibilidad para aplicarlas. Para tener acceso a éstas se requiere de: 1) actitudes básicas de relación como la escucha activa, empatía, aceptación incondicional y autenticidad; 2) características básicas de la relación como la cordialidad, competencia técnica, confianza, atracción y grado de directividad; 3) habilidad de escucha en la comunicación como lo es clarificar, parafrasear, reflejar y sintetizar; 4) habilidades de expresión en la comunicación entre las que se encuentran preguntar, confrontar, interpretar e informar; 5) habilidades para entrevistar; 6) adaptación de la intervención a la personalidad del paciente para definir problemas, comunicar información, motivación y expectativas, considerar las variables demográficas del paciente, el tipo de problema y enfermedades o déficits físicos que lo incapaciten; 7) equilibrar la relación; 8) manejar dificultades en el proceso; y 9) elaborar estrategias para mejorar las intervenciones.

Case (2011) elaboró un prototipo con las características ideales de un proceso psicoterapéutico con enfo-

que Gestalt utilizando un Proceso de Psicoterapia Q-Set (PQS) con un grupo de expertos en psicoterapia Gestalt. Se incluyen comportamientos del terapeuta, del paciente y de interacción entre éstos. El prototipo se puede utilizar como base para definir las habilidades psicoterapéuticas propias de enfoque gestáltico. Entre los comportamientos del psicoterapeuta con enfoque gestáltico se incluyen: 1) aceptar sin prejuicios a su paciente; 2) sensibilidad, empatía y sintonía con los sentimientos del paciente; 3) apoyar al paciente; 4) comunicarse de forma clara y coherente; 5) percibir de manera precisa el proceso psicoterapéutico; 6) evidenciar el comportamiento no verbal; 7) identificar los patrones conductuales recurrentes; 8) comentar los cambios de estado emocional; 9) evidenciar los sentimientos que el paciente considera inaceptables; 10) centrarse en la relación presente; 11) asociar el tipo de relación que se da en el proceso psicoterapéutico con otras relaciones; 12) dar importancia a las relaciones interpersonales; 13) enfatizar sentimientos que se presenten en el proceso; 14) ofrecer diferentes perspectivas a las experiencias o eventos del paciente; 15) alentar a nuevas formas de comportamiento; 16) reafirmar, reformular y aclarar la comunicación; 17) explorar sueños y/o fantasías; 18) priorizar el presente; 19) centrarse en el diálogo.

Fogarty (2015) presentó avances sobre la construcción de la Escala de Fidelidad de la Terapia Gestalt, la cual es el tema central de su investigación de tesis doctoral. Emplea el método Delphi para obtener un consenso de expertos sobre los comportamientos del psicoterapeuta con formación en Gestalt. Es una escala que identifica el uso o no uso de 20 comportamientos característicos de este enfoque. Puede ser autoaplicada y/o aplicarse por otros observadores para establecer un contraste de perspectivas. Incluye una pregunta más para identificar factores inusuales que determinen la no pertinencia del uso de terapia Gestalt en el proceso. En este consenso los expertos determinaron que el objetivo central del enfoque gestáltico es el “darse cuenta” (consciencia inmediata) y el “darse cuenta del darse cuenta” (consciencia reflexiva) mediante la práctica de 7 conceptos básicos: 1) relación dialogal; 2) trabajar en el “aquí y ahora”; 3) práctica fenomenológica; 4) trabajar la consciencia corporal; 5) práctica sensible al campo (organismo-entorno); 6) trabajar con el proceso de contacto; y 7) uso de una actitud experimental.

Las anteriores aportaciones se enfocan en determinar cuáles son las habilidades psicoterapéuticas que pueden contribuir a prácticas eficientes, sin embargo no alcanzan a proponer un instrumento que las evalúe. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Se podrá contar con un instrumento de evaluación de habilidades psicoterapéuticas humanistas fiable como guía para la formación y supervisión de psicoterapeutas que posibilite la mejora continua de su servicio?

EL PARADIGMA HUMANISTA

La psicoterapia humanista promueve el desarrollo del potencial humano para que los pacientes se responsabilicen de su vida, libre de dependencias. En contraste, en las psicoterapias con enfoque psicodinámico o conductista se depende del psicoterapeuta para eliminar patologías. La psicología humanista es simultáneamente un movimiento tanto teórico como social que prioriza las experiencias de los seres humanos, sus valores y propósitos, así como sus significados, además de promover el desarrollo personal y el cambio (Castanedo & Mungía, 2011).

Ciclo de Autorregulación Organísmica

Los principios teóricos de la psicoterapia Gestalt son la Teoría de la Gestalt (que incluye las Teorías de Figura y Fondo, del Círculo de la Forma, del Aprendizaje, y de Campo), el holismo cuerpo-mente-ambiente, la autorregulación organísmica y la Teoría Paradójica del Cambio (Perls, Hefferline, & Goodman, 2003; Taragano, 1974; Yontef, 1995). Su metodología se basa en promover la autorregulación organísmica mediante un diálogo existencial que integra el Darse Cuenta, el análisis fenomenológico y la Teoría Paradójica del Cambio de Beisser (Yontef, 1995).

Nuestro método consiste, por lo tanto, en lo siguiente: mostrar que, en las condiciones en las que el observador tiene la experiencia, éste debe mantener su opinión y, después, mediante el empleo de la consciencia inmediata en estas condiciones restrictivas, facilitamos que surja (en él y en nosotros mismos) un juicio mejor... (Perls et al., 2003, p. 26). La finalidad del tratamiento no es resolver la mayoría de los complejos o liberar ciertos reflejos, sino llegar a un punto tal en la técnica de la consciencia inmediata de sí mismo que el paciente pueda

continuar sin ayuda... la curación sólo puede venir de uno mismo (en el entorno) (Perls et al., 2003, p. 32).

El objetivo central de la psicoterapia Gestalt es “darse cuenta” (*awareness*) como estructura y como proceso (Fogarty, Bhar, Theiler, & O’Shea, 2016; Perls, 1975; Perls et al., 2003; Yontef, 1995).

El darse cuenta es el proceso de estar en contacto alerta con el evento más importante del campo individuo/ambiente, con total apoyo senso-motor, emocional, cognitivo y energético. Un continuo e ininterrumpido *continuum* del darse cuenta lleva a un “¡Ajá!”, la captura inmediata de la unidad obvia de elementos dispares en el campo. Así, se crean totalidades nuevas y significativas. Darse cuenta es en sí mismo una integración del problema (Yontef, 1995, p. 191-192). El “darse cuenta” *per se* –por y de sí mismo– puede ser curativo. Porque con un *awareness* pleno uno se da cuenta de esta autorregulación orgánica, uno puede permitir que el organismo se haga cargo sin interferir, sin interrumpir, podemos fiarnos de la sabiduría del organismo. Todo está basado en el darse cuenta. El darse cuenta es la única base de conocimiento, de la comunicación... (Perls, 1974, p. 28 & 56).

El análisis fenomenológico se emplea para explorar el proceso de “darse cuenta” (Perls, 1975; Yontef, 1995), y comprender cómo se está en una situación dada, basándose en lo obvio o lo que revela la situación (incluyendo el organismo y el ambiente) más que lo que el psicoterapeuta como observador pudiera interpretar. Una exploración fenomenológica implica describir detallada y claramente lo que es, y no lo que debería o podría ser, ni lo que fue o será (Yontef, 1995). La Teoría Paradójica del Cambio establece que: “El cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es” (Beisser como se citó en Fagan & Sheperd, 1973, p. 82). Al estimular el contacto con lo que la persona y su ambiente realmente se posibilita un desarrollo natural de crecimiento del paciente definido por su autorregulación orgánica y no un cambio forzado por las expectativas del psicoterapeuta o de cualquier teoría (Yontef, 1995).

Para analizar el funcionamiento de la Autorregulación Orgánica, Zinker (2003) desarrolló un esquema conocido como “Ciclo de la Autorregulación del Organismo” (CAO) o “Ciclo de la Experiencia”. Está compuesto por seis fases: Sensación, Consciencia, Mo-

vilización de Energía y Excitación, Acción, Contacto y Retirada. En la fase de Sensación existen experiencias indiferenciadas de estímulos orgánicos, necesidades fisiológicas, sentimientos corporales, ideas, imágenes y percepciones del ambiente. Durante la segunda fase, el proceso de darse cuenta atiende y organiza las sensaciones para tomar consciencia de la sensación más relevante (antes indiferenciada) convirtiéndose en la figura de mayor interés sobre un fondo, dándole un significado a la experiencia y poder comprender qué es lo que necesita el organismo y cómo satisfacerlo. La Movilización de Energía y Excitación es un proceso que inicia con la visualización del posible satisfactor y las posibles acciones para obtenerlo, se ensayan y analizan mentalmente las diferentes posibilidades para tomar la decisión que mejor responda a la situación del campo organismo-ambiente. Simultáneamente a este proceso de elección, el organismo moviliza la energía disponible, se excita y se carga de ésta para realizar las acciones correspondientes. La fase de Acción incluye cualquier actividad física o expresión que se realice para acercarse y contactar al posible satisfactor. El Contacto es un proceso que involucra a todo el organismo en el que abre sus fronteras para intercambiar energía con el posible satisfactor, discriminando y asimilando lo que sea conveniente o nutritivo de la novedad del momento. En la Retirada, el organismo retrocede, reflexiona para asimilar la experiencia completa generando crecimiento; establece nuevos límites y aumenta su autonomía. En la realidad, las fases están sucediendo todo el tiempo y se intercalan en un solo momento, sin embargo, el esquema de Zinker las presenta en forma secuencial para su comprensión y facilitar su identificación permitiendo hacer un diagnóstico fenomenológico y orientar las intervenciones del psicoterapeuta (Castanedo, 1999; Kepner, 1999; Zinker, 2003).

El diálogo existencial yo-tú (horizontal) para promover el darse cuenta refuerza la autorregulación orgánica sin buscar un cambio en el carácter que se ajuste a algún patrón de salud mental apegada a la psicoterapia Gestalt (Yontef, 1995). Cuando el paciente se da cuenta por sí mismo cómo interrumpe su autorregulación adquiere también la capacidad para aprender a cómo no interrumpirse, es decir, retomar el flujo de su autorregulación orgánica y concluir sus asuntos inconclusos (Perls, 1976). Durante el diálogo el psi-

coterapeuta retroalimenta o reafirma la capacidad de autorregulación orgánica del paciente (Spagnuolo, 2011). “En una autorregulación orgánica dialogal, la otra persona está contactada y sigue siendo una persona independiente, aunque aspectos de esa persona independiente, de ese otro, son asimilados en uno mismo” (Yontef, 1995, p. 37).

El método dialogal de Yontef se basa en la relación dialogal Yo-Tú o Existencialismo Dialogal de Buber (Yontef, 1995). Las cualidades que definen el contacto del psicoterapeuta en la interrelación psicoterapéutica son: Inclusión, Presencia, Compromiso con el Diálogo, No explotación y Vivir la Relación, las cuales pueden observarse de forma aislada y también simultánea. La Inclusión consiste en comprender desde sí mismo, aceptar y respetar la experiencia fenomenológica del paciente. La Presencia radica en mostrarse genuino, como ser humano, y expresarse sin reservas. En el Compromiso con el Diálogo el encuentro psicoterapéutico es espontáneo, libre de expectativas. La No Explotación se distingue por una relación psicoterapéutica entre personas iguales, es decir considerar que el paciente es capaz de autodeterminarse. La Explotación se da cuando el paciente es tratado como un medio para cumplir un fin o un objetivo; hay desigualdad en el lenguaje al utilizar términos que el paciente no comprenda si la relación es vertical; el psicoterapeuta no cumple plenamente con su responsabilidad profesional; o no se establece un contexto relacional ético de trabajo. Vivir la Relación consiste en entregarse a la experiencia que surge en el momento, expresarse emocionalmente incluso sin palabras, así como proponer experimentos con la única intención de expandir el darse cuenta (Yontef, 1995).

HABILIDADES PSICOTERAPÉUTICAS HUMANISTAS

Para esta investigación se consideraron como habilidades psicoterapéuticas humanistas las características del contacto de la relación dialogal yo-tú del modelo dialogal de Yontef (1995) y las acciones vinculadas a la metodología humanista Gestalt para promover el darse cuenta y la autorregulación orgánica (mencionadas previamente).

Cuestionario de habilidades psicoterapéuticas humanistas

Se diseñó un cuestionario de habilidades psicoterapéuticas humanistas asociadas a los principios teórico-metodológicos de la psicoterapia Gestalt con el propósito de usarlo como un instrumento de evaluación de la frecuencia en que se emplean las habilidades psicoterapéuticas humanistas en la práctica. Se espera que pueda ser usado en un futuro para organizar y orientar los procesos de formación y supervisión psicoterapéutica de especialistas con enfoque humanista Gestalt.

En el diseño de la escala, se consideraron dos características particulares: 1) todas las preguntas fueron indicadores de medir habilidad y 2) las respuestas de cada sujeto se sumaron en un total que indica dónde se encuentra o cuánto tiene de la variable o características que pretendemos medir (Muñiz, 1996).

Aiken (1996), Anastasi y Urbina (1998), Muñiz (2000) y Cohen y Swerdlik (2006), señalan una serie de lineamientos y recomendaciones para la construcción de cada reactivo:

- 1) Disponer de otras fuentes de información sobre construcción de cuestionarios y escalas. Elegir la forma de respuesta al reactivo, es decir, que pueden variar desde respuestas dicotómicas con un sí y no o de tipo escala Likert que va de nada o mucho, entre otras formas de respuesta.
- 2) Evitar cuestionarios muy largos, lo que se pide es que la longitud sea razonable, teniendo en cuenta quiénes y en qué situación lo van a responder, limitándose a obtener la información que realmente interesa rescatar.
- 3) Evitar preguntar lo mismo más de una vez o lo que ya se sabe.
- 4) Evitar preguntas que requieren ordenar y de respuesta abierta.
- 5) Tener un plan inicial claro de la información que interesa recoger, hay que evitar hacer preguntas inútiles.
- 6) Que las oraciones sean cortas.
- 7) Preferentemente que los reactivos no lleven doble negación.
- 8) Que los reactivos no tengan más de una idea a la vez.
- 9) Que sean afirmaciones positivas.

- 10) Que los reactivos sean claros y contextualizados a la población.

Por otro lado, es importante que las preguntas de identificación personal en cuestionarios y escalas vayan siempre al comienzo. Se distinguen tres tipos de datos: 1) Datos dicotómicos: sólo dos categorías de respuesta, sí o no, etcétera. Estos datos se codifican con unos y ceros. 2) Datos continuos que expresan una cantidad, o al menos un orden, se codifican con números originales, como puede ser curso y edad, también los datos que expresan grado de acuerdo, frecuencia, etcétera; es frecuente agruparlos en intervalos que se numeran correlativamente. 3) Datos nominales o cualitativos con más de dos respuestas para escoger una; son categorías de clasificación.

En el apartado sobre información personal conviene: 1) Mantener el anonimato del que responde para garantizar la sinceridad en las respuestas y también es un requerimiento que marca el código ético del psicólogo. Guardar la confidencialidad del participante. 2) No hacer más preguntas de las necesarias. 3) Evitar la opción otras. Los datos de información personal servirán para escribir la muestra y también para hacer análisis adicionales. Por lo tanto se requiere que el diseño del instrumento cuente con la validez de acuerdo con el grado para el que fue diseñada (Aiken, 1996; Anas-tasi & Urbina, 1998; Cohen & Swerdlik, 2006; Verdugo, Lucero, & Alveano, 2006).

METODOLOGÍA

Con un tipo de estudio cuantitativo descriptivo con temporalidad transversal, el objetivo del presente estudio ha sido conocer los indicadores de fiabilidad de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas (EHPH), considerando el sistema de validación de jueceo de especialistas y de constructo a partir del análisis teórico. La EHPH es una escala *Likert* con 32 ítems de autorreporte sobre la frecuencia del uso de las habilidades psicoterapéuticas humanistas con enfoque Gestalt en los procesos psicoterapéuticos, con opciones de respuesta del 1 al 5: (1) Casi nunca; (2) Ocasionalmente; (3) Algunas veces; (4) Frecuentemente; y (5) Casi siempre.

El instrumento fue elaborado por los autores siguiendo lineamientos de construcción de instrumentos de Davis citado en García Meraz (2010), el cual se sometió a un jueceo en el que participaron cuatro expertos en psicoterapia Gestalt, uno local, dos nacionales y otro internacional. La retroalimentación se realizó vía correo electrónico y mediante llamadas telefónicas. A partir de este jueceo se reelaboraron algunos de los 25 ítems originales relacionados con la metodología de la psicoterapia humanista Gestalt para promover la autorregulación orgánica dialogal (Kepner, 1999; Yon-tef, 1995; Zinker, 2003).

Una vez reconstruido se envió una invitación vía correo electrónico a 98 psicoterapeutas de alrededor de 200 que han cursado un posgrado en psicoterapia humanista en la región. Se utilizó una muestra no probabilística y dirigida ya que no se pretendía contar con una representatividad de los psicoterapeutas con estudios de posgrado (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado, & Baptista-Lucio, 2014). El criterio de selección de los participantes fue que hubieran concluido estudios de maestría y estuvieran activos en su práctica psicoterapéutica con enfoque humanista, con al menos un año de experiencia sin importar el ámbito (institucional, social o privado). Respondieron 51 participantes, lo que es conocido como muestreo no probabilístico por sujetos voluntarios (García Meraz, 2010), a quienes se les aplicó la EHPH, incluyendo una carta de consentimiento informado. Se buscó, que por una parte el instrumento facilite la identificación de habilidades psicoterapéuticas en psicoterapeutas con orientación humanista en servicio.

Durante el piloteo se analizaron los 51 instrumentos capturados en el programa Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS y mediante el análisis factorial exploratorio se lograron identificar los seis factores asociados a las fases del ciclo de la autorregulación del organismo (CAO) de Zinker o ciclo de la experiencia de la psicoterapia Gestalt, con la aclaración de que fueron agrupados algunos de ellos: el factor sensación y el factor conciencia se agruparon como el factor darse cuenta, mientras el factor retirada se conjugó con conductas éticas del psicoterapeuta que promueven la independencia y el bienestar del paciente para quedar como el factor asimilación. Se establecieron cinco subescalas o dimensiones validadas del instrumento EHPH como siguen:

- (1) Darse Cuenta (11 ítems). Habilidades para estimular el darse cuenta del paciente (Sensación y consciencia de las fases del CAO).
- (2) Contacto (8 ítems). Habilidades para acentuar el contacto del paciente (fase de contacto del CAO).
- (3) Acción (6 ítems). Habilidades para promover la toma de acciones del paciente (fase de acción del CAO).
- (4) Autodeterminación (4 ítems). Habilidades para reconocer y respetar la responsabilidad del paciente sobre sus decisiones y elecciones (fase de movilización de energía y excitación del CAO).
- (5) Asimilación (3 ítems). Habilidades para posibilitar el bienestar y la independencia del paciente (fase de retirada del CAO).

La evaluación resultó en la obtención de un índice general de habilidades psicoterapéuticas surgido por la suma total de los 32 reactivos indicando tres rangos: (1) habilidades inadecuadas de 35 a 77, medias de 78 a 120 y habilidades adecuadas de 121 a 160. Asimismo, el factor 1 Darse Cuenta se consideró por rangos por intervalo en: inadecuado (11-24), medio (25-39) y adecuado (40-55). El factor 2 Contacto (inadecuado

8-18, medio 19-29, adecuado 30-40); el factor 3 Acción (inadecuado 6-14, medio 15-21, adecuado 22-30); el factor 4 Autodeterminación (inadecuado 4-9, medio 10-14, adecuado 15-20) y el factor 5 Asimilación (inadecuado 3-7, medio 8-11 y adecuado 12-15).

RESULTADOS

La EHPH obtuvo un alpha de Cronbach total de $\alpha = .865$. Con un 54.58% del total de varianza explicada en 5 factores con adecuación de muestreo pertinente ($\kappa_{MO} = .624$, Bartlett JiCuadrada=879.624, $gl=496$, Sig.=.000). Lo cual permitió identificar adecuada consistencia interna como factor de confiabilidad del instrumento según la Tabla 1. Se observó además que el Factor 1 Darse Cuenta obtuvo una carga factorial de $CF=5.17$ con 16.2% de varianza y alpha de $\alpha = .863$; el factor 2 Contacto logró una carga factorial de $CF=4.07$ (12.7%) con $\alpha = .797$; el factor 3 Acción con $CF=3.6$ (11.3%, $\alpha = .810$) y el factor 4 Autodeterminación ($CF=2.3$, 7.2%, $\alpha = .615$). El factor 5 Asimilación obtuvo una carga factorial de $CF=2.29$ con 7.1% pero con un alpha de $\alpha = .309$, que en esta última dimensión se cuenta con un índice de baja consistencia interna.

Tabla 1
Análisis factorial exploratorio de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas

Factores	Ítems	Componentes				
		1	2	3	4	5
Darse Cuenta CF= 5.17 (16.2%)	2 Propongo un experimento para que mi paciente se dé cuenta de sí misma(o).	0.799				
	32 Le propongo a mi paciente experimentos para fomentar su darse cuenta y no para que cambie.	0.763				
	3 Promuevo que mi paciente se dé cuenta cómo interrumpe su autorregulación sin forzar algún cambio.	0.749				
	19 Me enfoco en lo que va surgiendo entre mi paciente y yo sin buscar otro objetivo más que el darse cuenta.	0.728				
	17 Propongo un experimento para que mi paciente se dé cuenta de sus recursos.	0.714				
	1 Le describo a mi paciente lo que observo de él (ella) para fomentar su darse cuenta, y no lo que podría o debería ser.	0.620				

Factores	Ítems	Componentes				
		1	2	3	4	5
Contacto CF= 4.07 (12.7%)	6 La comunicación entre mi paciente y yo no es únicamente con palabras, también incluye movimiento, danza, sonidos, melodías, canciones o expresiones gráficas.	0.563				
	25 Le pregunto a mi paciente qué necesita hasta que haya encontrado el significado de lo que siente.	0.526				
	18 Identifico con claridad cómo mi paciente obstaculiza su autorregulación.	0.520				
	31 Promuevo la expresión emocional de mi paciente después de que haya encontrado el significado de su sentimiento.	0.481				
	11 Promuevo que mi paciente relate historias únicamente para que identifique qué es lo que le hace sentir su relato.	0.436				
	29 Me intereso en lo que comunica mi paciente.		0.778			
	13 Acepto las diferencias entre la subjetividad de mi paciente y la mía.		0.683			
	28 Muestro mi naturaleza humana al paciente, sin aparentar ni asumir poses de superioridad.		0.665			
	24 Soy espontánea(o) con mi paciente.		0.650			
	30 Fomento la expresión de los sentimientos y emociones de mi paciente.		0.623			
	22 Respeto los silencios de mi paciente.		0.473			
	20 Empatizo con mi paciente, sin perder mi autonomía, mi yo.		0.465			
	26 Adecúo mi lenguaje al lenguaje de mi paciente.		0.423			
	Acción CF= 3.6 (11.3%)	21 Promuevo que mi paciente tome acciones en su vida a partir de lo que ha aprendido en su proceso psicoterapéutico.			0.790	
12 Le doy información a mi paciente que le facilite comprenderse a sí misma(o) y a su mundo.				0.722		
10 Estimulo la espontaneidad de mi paciente.				0.684		
23 Apoyo las acciones de mi paciente que favorecen su autorregulación.				0.638		
16 Le hago saber a mi paciente las fortalezas que descubro en él (ella).				0.627		
14 Exploro con preguntas abiertas (qué, quién, cuál, dónde, cómo, etcétera) para recabar información precisa de mi paciente.				0.433		
9 Asumo que mi paciente es responsable y capaz de elegir por sí mismo(a).					0.593	
Autodeterminación CF= 2.3 (7.2%)	4 Respeto la manera en que mi paciente se vive a sí mismo(a).				0.569	
	7 Acepto incondicionalmente a mi paciente.				0.541	
	27 Confío en mi paciente.				0.344	

Asimilación CF= 2.29 (7.1%)	5 Me apego a un código ético que promueva el bienestar de mi paciente.					0.575
	15 Evito dramatizar las fantasías de mi paciente –del pasado o del futuro– para experimentarlas como si estuvieran sucediendo en el presente.					0.560
	8 Fomento que mi paciente aprenda a quedarse con lo nutritivo y desechar lo que no es nutritivo de las experiencias.					0.554
N=51	Alpha	0.863	0.797	0.810	0.615	0.309

Alpha total $\alpha=.865$. 54.58% Total de varianza explicada en 5 factores (KMO=.624, Bartlett JiCuadrada=879.624, gl=496, Sig.=.000)

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

Por otro lado, el 63% (32) de los participantes fueron mujeres mientras que el 37% (19) hombres, con una media de edad de $x=41.6$ (DS=10.3) entre 26 y 78 años. El 43% (22) labora en Consultorio privado, 14% (7) en Institución pública, así como el 21% (11) en ambos, además del 14% (7) labora en consulta privada y en una Organización No Gubernamental (ONG) y 8% (4) sólo en ONG, con un promedio de $x=7.8$ (DS= 4.7) años de experiencia siendo el 43% (22) con menos de tres años de experiencia, 31% (16) de 4 a 6 años y el 26% (13) más de seis años. 66% (39) cuentan con estudios completos de Maestría y el 24% (12) con Doctorado en curso, siendo el 61% (31) egresados del nivel de Licenciatura de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez [UACJ] y el 40% (10) de otra institución educativa; mientras que a nivel Maestría el 80% (41) reportaron haber egresado de la Maestría en Psicoterapia Humanista y Educación para la Paz y el 20% (10) de otro programa de posgrado diferente. Asimismo, el 77% (39) son psicólogos y el 23% (12) cuentan con otra

licenciatura sin ser psicólogos, 2 de ellos egresaron de Economía, otros 2 de Educación, 2 de Ingeniería y 1 de cada una de las siguientes Licenciaturas: Agronomía, Contaduría, Enfermería, Nutrición, Sociología, y Relaciones Comerciales.

Se observó que en la Escala total de Habilidades Psicoterapéuticas se obtuvo un promedio de $x=135.4$ (DS=10.9) siendo el 16% (8) con medianas habilidades mientras que el 84% (43) consideradas como habilidades psicoterapéuticas adecuadas. Asimismo, 65% mostró habilidades adecuadas en la categoría de Darse Cuenta y 33% medianas, observando que en sólo un psicoterapeuta (2%) fue inadecuada ($x=42$, DS=7). El 94% consideró realizar habilidades adecuadas para promover el Contacto y la Acción, el 96% de Autodeterminación y en cuanto a la Asimilación, el 57% se consideró con habilidades adecuadas, 41% medianas y el 2% (un psicoterapeuta) con habilidad inadecuada (ver Tabla 2).

Tabla 2
Descriptivos y frecuencias de factores

N=51	Media	DS	Inadecuado	Medio	Adecuado
Darse Cuenta	42,0	7,0	2% (1)	33% (17)	65% (33)
Contacto	36,7	3,2		6% (3)	94% (48)
Acción	26,5	3,1		6% (3)	94% (48)
Autodeterminación	18,4	1,7		4% (2)	96% (49)
Asimilación	11,8	1,6	2% (1)	41% (21)	57% (29)
Habilidades Psicoterapéuticas	135,4	10,9		16% (8)	84% (43)

En el análisis de varianza y de diferencia de medias, no se encontró discrepancia estadísticamente significativa por sexo, grado académico, institución donde labora aunque las tendencias indicaron habilidades psicoterapéuticas ligeramente mayores en hombres ($x=137.6$) que en las mujeres ($x=134.1$) y en cada dimensión excepto en Asimilación donde las mujeres ($x=12.1$) reportaron mayores habilidades que los hombres ($x=11.1$). También, en aquellos psicoterapeutas que cursaron maestría en relación con los doctorantes ($x=136.3$, $x=133.7$) excepto en Asimilación donde los doctorantes reportaron mayores habilidades que los egresados de maestría ($x=11.8$, $x=12.0$). Los psicoterapeutas que laboran sólo en ONG mantuvieron habilidades altas ($x=141.5$) con relación a los que labo-

ran en ONG y en consultorio privado ($x=136.9$), a los que laboran en institución pública ($x=136.1$), a los que trabajan en institución privada ($x=135$) y de los que laboran en institución pública y en consultorio privado ($x=132.6$) según la Tabla 3.

Asimismo, los psicoterapeutas formados en la UACJ (61%) reportaron mayores habilidades ($x=136.1$) que los que se formaron en otras instituciones ($x=134.3$) sin diferencia estadística significativa independientemente del programa educativo ni de si son o no psicólogos. Otra tendencia sin significancia estadística fue que los psicoterapeutas que tienen de 3 a 6 años de experiencia reportaron mayores habilidades ($x=138.1$) que los que tienen más de 6 años ($x=135.5$) y los que tienen menos de 3 años ($x=133.4$) de experiencia (ver Tabla 4).

Tabla 3
Descriptivos factores por sexo, grado académico e institución donde labora

	Sexo		Grado académico		Institución laboral				
	Mujer (n=32)	Hombre (n=19)	Maestría (n=34)	Doctorante (n=17)	Pública (n=7)	Privado (n=22)	Púb-Priv (n=11)	ONG y privada (n=7)	ONG (n=4)
Darse Cuenta	41,1	43,6	43,2	39,7	38,9	42,8	40,6	43,6	44,8
Contacto	36,5	36,9	36,8	36,4	38,1	36,3	36,0	36,9	37,5
Acción	26,0	27,3	26,2	26,9	27,4	26,3	25,5	26,9	27,8
Autodeterminación	18,5	18,3	18,3	18,6	19,4	17,9	18,7	18,0	19,3
Asimilación	12,1	11,5	11,8	12,0	12,3	11,7	11,8	11,6	12,3
Habilidades Psicoterapéuticas	134,1	137,6	136,3	133,7	136,1	135,0	132,6	136,9	141,5

Tabla 4
Descriptivos factores por formación y experiencia

	Formación		Programa		Psicólogos-otros		Experiencia		
	UACJ (n=31)	Otros (n=20)	MPHEP (n=41)	Otros (n=10)	Psicólogos (n=39)	No psicólogos (n=12)	0-3 años (n=22)	3 a 6 años (n=16)	Más de 6 años (n=13)
Darse Cuenta	41,8	42,4	42,6	39,6	41,9	42,6	41,6	43,9	40,6
Contacto	37,3	35,7	36,5	37,1	36,7	36,4	36,1	37,3	36,8
Acción	26,7	26,2	26,1	27,9	26,7	25,8	25,9	26,6	27,3
Autodeterminación	18,7	18,0	18,4	18,5	18,4	18,4	18,1	18,4	18,9
Asimilación	11,7	12,1	11,7	12,4	11,8	12,0	11,8	11,9	11,9
Habilidades Psicoterapéuticas	136,1	134,3	135,4	135,5	135,5	135,3	133,4	138,1	135,5

Las habilidades psicoterapéuticas estuvieron fuertemente relacionadas con las sub dimensiones de: Darse Cuenta ($r=.790^{**}$), Contacto ($r=.709^{**}$) y Acción ($r=.701^{**}$); medianamente con el Autodeterminación ($r=.404^{**}$) y sin correlación con la Asimilación. Se identificó relación significativa entre el Darse Cuenta con el Contacto ($r=.284^*$) y con la Acción ($r=.018$), que a su vez presenta relación con la Autodeterminación ($r=.319^*$) y esta última presentó relación significativa con la dimensión de Asimilación ($r=.342^*$). Todas estas asociaciones se presentaron en forma estadísticamente positiva, es decir, que a medida que aumenta el desarrollo de una habilidad, también aumentan las demás según la Tabla 5.

DISCUSIÓN

Los integrantes de la sociedad merecen una atención de alta calidad para atender su salud mental. Los psicoterapeutas que tienen oportunidad de atenderlos requieren de una formación profesional basada en métodos actuales científicamente comprobados. La formación del psicoterapeuta es constante, no basta con la formación que reciben en las instituciones académicas, sino que requiere de una actualización permanente. Los instrumentos de evaluación de las habilidades psicoterapéuticas son un medio para reconocer su capacidad profesional para atender a sus pacientes y afianzarla, además, que posibilitan obtener una perspectiva que les permita establecer estrategias de mejora.

Los ítems que componen la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas coinciden con las características de la psicoterapia Gestalt definidas en el prototipo de Case (2011) y con las prácticas de los conceptos básicos de la Escala de Fidelidad de la Terapia Gestalt (Fogarty, 2015). Este instrumento resultó con una buena consistencia interna con $\alpha=.865$ con un adecuado análisis factorial apto para ser válido y confiable en la medición de la frecuencia del uso de las habilidades psicoterapéuticas humanistas (Darse Cuenta, Contacto, Acción, Autodeterminación y Asimilación) en la práctica de procesos psicoterapéuticos que tienen lugar en la zona de Ciudad Juárez, Chihuahua.

El 84% de psicoterapeutas de la región mostró tener habilidades psicoterapéuticas adecuadas mientras el 16% restante habilidades medianas. El 65% obtuvo habilidades adecuadas en el darse cuenta, el 33% medianas y solamente un psicoterapeuta inadecuadas (2%). Mediante estas habilidades el psicoterapeuta acompaña al paciente para que identifique la necesidad imperante del organismo y las posibilidades del campo organismo-ambiente para satisfacerlas. El 96% cuenta con habilidades adecuadas en Autodeterminación, con estas habilidades el psicoterapeuta apoya al paciente para que tome sus propias decisiones. Por otra parte el 94% muestra habilidades de Contacto y Acción adecuadas. Las habilidades de Contacto favorecen el intercambio entre el organismo y su ambiente, mientras las de Acción fomentan las expresiones físicas que lleven al contacto con el posible satisfactor. En cuanto a la habilidad de Asimilación, el 57% tiene un nivel adecuado,

Tabla 5
Correlaciones Pearson entre factores

	Contacto	Acción	Elección	Ética	Habilidades Psicoterapéuticas
Darse Cuenta	.284* (.044)	.331* (.018)	-0.018 (.901)	-0.15 (.293)	.790** (.000)
Contacto		.499** (.000)	.410** (.003)	0.232 (.101)	.709** (.000)
Acción			.319* (.022)	0.09 (.532)	.701** (.000)
Autodeterminación				.342* (.014)	.404** (.003)
Asimilación					0.19 (.162)

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

* La correlación resultó significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

41% mediano y el 2% (un psicoterapeuta) inadecuado. Mediante estas habilidades el psicoterapeuta fomenta la autonomía y bienestar del paciente (Case, 2011; Castanedo, 1999; Kepner, 1999; Perls et al., 2003; Zinker, 2003).

Se espera que la EHPH pueda ser utilizada en procesos de formación y supervisión de profesionales en esta área como guía para identificar tanto los aspectos que pueden ser reafirmados como los que pueden desarrollarse más ampliamente para proporcionar un servicio cada vez mejor a los pacientes.

LIMITACIONES

El tamaño de la muestra pudiera limitar el panorama sobre las habilidades que los psicoterapeutas activos de la región emplean en su práctica cotidiana. También se puede realizar un análisis más detallado que muestre las similitudes y diferencias entre los ítems de la Escala de Habilidades Psicoterapéuticas Humanistas y las características del prototipo de Case y los comportamientos de la Escala de la Fidelidad de la Terapia Gestalt que de lugar a ampliar la cantidad de ítems.

POSIBILIDADES FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Para investigaciones por venir, se puede ampliar la muestra así como incluir más ítems con el propósito de aumentar la consistencia interna del factor de Asimilación, así como la fiabilidad del instrumento.

REFERENCIAS

- Aiken, L. R. (1996). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Prentice Hall.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). *Tests psicológicos*. México: Prentice Hall.
- Bados, A., & García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Barcelona, España: Universitat de Barcelona.
- Bados, A., García, E., & Fusté, A. (2002). Eficacia y utilidad clínica de la terapiapsicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 477-502.
- Beitman, B., & Yue, D. (2004). *Psicoterapia: Programa de formación*. Barcelona, España: Masson.
- Casas, M. (2011). *Técnicas expresivas: Su integración en las prácticas profesionales de los psicólogos egresados de la Universidad de la República* (Tesis doctoral). Uruguay: Universidad de la República.
- Case, M. (2011). *Measuring processes in contemporary gestalt therapy. Development of gestalt therapy prototype and applications in research* (Tesis doctoral). Oregon, US: Pacific University.
- Castanedo, C. (1999). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y ahora*. Barcelona, España: Herder.
- Castanedo, C., & Munguía, G. (2011). *Diagnóstico, intervención e investigación en psicología humanista*. Madrid, España: Editorial CSS.
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. E. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición*. México: McGraw-Hill.
- Fagan, J., & Shepherd, I. (1973). *Teoría y técnica de la psicoterapia guesáltica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Ferro, R., & Vives M. (2004). Análisis de los conceptos de efectividad, eficacia y eficiencia en psicología. *Panace*, 5(16), 97-99.
- Fogarty, M. (2015). Creating a fidelity scale for gestalt therapy. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 11(2), 39.
- _____, Bhar, S., Theiler, S., & O'Shea, L. (2016). What do Gestalt therapists do in the clinic? The expert consensus. *British Gestalt Journal*, 25(1), 32-41.
- García Meraz, M. (2010). *Medición en psicología: Del individuo a la interacción*. Pachuca, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Kepner, J. (1999). *Proceso corporal. Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Marinho, M., Caballo, V., & Silveira J. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Revista Psicología Conductual*, 11(1), 135-161.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría*. Madrid, España: Universitarias.

- _____. (2000). *Teoría clásica de los tests*. Madrid, España: Pirámide.
- OMS (2003). *Quality improvement for mental health. WHO mental health policy and service guidance package - module 8*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v8/en/
- _____. (2005). *Human resources and training in mental health. WHO mental health policy and service guidance package - module 9*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v9/en/
- Paredes-Rivera, A. (2016). La urgencia de la evidencia en psicoterapia. *Interacciones: Revista de Avances en Psicología*, 2(1), 53-63. doi:10.24016/2016.v2n1.21
- Perls, F. (1974). *Sueños y existencia*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- _____. (1975). *Dentro y Fuera del Tarro de la Basura*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- _____. (1976). *El Enfoque gestáltico y testimonios de terapia*. Santiago, Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- _____, Hefferline, R., & Goodman, P. (2003). *Terapia gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Madrid, España: Sociedad de Cultura Valle-Inclán.
- RAE (2019). *Diccionario de la real academia española*. España: Asociación de Academias de la Lengua Española.
- Sánchez-Sosa, J. (Abril, 2012). *Aspectos contemporáneos en la regulación de la psicoterapia y el consejo psicológico en México*. Trabajo presentado en la conferencia del Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Psicología Clínica y de la Salud, Acapulco, México.
- Spagnuolo, M. (2011). *El ahora-para-lo-siguiente en psicoterapia. La psicoterapia de la Gestalt contada en la sociedad post-moderna*. Madrid, España: Asociación Cultural Los Libros del CTP.
- SS (2014). *Programa de acción específico salud mental 2013-2014*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Taragano, F. (1974). *Psicoanálisis gestáltico*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Verdugo Lucero, J., Ochoa Alcaraz, S., & Alveano Hernández, J. (2006). *Elaboración de cuestionarios*. Colima, México: Universidad de Colima.
- Winkler, M., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: Una sistematización. *Revista Terapia Psicológica*, 8(11), 34-40.
- Yontef, G. (1995). *Proceso y diálogo en Gestalt: Ensayos de terapia gestáltica*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos Editorial.
- Zinker, J. (2003). *El proceso creativo en la terapia Gestalt*. México: Editorial Paidós.

ANÁLISIS DEL SUPERYÓ EN UN ESTUDIO DE CASO

ANALYSIS OF THE SUPEREGO IN A CASE STUDY

Pamela Hernández López de la Fuente¹

UNIVERSIDAD LATINA DE MÉXICO

RESUMEN

En el presente artículo se realiza un estudio de caso desde el análisis de la instancia superyoica, revisado con un marco teórico psicoanalítico, se suma con ello material clínico que pudiera ser utilizado como referente en el estudio del superyó. Se hace una lectura desde las características observadas en un video de 1990 que documentó las entrevistas del tratamiento de Beth Thomas y el testimonio de sus padres adoptivos. Beth fue una niña de 6 años y medio, dada en adopción a los 19 meses, después de ser encontrada en condiciones paupérrimas tanto físicas como emocionales. Posteriormente presentó manifestaciones de agresión graves dirigidas no sólo hacia sus padres adoptivos y su hermano, sino también hacia ella misma, producto de un superyó cruel que buscaba el castigo. Se discuten de manera general los alcances del superyó de Beth en su relación con el diagnóstico psicoanalítico.

Palabras clave: Superyó, agresión, sexualidad, maltrato, pulsión de muerte

ABSTRACT

In this article, a case study is realized through the analysis of the super ego. The case study uses a psychoanalytic theoretical framework and additional clinical material. The reading is based on the characteristics of a video documented in 1990 about Beth Thomas's therapeutic treatment and also includes the testimony of her adoptive parents. Beth was a 6-and-a-half-year-old girl, who was given up for adoption at 19 months old. She experienced poor physical and emotional health, which manifested in serious aggression not only towards her adoptive parents and her brother, but also towards herself. This is as a result of the superego's needs to punish the self. The scope of Beth's superego is discussed in relation to her psychoanalytic diagnosis.

Keywords: Superego, aggression, sexuality, abuse, death drive

Fecha de recepción: 8 de diciembre de 2018

Fecha de aceptación: 5 de marzo de 2019

¹ Universidad Latina de México, Av. San José No. 100, Col. San José de Torres, 38085 Celaya, Gto. Correo electrónico: pamelahlf@outlook.com

INTRODUCCIÓN

Para comenzar, dedicaré unas líneas para revisar de manera breve la concepción freudiana del superyó, pues fue ésa la base sobre la cual después se irían agregando diferentes aportes teóricos alrededor del concepto.

Cuando Freud expuso la génesis y funciones del superyó, retomó como primera aproximación sus observaciones de los delirios de observación en pacientes psicóticos y supuso que algo de eso debía existir en el resto de las personas. Atribuyó entonces al yo una parte heredera de la identificación parental y el complejo de Edipo, resultante en una instancia nueva llamada superyó (Freud, 1932).

Fueron tres las funciones que logró advertir: “Le hemos adjudicado la observación de sí, la conciencia moral y la función de ideal” (Freud, 1932, p. 62). Quedó con ello instalado en el pensamiento psicoanalítico el concepto del superyó como la instancia que vigila, castiga y orilla a seguir un legado parental.

Por su parte, Melanie Klein planteó otras posibilidades, pues en sus observaciones a niños muy pequeños, le fue inevitable apartarse poco a poco de esta concepción, sobre todo en cuanto al origen y los factores que se ven inmersos en su funcionamiento. Pues el legado freudiano la orillaba a un encuadre muy reducido que no se ajustaba a lo que su experiencia le dictaba. Klein sostuvo que los niños pequeños experimentaban culpa intensa, incluso mayor a la que experimenta un adulto, optando por delegarle al superyó un origen anterior al complejo edípico y reposicionándolo en sus inicios paralelo a la pulsión de muerte, como escisión del yo (Hinshelwood, 1989).

En el caso que expondré a continuación se halla la existencia de un superyó cruel, que busca el castigo como objetivo y trasfondo de su presencia. El eje del cual partiré para la lectura de tal cuestión son las aportaciones de Melanie Klein respecto de la concepción de dicha instancia psíquica, pues permite una comprensión más vasta del superyó, que alberga a los objetos internos interactuantes y la pulsión de muerte como referente. Esto, sin dejar de recurrir a otros autores para enriquecer el contenido del escrito.

Me pareció importante seleccionar un caso que me permitiera observar de manera menos impuesta la versión presentada al público, ya que en la actualidad

es común encontrar en los medios de comunicación contenidos de violencia, y en general se suelen presentar los testimonios de las víctimas a detalle. Sin embargo los testimonios de los agresores casi siempre se presentan con una narración amarillista y sensacionalista que más allá de ser testimonio del agresor termina siendo la versión seleccionada del periodista o reportero que lo narra. Este video me resultó valioso, pues aunque no es presentado desde la mirada psicoanalítica, sí incluye la versión del sujeto, donde gracias a su formato permite la observación detenida de las palabras y manifestaciones pulsionales a través de la mirada, gestos y tonalidad de voz.

Aunque el material principal que analicé fue el discurso de la propia Beth, puesto que mi interés radica en la lectura de su realidad psíquica y no de la realidad objetiva, también tomé en cuenta ciertos datos mencionados tanto por los padres adoptivos como por el narrador del video, de tal forma que pude ampliar la visión del caso y abarcar otros puntos que consideré importantes.

Escribir sobre un caso desde la mirada psicoanalítica resulta muy vasto, y debido a las condiciones de tiempo y espacio para la escritura y publicación de este artículo, adecué este testimonio únicamente al análisis del superyó con los elementos que el video me permitió tomar y las limitantes y posibilidades que el material ofrece, con ello pretendo aportar al concepto del superyó evidencia que sirva como referente para nuevas concepciones o aportaciones.

Con el fin de apreciar con mayor detalle el discurso de los entrevistados, decidí citar ciertas frases del idioma original y corregí la traducción al español debido a ciertas imprecisiones de la traducción realizada para el video que resultaban relevantes para su interpretación.

EL SUPERYÓ COMO ABANICO DE POSIBILIDADES

Parte del eterno drama humano gira en torno a la instancia a la que llamamos superyó, en ella caben aspectos primitivos que nos acontecen a todos, que “como sedimentación de identificaciones primarias de la prehistoria personal y marca de la intrusión traumática de la pulsión en el viviente” (Juchnowicz, 2016, p. 358)

se manifiesta como un entramado de revoluciones intra y extra psíquicas con resultados diversos, que sólo pueden ser palpados a detalle cuando son contados de manera individual.

En ocasiones, al referirnos a la instancia superyoica pareciera que hablamos de algo que está instalado en el sujeto como fiel representante de ciertas funciones palpables en el interactuar del individuo con el mundo externo, y entonces podemos quizá llegar a simplificar en la clínica al hablar de un superyó rígido con aquel que no se permite cometer pequeñas faltas, y lo contrario con aquel que no le importe recurrir a graves faltas, mientras le sea posible cometerlas. Pero no debiera ser ése el camino a seguir, pues

Cuando hablamos de *ello*, *yo* y *superyó* no se debe presuponer que constituyen entidades-cosas, sino conceptos para referirnos a conjuntos de actividades del psiquismo, que son en última instancia las que sí tienen existencia. Las agrupaciones son arbitrarias, podrían ser otras, y constituyen simples recortes de una totalidad (Bleichmar, 2016, p. 299).

En ese abanico de posibilidades, nos encontramos con aspectos que parecen ser polaridades distantes que, si bien terminan siendo las dos caras de una misma moneda, tendrán consecuencias muy distintas que estarán arraigadas a la naturaleza subjetiva de la psique de cada sujeto y en ocasiones apenas podrá ser evidente y palpable en su actuar. Klein (1958) plantea esta mancuerna cuando afirma que “la acción del superyó va desde la limitación de los impulsos destructivos, la protección del objeto bueno y la autocrítica, hasta las amenazas, quejas inhibitorias y persecución” (p. 245) y digo mancuerna refiriéndome a los resultados, a estos dos panoramas en los que el sujeto se puede encontrar y no, a la manera de dos caminos que se le presentan a la vez al sujeto, como si se tratara de la elección precisa del momento. Más bien podría metaforizar con una especie de recorrido en carretera en el que primero se encuentra el sujeto del lado de la mancuerna más tiránico, cruel y perseguidor, y si las condiciones lo permiten podrá llegar al otro extremo donde se encuentra finalmente el lado más amable del asunto.

EL CASO DE BETH THOMAS

Siguiendo el material de Monet (1990), Beth Thomas fue adoptada a los 19 meses, junto con su hermano Jonathan de 7 meses. Tim y Julie, una pareja conservadora estadounidense, quienes llevaban doce años de casados, al no poder tener hijos decidieron adoptar. Aunque Tim menciona no haber necesitado hijos para que sus vidas estuvieran completas, decidieron aventurarse a la adopción como medio para compartir y transmitir dicha completud; por su parte Julie parecía más entusiasmada ante la idea de la adopción, mencionó que aquello era un sueño compartido por ambos.

Finalmente en 1984 les dieron el aviso de la disponibilidad de adopción de Beth y Jonathan, se sorprendieron por la rapidez del trámite y se les dijo que eran normales y sanos, como si se tratase de niños sin pasado, como dos libros en blanco. Después obtuvieron información respecto a las condiciones de vida que tuvieron ambos niños antes de su adopción, siendo las condiciones de cuidado básicas, como alimentación e higiene, precarias y con evidencias de maltrato, donde incluso el desarrollo físico de los niños presentaba ya cierto deterioro.

Al poco tiempo notaron que Beth comenzaba a mostrar conductas de carácter agresivo y sexual que se iban incrementando poco a poco, principalmente dirigidas hacia su hermano, aunque también hacia sus padres adoptivos y animales domésticos; por medio de golpes, patadas, el uso de alfileres para picarlos, pellizcos en los genitales de su hermano, masturbación genital autolesiva en lugares públicos y confesiones sobre querer matar a Jonathan, Tim y Julie.

Al verse rebasados ante dicha situación, decidieron llevar a Beth con el Dr. Ken Magid, psicólogo clínico especializado en niños maltratados, quien llevó el curso de la entrevista con Beth presentada en el video, cuando ella tenía 6 años y medio de edad.

Antes de continuar con el siguiente apartado, en el cual haré referencia a eventos de la vida de Beth de manera más específica a la par del análisis de los mismos, es necesario apuntar que me resulta curioso e importante destacar el contraste que existe entre Tim y el padre biológico de Beth. De este último no se menciona gran cosa más allá de la evidencia de maltrato encontrada en los niños, sin embargo Tim es pastor

de una iglesia, representante social del aspecto moral y bastante contrario al perfil que parece haber existido en el padre biológico.

¿CÓMO HABLA EL SUPERYÓ DE BETH?

Durante la entrevista se habla mucho sobre el papel del padre biológico de Beth, pues parece asumirse que fue el protagonista y culpable de la condición sintomática de Beth, tanto por las condiciones en las que fueron encontrados los niños, como por una pesadilla significativa que tuvo la niña; en la cual aparecen elementos de agresión por parte de su padre biológico hacia ella. Beth se sitúa en el sueño a la edad de un año, coincidente con el suceso de la muerte de su madre, sin embargo, en el video se menciona sólo en una ocasión a la madre biológica, para decir sin más detalle que murió.

No se menciona el trato de la madre biológica hacia sus hijos ni las consecuencias de su muerte tanto en los hijos como en el padre de ellos, pero ante dichas condiciones es posible que Beth se viera envuelta en una suma de circunstancias que la llevasen por los caminos posteriores de agresividad, como refiere Levisky (1995) “a través de actitudes antisociales hacen su apelo inconsciente, como manifestaciones del abandono, de la carencia, de la privación” (parr. 6). Resulta indudable que esa pérdida temprana de objeto constituyó un primer pilar básico que fundamenta la vulnerabilidad posterior de Beth, enfrentada después a un padre que se iría también, anunciándose así como una segunda pérdida: no sólo la abandona, además la amedrenta, sumándose como segundo pilar en su particular construcción superyoica.

Grinberg (1983) menciona que ante la pérdida temprana de objeto, además de generar culpa, “en lugar de incorporar al objeto perdido, como suele ocurrir en el duelo normal, estos niños tendían a proyectarlo en el mundo externo con rabia y desilusión. Su conducta antisocial era una forma de atacar al objeto afuera como una especie de venganza y de control” (p. 100). Pero ¿venganza y control dirigidos a quién? La evidencia clínica en Beth, como revisaré más adelante, sugiere que ella no sólo atacaba al objeto sino también a sí misma. Es este mismo autor quien señaló que ante el inevitable ataque en la fantasía del objeto y frente a su pérdida,

el sujeto se inunda de culpa, pues se atañe responsabilidad de dicha pérdida objetal (Grinberg, 1983). En mi interpretación, Beth se enfrentaba a ataques no sólo dirigidos hacia el exterior sin más, sino que se hallaba involucrada en dichos ataques, su yo fue responsable inevitablemente y el otro depositario de sus propios aspectos disociados.

Fue Klein (1958) quien atribuyó a la formación del superyó la proyección desde el yo de los objetos previamente internalizados tanto buenos como malos, ligando los primeros a una madre que alimenta y los últimos a una madre que frustra; estos dos elementos constituyen aspectos importantes de las funciones superyoicas adecuadas u óptimas, que dependerán de la integración conciliadora de ambas, ¿puede decirse que existen elementos cuantitativos respecto a lo *bueno* y lo *malo*?

Tim menciona a propósito de los antecedentes de Beth: “descubrimos que no tenían suficiente comida, que quizás incluso Beth pasaba todo el día a lo mejor con tan sólo una caja de cereal” (Monet, 1990). Sumado a ello, en la pesadilla mencionada, Beth comenta al respecto “cuando él tocó mi vagina hasta que sangrara, dolió mucho hasta que sangraba, no me alimentaba mucho” (Monet, 1990). Lo que resulta interesante es que, al haberse soñado a la edad de 1 año, época en la que murió su madre, el aspecto de la alimentación aparece entonces como proveniente del padre biológico.

En ambos discursos, el de Tim y Beth, aparece el elemento cuantitativo referente a la alimentación, como si se tratara de que aquello que se dio de alimento para mantenerla con vida hubiese sido meramente por supervivencia, pero no suficiente para el alimento psíquico, tal como refiere Levisky (1995):

Del encuentro del bebé con su madre, a partir de su conjunto de elementos innatos y potenciales, dentro de condiciones emocionales y existenciales adecuadas, suficientemente buenas, el bebé establece con su cuerpo, con la madre y posteriormente con el padre, representantes del primer conjunto social, una relación creativa, de desarrollo de sí mismo. Estas condiciones son fundamentales para el proceso de identificación, formación de las primeras identidades y del superyó (párr. 3).

Se despliega nuevamente contenido valioso de la pesadilla de Beth, pues en palabras de Tim puedo notar la presencia de objetos parciales, cuando refiere que “la pesadilla era sobre un hombre que se caía sobre ella y la lastimaba con una parte de sí mismo” (Monet, 1990). No quedan claros los límites de “una parte de sí mismo” al referirse, ambiguamente, a aquello con lo que fue lastimada, como si estuviera construida la relación con objetos parciales.

Se suma una relación mano-vagina parcializada con dos sucesos clave, el primero de ellos es un dibujo realizado por Beth mostrado al entrevistador, donde aparece su padre biológico tocando su vagina, el cuerpo del padre y el torso de ella dibujados en color azul, pero la mano de él y la parte inferior del cuerpo de ella dibujados en verde como en una especie de fusión. Al preguntarle por la ubicación de la mano, ella le responde “justo ahí, no puedes en verdad verla porque es verde” (Monet, 1990). El segundo suceso es referente a que Beth se masturbaba diariamente hasta causarse daño, menciona “lo hice todos los días hasta que se puso muy mal y me detuve y tuve que ir al médico y no se veía bien” (Monet, 1990). Únicamente cesó cuando por fin llegó a tal estado, donde incluso sangraba, además afirmó que tenía “gérmenes y cosas de mi mano” (Monet, 1990). Las “cosas de su mano” se fusionan con su vagina, al igual que la mano de su padre biológico dibujada sobre su zona genital.

Para Beth fue necesario masturbarse diariamente, se agregan como una constante las agresiones dirigidas principalmente a su hermano Jon, donde ella aseguraba no poder parar, a pesar de las súplicas de él (Monet, 1990). ¿Por qué aquello que resultó tan doloroso busca repetirse? ¿Por qué Beth no puede parar?

Al avanzar en su obra, Freud llegó al punto en el que la pulsión sexual quedaba ya no como la única, sino que a partir de ella se desprendían la pulsión de vida y la pulsión de muerte (ubicada en las profundidades del ello), y fue para el año de 1920, cuando en *Más allá del principio del placer* comenzó a dudar acerca de los alcances aparentemente absolutos en la psique humana del llamado principio de placer. Esta inquietud parece surgir a partir de la obsesión de repetición observada en los repetidos sueños de los afectados por neurosis traumática y en el juego infantil igualmente repetitivo; parecían escapar de una explicación lógica en la que pu-

diera tener cabida la obtención de placer (Freud, 1920). Así mismo, Beth se encontraba sumergida, a partir del evento traumático, en la compulsión a la repetición que le permitía asimilar el trauma (sin ser sinónimo de curar), ya que como mencionó Laplanche (1984):

La compulsión de repetición está ligada esencialmente a la pulsión de muerte, y que todo lo que es progreso, tanto en la simbolización como en el duelo, y de un modo general lo que introduce cambios en la cura, está ligado esencialmente con la pulsión de vida (p. 124).

Siguiendo la misma línea, surge otro aspecto interesante en Beth respecto al contenido de lo que buscaba asimilar, y como dejaba entrever aspectos que resultan paradójicos a simple vista, pues vemos que se articulan aspectos que pertenecen a un superyó, que se hizo presente de manera un tanto engañosa, pues Beth se hacía atrapar a través de un “superyó mudo y feroz producto de la no inclusión en la ley del padre, que deja detenido al sujeto en el lugar en el cual, mediante la transgresión, se llama a Otro” (Breu, Yosco, & Ricardo, 2012, p. 253).

Me parece que el suceso más evidente de mi anterior afirmación fue cuando Beth robó a su madre adoptiva unos cuchillos de la cocina, confesando que era su intención matar a su hermano y padres adoptivos. Julie sospechaba de ella, sin embargo, prefirió callar para descubrir semanas después que, sin haberlos utilizado, Beth se pusiera en total evidencia al preguntar a Julie por el aspecto de sus cuchillos perdidos, como mostrando discretamente el robo cometido después de que Julie lo hiciera pasar inadvertido. Después de haber hecho la pregunta que la delataría, dejó escapar una sonrisa; al respecto Julie comenta “y luego esa pequeña sonrisa que no es una sonrisa dulce, sino un tipo de sonrisa maliciosa” (Monet, 1990).

Cuando se tocó el tema de la masturbación de Beth, Julie narró que aunque previamente ella ya le había explicado que ésas eran áreas privadas y no debía hacerlo en lugares *públicos*, Beth se masturbaba en presencia de su madre, en una ocasión en un estacionamiento *público*. En otra ocasión, Beth descubrió un nido con crías de pájaro, Julie le advirtió que debía dejarlas, pues las podía lastimar. Beth parece haber capturado otro detalle de la advertencia de su madre cuando escuchó “que la

madre no regresaría si alguien tocaba a sus bebés” (Monet, 1990). Como si algo hubiese resonado en su propia historia y ésta fuera la ocasión perfecta para recrearla, hizo caso omiso de la advertencia, matando a las crías para, posteriormente, ser descubierta. Mencionó que tomó a las crías para llevárselas a Julie y preguntarle si estaban muertas, luego relató que Julie llamó a Tim por medio de un grito. Es preciso hacer notar que justo después de haberse referido a la acusación de Julie, indudablemente dibujó una sonrisa en su rostro (Monet, 1990).

A través de maniobras para engañarse a sí misma respecto a sus intenciones, Beth buscaba el castigo sin poder escapar de la culpa de un superyó que le reclamaba y la incitaba a escenificar un crimen que quizá se cometió en la fantasía tiempo atrás, como un deseo parricida intenso vivido por las frustraciones cometidas en su contra. Laplanche (1984) sugirió que, si de algo no puede escapar un sujeto es de la angustia misma, donde a manera de despliegue se encuentra la culpa, una ramificación más de la angustia, donde quizá el crimen edípico ha de cometerse como consecuencia de la culpa del crimen previamente fantaseado, saboreado como tatuaje de la especie humana del que no se podría escapar.

Irremediamente Beth ya había hecho suya esa misma ferocidad parental que le fue depositada por medio de identificaciones proyectivas por parte de su padre biológico y quizá también de su madre biológica. Beth no encontró otra salida más que seguir un camino similar del que fue receptora en aquel primer año de vida “por contraidentificación, buscando, a su vez, otros objetos en quienes descargar masivamente sus respectivas identificaciones proyectivas” (Grinberg, 1983, p. 105).

Para finalizar, como referencia a aquellas sonrisas mencionadas en párrafos anteriores y en concordancia con lo mencionado por Lieberman (2005):

Donde lo normal sería un grito, se hace un llamado. Pero el del humor no es cualquier llamado. No es un llamado de auxilio ya que no espera que llegue alguien a responder. El humor resulta bondadoso porque ha renunciado a toda esperanza (p. 173).

Es a través de la observación del video y del comentario que hizo Julie del suceso de Beth al ponerse en evidencia respecto al robo de sus cuchillos, que Beth mostraba

en recurrentes ocasiones alguna “sonrisita”, reflejo de un superyó que hace un llamado a través del humor, las sonrisas como vía irremediable para apaciguar su debilitado yo, recurriendo a éstas como defensa ante su ya instalada vulnerabilidad.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Desde el relato específico e individual de Beth, podemos pensar en la existencia de un superyó sumamente agresivo y cruel, que se deja atrapar ante la demanda de castigo. La posiciona en una inclinación destructiva, custodiada por la pulsión de muerte, que amenaza de manera latente desde la compulsión a la repetición.

Si bien las concepciones teóricas del superyó difieren entre los distintos pioneros que han hecho escuela en psicoanálisis, mi contribución adquiere importancia principalmente desde la evidencia clínica, como campo fértil para contribuciones teóricas posteriores, que permitan hilar el legado psicoanalítico referente al campo de la instancia aquí revisada.

En el recorrido de este estudio de caso me encontré con ciertas limitaciones, por un lado se basa en lo que el material del video ofrece, por lo que se reduce a lo que el entrevistador posibilitó y deja de lado ciertas herramientas como el juego, que habrían brindado mayor alcance y riqueza a mis interpretaciones. Por otro lado, al ser mi objetivo el análisis del superyó de Beth, quedó relegada la totalidad que se pretende desde una metapsicología. Es indudable que no podemos reducir el análisis de un caso a una instancia psíquica y que quedan pendientes en el caso de Beth Thomas muchos otros aspectos por ser abordados.

A partir del soporte teórico que sirvió para argumentar mis observaciones del caso, surgió inevitablemente como interrogante a lo largo del estudio el aspecto diagnóstico, ¿se trata de una psicosis?, ¿podemos hablar en términos de psicopatía o personalidad antisocial?, ¿en qué cambiaría el análisis del superyó de Beth al llevar en paralelo un diagnóstico? Con la conjunción de estos dos aspectos, podríamos acercarnos a una interesante precisión, que implicaría una elaboración más amplia para futuras investigaciones.

Desde la idea freudiana del superyó como heredero del complejo de Edipo, que parece tener sentido en las

neurosis, las piezas no encajan en el caso de las psicosis, como se interrogan Rossetti y Perak (2017, p. 723):

Al definir Freud al superyó como heredero del Complejo de Edipo y resultado de la identificación al padre, nos es lícito interrogar su estatuto en la psicosis, ya que dicha instancia pareciera, desde este punto de vista, quedar limitada sólo a las neurosis.

Freud no consiguió avanzar mucho en el campo de las psicosis, y aunque logró aterrizar sus concepciones del superyó, gracias a sus observaciones de ciertos psicóticos, no dejó en claro si existe la posibilidad de una ausencia o déficit superyoico en algunos sujetos, pues al tratarse de una instancia que engloba consigo ciertas funciones, ¿qué sucede cuando éstas parecieran no presentarse?

En todo caso, Freud fue muy claro tanto en el abordaje amplio que merecen cada una de las instancias psíquicas, como en el peso que se debe otorgar al relato individual, al decir que

No deben concebir esta separación de la personalidad en un yo, un superyó y un ello deslindada por fronteras tajantes, como las que se han trazado artificialmente en la geografía política. No podemos dar razón de la peculiaridad de lo psíquico mediante contornos lineales como en el dibujo o la pintura primitiva; más bien, mediante campos coloreados que se pierden unos en otros, según hacen los pintores modernos. Tras haber separado, tenemos que hacer converger de nuevo lo separado. No juzguen con demasiada dureza este primer intento de volver intuible lo psíquico, tan difícil de aprehender. Es muy probable que la configuración de estas separaciones experimente grandes variaciones en diversas personas, y es posible que hasta se alteren en el curso de la función e involucionen temporariamente (Freud, 1932, p. 74).

Aunque el aspecto diagnóstico no fue el objetivo de mi investigación, quedará como inquietud para ser revisada posteriormente, pues como menciona Sierra-Rubio (2014) pudiera ser incluso una manera de abordar casos que quedan relegados a denominaciones clínicas novedosas que conducen a un bagaje teórico que merece la pena ser replanteado.

REFERENCIAS

- Bleichmar, H. (2016). *Avances en psicoterapia psicoanalítica: Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona, España: Paidós.
- Breu, R., Yosco, G., & Ricardo, L. (2012). *Estudio exploratorio sobre la relación entre superyó y acto delictivo en internos condenados reiterantes. Efectos de una ferocidad muda*. En IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer* (vol. cx). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- _____. (1932). 31ª conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica. En *Obras Completas: Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras (1932-1936)*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Grinberg, L. (1983). *Culpa y depresión: Estudio psicoanalítico*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Hinshelwood, R. D. (1989). *Diccionario del pensamiento Kleiniano*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Juchnowicz, M. (2016). *Carácter y superyó. Dos declinaciones posibles de la alteración del yo*. En VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina.
- Klein, M. (1958). Sobre el desarrollo del funcionamiento mental. *Obras completas* (vol. 3). México: Paidós.
- Laplanche, J. (1984). Reparación y retribución penales. Una perspectiva psicoanalítica. *Revista Trabajo del Psicoanálisis*, 3, 46-61.
- Levisky, D. L. (Noviembre, 1995). *Moral, superyo, delincuencia y democracia*. En IV Encuentro Winnicottiano. Congreso llevado a cabo en Santiago, Chile.
- Lieberman, M. (2005). *Entre la angustia y la risa*. México: UAM.
- Monet, G. (Productor), & Cohn, A. (Director). (1990). *Child of rage [Niño de furia] [DVD]*. EU: Home box office. De <https://www.youtube.com/watch?v=oksKt21-jaY&t=220s>
- Rossetti, A., & Perak, M. (2017). *Reflexiones acerca de superyó en la psicosis*. En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Congreso llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina.
- Sierra-Rubio, M. A. (2014). Sobre el status de la psicopatía en psicoanálisis. *Boletín Científico Sapiens Research*, 4(1), 21-25.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN HOSPITALARIA (HADS) EN MEXICANOS CON ASMA: CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HADS) IN MEXICANS WITH ASTHMA: RELIABILITY AND VALIDITY

Centli Guillén-Díaz-Barriga¹

Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM), FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Cintia Tamara Sánchez Cervantes

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Margarita Fernández Vega

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

RESUMEN

La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) fue concebida como una herramienta de tamizaje para la detección de trastornos afectivos en el ámbito hospitalario ambulatorio, su característica principal es que no incluye reactivos que hagan referencia a funciones físicas o síntomas somáticos. Es empleada frecuentemente para evaluar poblaciones con enfermedades crónicas. El objetivo fue conocer las propiedades psicométricas del HADS en adultos mexicanos con asma. Participaron voluntariamente 75 sujetos de un instituto de salud pública de tercer nivel de atención. La consistencia interna total fue de $\alpha=.901$, para la subescala de ansiedad fue $\alpha=.873$, y para depresión de $\alpha=.771$. Se obtuvieron valores de correlación significativos negativos con control de asma ($r=-.495$, $p < .01$) y calidad de vida específica a la salud ($r=-.480$, $p < .01$), que indica validez de criterio divergente adecuada. Las subescalas de ansiedad y depresión se encontraron altamente correlacionadas ($r=.779$, $p < .01$). El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) produjo un factor que comprendió los 14 reactivos que explicaban el 46.94% de varianza. Los hallazgos sugieren que la HADS es un instrumento práctico para evaluar el afecto negativo común a la ansiedad y depresión.

Palabras clave: asma, ansiedad, depresión, confiabilidad, validez.

ABSTRACT

The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was developed as a screening tool for detecting affective disorders in hospital settings with outpatients. Items referring to somatic or physical symptoms are not included. This scale is frequently used to evaluate populations with chronic diseases. The aim was to evaluate HADS psychometric symptoms in Mexican adults with asthma. Seventy-five asthmatic adults participated in the study and the site of the study was a third level care public health institute. The internal consistency was $\alpha=.901$, values for anxiety and depression sub-scales were $\alpha=.873$ and $\alpha=.771$, respectively. Significant negative correlation values were obtained with asthma control ($r=-.495$, $p < .01$) and

Fecha de recepción: 1 de octubre de 2018

Fecha de aceptación:

¹ Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. De Los Barrios 1, Hab. Los Reyes Ixtacala Barrio de los Árboles/Barrio de los Héroes, 54090 Tlalnepantla, México. Correo electrónico: centlig@hotmail.com

health-specific quality of life ($r=-.480, p <.01$), which indicates adequate divergent criterion validity. Anxiety and depression items were highly correlated ($r=.779, p <.01$). Exploratory Factor Analysis produced one factor that encompassed the 14 items, which explained 46.94% of variance. Findings suggests HADS is a practical tool to assess the negative consequences associated with anxiety and depression.

Keywords: *asthma, anxiety, depression, reliability, validity.*

INTRODUCCIÓN

Derivado de una amplia gama de observaciones e investigaciones, se ha concluido que existen múltiples variables psicológicas asociadas al control de la enfermedad asmática (Ritz, Meuret, Truebba, Fritzsche, & Von Leupoldt, 2013). Debido a su alta prevalencia e incidencia en la población con asma, así como, por su importancia con el control de la enfermedad, destacan las variables de ansiedad y depresión.

A nivel mundial se ha reportado que los sujetos con asma son hasta seis veces más propensos a presentar trastornos de ansiedad y depresión, en comparación con la población sana (Scott et al., 2007). En México, un reporte transversal conducido por Espinosa et al. (2006) puso de manifiesto que hasta el 54% de los sujetos con asma, usuarios del sistema de salud pública, presentan signos de ansiedad; mientras que hasta un 30% manifiesta síntomas de depresión. Por otra parte, Lugo-González, Reynoso-Eraza y Fernández-Vega (2014) documentaron que más del 50% de los asistentes a una clínica de asma ubicada en la Ciudad de México, clasificó con síntomas de depresión clínicamente relevantes, y al menos el 75% presentó ansiedad.

Aunado a las altas cifras de prevalencia, la problemática es de carácter transcendental, ya que se ha evidenciado que la presencia de ansiedad y depresión tiene correlación con una serie de variables negativas como un deterioro importante en el control de la enfermedad asmática (Lavoie, Bordeau, Plourde, Campbell, & Bacon, 2011); se duplica el riesgo de presentar una crisis de asma (Liu et al., 2014); los sujetos visitan con mayor frecuencia los servicios de emergencias (Tany & Saha, 2017); se genera una mala adhesión al tratamiento médico (Ritz et al., 2013); y se tiene un impacto negativo en los niveles de calidad de vida general (Correia de Sousa et al., 2013; Coban & Aydemir, 2014) y en la calidad de vida relacionada a la enfermedad (Lomper, Chudiak, Uchmanowicz, Rosinczuk, & Jankowska-Polanska, 2016).

Conocer la relación entre estas variables es importante, ya que estos datos son el eje de muchas intervenciones psicológicas para este conjunto de sujetos, sin embargo, se debe revisar si estos datos se están obteniendo con instrumentos de evaluación con propiedades psicométricas adecuadas a la población. La valoración de los síntomas de ansiedad y depresión se vuelve una necesidad para el tratamiento integral del sujeto y, por consiguiente, se debe contar con un instrumento con las propiedades psicométricas adecuadas para aportar mediciones válidas y confiables que permitan de forma puntual, identificar los mencionados estados psicológicos.

Dentro de las escalas de evaluación existe un vasto número de instrumentos que emplean múltiples preguntas para medir las esferas cognoscitivas, conductuales y somáticas de la ansiedad y depresión.

En el caso de la evaluación e intervenciones con sujetos mexicanos con asma, los instrumentos empleados han sido el Inventario de Ansiedad de Beck, BAI por sus siglas en inglés (Caballero et al., 2009; Juárez, 2010; Lugo-González et al., 2014), el Inventario de Depresión de Beck, BDI (Caballero et al., 2009; Juárez, 2010; Islas, 2011, Lugo-González et al., 2014), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE (Islas, 2011; Sánchez, 2014), y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, HADS (Lugo-González, 2013; Sánchez, 2014). No obstante, en ninguna de las investigaciones se reportan los niveles de validez y confiabilidad para las escalas en población de sujetos con asma, sino que se consideran las propiedades psicométricas de la población general.

Y es que con los sujetos que padecen asma se debe hacer una consideración importante: los síntomas emocionales de ansiedad y los síntomas fisiológicos como la disnea, taquicardia, sibilancias, cansancio son similares y pueden llegar a confundirse, por lo que hay que ser cuidadoso al determinar y diferenciar entre asma y estado emocional (Guillén & González-Celis, 2019). La importancia de esta consideración es rele-

vante debido a que autores han criticado si el elevado reporte de ansiedad en sujetos con asma se debe a una mala medición, es decir, si lo que están reportando las investigaciones es la sintomatología propia del asma en vez de síntomas de ansiedad (Gold, Thompson, Salvi, Faruqi, & Sullivan, 2014). Otros reportes de investigación se centran en el control de trastornos de ansiedad en sujetos con asma, para así beneficiar el control de la enfermedad y enseñar al sujeto a diferenciar entre los dos estados, por lo que las herramientas de evaluación deben ser lo suficientemente sensibles para distinguir ambas condiciones y así reflejar los cambios alcanzados durante las intervenciones (Parry et al., 2012).

Al respecto de la validez de los instrumentos de evaluación para sujetos con asma mexicanos, Guillén y González-Celis (2019) reportaron que al analizar las propiedades psicométricas del BAI, los reactivos de ansiedad que se asemejaban a los reactivos de asma (dificultad para respirar, sensación de ahogo, opresión torácica) se agruparon en un mismo factor, que no correspondía a los planteados por el autor original. Por lo que, se debe cuestionar si estos reactivos estaban elevando los puntajes de ansiedad, pero en realidad se tratan de síntomas comunes del asma en investigaciones que han empleado esta herramienta de medición (Caballero et al., 2009; Juárez, 2010; Lugo-González et al., 2014).

En el caso de los instrumentos que evalúan la depresión, el BDI es la opción empleada con mayor frecuencia en población mexicana (Caballero et al., 2009; Islas, 2011; Juárez, 2010; Lugo-González et al., 2014), sin embargo, hasta el momento no se reportaron estudios que muestren sus propiedades psicométricas.

Por estos motivos, es significativo buscar opciones de evaluación para dichos estados psicológicos y que pueda ser aplicado en escenarios reales. La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, también conocida como *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), puede ser una buena opción por las razones planteadas a continuación.

La HADS fue creada por Zigmond y Snaith (1983), ambos psiquiatras, para la medición de síntomas de ansiedad y depresión de sujetos que asisten a hospitales de medicina general que, aparentemente, no tienen una patología psiquiátrica. Se originó como contraposición a instrumentos como el General Health Questionnaire

(GHQ) de Golberg y Huxley, que evalúa los trastornos psiquiátricos en sujetos con enfermedades físicas. Y es que hasta ese momento los instrumentos aplicados en población hospitalaria no psiquiátrica generaban una clara superposición entre los síntomas somáticos del trastorno psicológico y los síntomas de la enfermedad física, lo que originaba diagnósticos erróneos (Bjelland, Dahl, Tangen Haug, & Neckelmann, 2002).

Por lo anterior, Zigmond y Snaith (1983) propusieron una herramienta de tamizaje breve y práctica, que tenía como objetivo evitar posibles altas puntuaciones que lleven a falsos positivos debido al origen somático. Es por lo anterior que el contenido de la HADS se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos (como taquicardia, insomnio, pérdida de apetito, sudoración, entre otros), lo que ayuda a evitar atribuciones cuando se aplica a personas que enfrentan enfermedades físicas (López-Alvarenga et al., 2002).

Zigmond y Snaith (1983) señalan que los siete reactivos de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y la revisión de otras escalas, así como de la investigación clínica acerca de las manifestaciones cognitivas de la ansiedad. De esta manera, los reactivos se dirigen a conocer si la persona ha estado tensa, preocupada o ha tenido sensaciones de temor. Por su parte, los siete reactivos de la subescala de depresión se centran en la anhedonia, puesto que, de acuerdo con los autores, es el rasgo psicopatológico central de la depresión. Así, la subescala de depresión indaga cuestiones como la pérdida de interés en las actividades cotidianas, la presencia de pensamientos pesimistas o la incapacidad de reír.

La escala ha sido sometida en diferentes estudios de psicometría, donde ha demostrado valores adecuados de confiabilidad y validez, así como de especificidad y sensibilidad en la detección de ansiedad y depresión en el sujeto físicamente enfermo (De las Cuevas Castresana, García-Estrada, & Gonzalez de Rivera, 1995).

La traducción al castellano y su validación inicial fue llevada a cabo por Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986), quienes obtuvieron un coeficiente alfa de .81 para la sub-escala de ansiedad y un coeficiente alfa de .82 para depresión. Concluyendo que ofrece información separada de ansiedad y depresión, además de ser sensible al cambio después de una intervención psicológica.

En el caso de los datos psicométricos en muestras con sujetos mexicanos que padecen enfermedades crónico-degenerativas, tenemos como primer ejemplo la aportación realizada por López-Alvarenga et al. (2002). Dicho estudio fue realizado con sujetos obesos, y reportaron que el punto de corte para la calificación del cuestionario debía ser de ocho puntos para ansiedad y siete puntos para depresión. El coeficiente de alfa de Cronbach se ubicó en .86, mientras que el coeficiente de correlación intraclase fue de .94. La validez de criterio fue adecuada ya que contó con concordancia con una entrevista clínica estructurada para detectar problemas psicológicos.

Por otra parte, Galindo et al. (2015) exploraron las propiedades de la HADS en una muestra de 400 sujetos con cáncer. El análisis factorial de componentes principales desembocó en dos factores compuestas de 6 reactivos cada uno, similar a la versión original, y revelaban el 48.04% de la varianza explicada. La consistencia interna de la escala global indicó un alfa de .86, y de .79 y .80 para las escalas de ansiedad y depresión respectivamente. La validez de criterio mostró correlación con el inventario de ansiedad de Beck ($r=.612, p < .001$), el inventario de depresión de Beck ($r=.711, p < .001$) y el termómetro de distrés ($r=.523, p < .001$). El punto de corte, por medio de establecer el percentil 75, quedó establecido en 5 puntos para depresión y 6 puntos para ansiedad.

Finalmente, en una investigación realizada por Noguera, Barrientos, Robles y Sierra (2013), en participantes con diagnóstico de infección por VIH, se obtuvo un alfa para la sub-escala de ansiedad de .78, para depresión de .85, y un alfa total de .90. El análisis por componentes principales determinó un solo factor compuesto por 13 reactivos que explicaba el 54.65% de la varianza. Las subescalas de ansiedad y depresión se encontraron fuertemente correlacionadas, lo que llevó a los autores a sugerir que el puntaje total puede estar midiendo el constructo de distrés general.

En el caso específico de la población asmática, la HADS ha sido el instrumento de elección por diversos investigadores para obtener las cifras de prevalencia en ansiedad y depresión (Arlindo-Vieria, Lopes-Santoro, Dracoulakis, Ballini-Caetano, & Godoy-Fernandes, 2011; Espinosa et al., 2006; Labor et al., 2017; Lomper et al., 2016), sin embargo, no se ha realizado el proceso de conocer las propiedades del instrumento en una

muestra de sujetos asmáticos. Al respecto, debe considerarse lo expuesto por Clark et al. (2016), quienes mencionan que los sujetos con enfermedades fisiológicas suelen interpretar las variables psicológicas de manera particular dependiendo de las características somáticas que les acontecen.

Como ya se ha documentado, en el caso de los sujetos con asma parece ser que conjuntan los síntomas somáticos de la enfermedad con los síntomas fisiológicos característicos de ansiedad, lo que hace que otros instrumentos como el Inventario de Ansiedad de Beck resulten poco prácticos para la población asmática (Guillén & González-Celis, 2019).

Por consiguiente, el objetivo general del presente trabajo fue determinar las características psicométricas de confiabilidad y validez de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en una muestra de sujetos adultos con diagnóstico de asma bronquial usuarios de un instituto de salud pública de tercer nivel de atención en México.

MÉTODO

Participantes

Participaron de manera voluntaria, confidencial, consentida e informada 75 sujetos con asma, 58 mujeres y 17 hombres, con un rango de edades entre los 21 y 85 años, que en conjunto reportan una media de edad de 43.95 ± 14.68 . La mayoría eran solteros (44%), con estudios de educación básica (58.7%), empleados u obreros (38.7%), con un promedio de evolución del asma de 14.01 ± 8.10 años (tabla 1). La investigación se realizó durante los meses de junio a octubre del 2017.

Los criterios de inclusión fueron: 1) mayores de 18 años de edad, 2) diagnóstico confirmado de asma por parte del neumólogo tratante en el instituto y, 3) acceder a participar en la investigación y firmar el consentimiento informado.

Los criterios de eliminación consistieron en: 1) dejar inconcluso el 15% o más de algún instrumento de evaluación y, 2) retiro voluntario del participante.

Muestra

Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. El tamaño de la muestra se estableció teniendo

Tabla 1
Características sociodemográficas de los participantes

Variable	Categoría	n = 75 (%)
Sexo	Femenino	58 (77.3)
	Masculino	17 (22.7)
Edad		43.95 ± 14.68
Estado Civil	Soltero	33 (44)
	Casado	32 (42.7)
	Divorciado	6 (8)
	Viudo	4 (5.3)
Escolaridad	Primaria	13 (17.3)
	Secundaria	17 (22.7)
	Preparatoria	14 (18.7)
	Licenciatura	29 (38.7)
	Analfabeta	2 (2.8)
Ocupación	Empleado/Obrero	29 (38.7)
	Ama de casa	26 (34.7)
	Empleada doméstica	7 (9.3)
	Comerciante	8 (10.7)
	Estudiante	4 (5.3)
	Jubilado	1 (1.3)
Tiempo de evolución de la enfermedad (en años)		15.81 ± 13.54

en cuenta que para poder realizar los procedimientos factoriales son necesarios al menos cinco participantes por cada reactivo del instrumento (Carretero-Dios & Pérez, 2005). La HADS cuenta con 14 reactivos, por lo tanto, la cifra mínima de participantes se estableció en 75 sujetos.

Escenario

El estudio se llevó a cabo en la sala de espera de la clínica de asma de un instituto de salud pública de tercer nivel de atención ubicado al sur de la Ciudad de México.

INSTRUMENTOS

Ficha de identificación

Recopila información de las características sociodemográficas de los sujetos: sexo, edad, estado civil, escolaridad, ocupación y años de evolución de la enfermedad. Escala de Ansiedad y Estrés Hospitalario (HADS) de

Zigmond y Snaith (1983): Consta de 14 reactivos, integrado por dos subescalas de siete reactivos cada una: ansiedad (reactivos impares) y depresión (reactivos pares). En las instrucciones se pide al participante que describa cómo se ha sentido durante la última semana incluyendo el día de hoy. Las opciones de respuesta son tipo Likert, las cuales se puntúan del cero al tres, dando un puntaje mínimo de cero y máximo de 21 para cada subescala. Los reactivos 1, 3, 5, 8, 10, 11 y 13 siguen un sentido contrario al objetivo del instrumento que es que, a mayor puntaje mayor número de síntomas emocionales. Por lo tanto, la calificación de cada uno de estos reactivos fue invertida antes de realizar y obtener las puntuaciones finales. Se emplearon los puntos de corte presentados por López-Alvarenga et al. (2002) que establecen el punto de corte para considerar ansiedad en puntajes iguales o mayores a ocho puntos, y depresión en puntajes iguales o mayores a siete puntos. Se empleó este punto de corte ya que son los autores que presentan sus objetivos y resultados dirigidos a la sensibilidad y especificidad del instrumento.

Cuestionario de Calidad de Vida para sujetos con asma (MiniAQLQ) de Juniper et al. (1999): Se encuentra conformado por 15 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert cada una. Se exploran las subescalas de síntomas físicos del asma, función emocional, estímulos ambientales y limitación en las actividades. El instrumento no cuenta con un punto de corte clínico, simplemente indica que a mayor puntuación mejor calidad de vida relacionada a la enfermedad. Para la presente investigación obtuvo un coeficiente de confiabilidad $\alpha=.910$, y tuvo una correlación alta y positiva con el control de la enfermedad ($r=.710$, $p<.01$), lo que nos habla de una validez de criterio convergente adecuada. El objetivo de emplear el MiniAQLQ fue presentar una medida para la validez de criterio divergente, se espera que a mayor puntuación en calidad de vida se encuentren menores puntuaciones de ansiedad y depresión y viceversa.

Cuestionario de Control de Asma, Asthma Control Test (ACT) de Nathan et al. (2004): Diseñado por médicos especialistas en asma, basado en criterios internacionales. Esta medida fue empleada como criterio externo divergente, donde se espera que, a mejor control de la enfermedad haya una menor presencia de síntomas de ansiedad y depresión. En México es recomendado para su uso clínico en las guías del tratamiento del asma nacionales para evaluar el control de la enfermedad (Larenas-Linnemann et al., 2017). El índice de confiabilidad del cuestionario para sujetos mexicanos se ha establecido en $\alpha=.77$ (Guillén & González-Celis, 2019). Se compone de 5 preguntas que evalúan el grado de control de la enfermedad durante las últimas 4 semanas (cuatro hacen referencia a la frecuencia de síntomas, y una pregunta donde el paciente califica su percepción de control de la enfermedad). Las opciones de respuesta puntúan del uno al cinco, donde uno significa ausencia de control, y cinco representa control total; así que a mayor puntaje mejor control de la enfermedad.

PROCEDIMIENTO

El estudio fue previamente aprobado por el Comité de Ciencia y Bioética en Investigación del instituto donde se efectuó la intervención.

Se invitó a participar a todos los sujetos que aguardaban para entrar a su cita médica en la sala de espera de la clínica de asma. El investigador responsable se aproximó de forma individual al paciente, explicó de manera sencilla los objetivos de la investigación e invitó al paciente a formar parte de la misma. Se les proporcionó el consentimiento informado para su lectura, y se les informó que los instrumentos debían ser completados en una única sesión, mientras esperaban a pasar a consulta con el neumólogo. Se destacó que su negativa a participar en la investigación no comprometía su atención médica dentro del instituto. Si aceptaban participar procedían a firmar el consentimiento informado y la hoja de protección de datos personales provista por el instituto.

La batería de instrumentos fue resuelta de forma individual. Para aquellos participantes que no supieran leer, escribir, tuvieran impedimentos visuales, o así lo requirieran, el investigador aplicó los instrumentos en forma de entrevista. El tiempo para llenar los instrumentos varió entre los 15 y 30 minutos por participante.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron procesados con el programa estadístico SPSS en su versión 20. Para las variables categóricas (sexo, estado civil, escolaridad y ocupación) se calcularon frecuencias y porcentajes. Mientras que para las variables continuas (edad, valores de depresión, ansiedad, puntajes de control del asma y calidad de vida) se obtuvieron las medidas de tendencia central: media y desviación estándar. Para la validación del instrumento, se empleó el análisis estadístico descrito y propuesto por Reyes-Lagunes, García y Barragán (2008).

RESULTADOS

Se llevó a cabo el análisis de frecuencias de respuestas, en este primer análisis de distribución se encontró que los 14 reactivos contaron con respuestas en todas y cada una de las opciones a elegir. Por medio del análisis de discriminación se observó que todos los reactivos de la escala fueron capaces de distinguir entre los grupos

de participantes con puntajes por arriba del percentil 75 y por debajo del percentil 25.

Posteriormente se revisaron los valores de correlación de cada reactivo con el total, la correlación al cuadrado con los otros reactivos y el valor de modificación del estadístico de confiabilidad alfa de Cronbach al eliminar el reactivo (tabla 2). Se obtuvo un valor $\alpha = .910$ por los 14 reactivos, de $\alpha = .812$ para el factor de depresión (siete reactivos) y de $\alpha = .873$ para los siete reactivos que conforman el factor de ansiedad.

En la tabla 3 se muestra que los reactivos correlacionaron de moderado a alto con el total de la escala (entre $r = .575$ y $r = .783$, $p < .01$). Las correlaciones entre la sub-escala de ansiedad y los reactivos que la componían fueron altas (de $r = .821$ a $r = .588$, $p < .01$), de igual forma, las correlaciones sub-escala de depresión y reactivos que la componen fueron de $r = .756$ a $r = .559$, $p < .01$, lo que indica correlaciones altas. Cabe señalar, los reactivos de depresión correlacionaron de moderado a

alto con la subescala de ansiedad, y a su vez, los reactivos de ansiedad obtuvieron correlaciones altas con el subtotal de depresión.

El índice de adecuación KMO fue de .839, por lo que se prosiguió con el análisis de componentes principales con rotación ortogonal. En la tabla 4 se aprecia que el análisis arrojó un factor y un indicador que en conjunto explican el 55.688% de varianza total. El factor agrupó a todos los reactivos, y explicó el 46.96% de varianza explicada. Dos reactivos (4 y 6) agruparon como indicador, sin embargo, como la confiabilidad de la escala no se veía afectada al eliminarlos y tenían carga en el primer factor, se decidió conservarlos. El valor de confiabilidad del factor se mantuvo en $\alpha = .910$.

En la tabla 5 se muestran los índices de correlación por cada uno de las sub-escalas, entre ellas y, con el total de la escala HADS. Las correlaciones son altas y estadísticamente significativas. También se aprecian las correlaciones moderadas negativas entre depresión y

Tabla 2
Estadísticos de correlación y de eliminación de elemento del alfa de cronbach la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

Reactivos	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa si se elimina el elemento
1. (A)-Me siento tenso o nervioso.	.713	.671	.901
2. (D)-Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.	.592	.470	.905
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.	.656	.603	.903
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.	.509	.518	.908
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones.	.732	.711	.900
6. (D)-Me siento alegre.	.543	.519	.907
7.(A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajado.	.474	.359	.910
8. (D)-Me siento lento y torpe.	.546	.456	.907
9.(A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago.	.687	.721	.902
10.(D)-He perdido el interés por mi aspecto personal.	.730	.636	.900
11. (A)- Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme.	.664	.668	.902
12. (D)- Espero las cosas con ilusión.	.510	.419	.908
13. (A)- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor.	.726	.756	.900
14. (D)- Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión.	.576	.567	.906

Nota: Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión

Tabla 3
Correlación de reactivos con el total de cada subescala y total general

Reactivos	A- HADS	D- HADS	Total HADS
Ansiedad	1		
1. (A)-Me siento tenso o nervioso.	.802**	.614**	.759**
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.	.756**	.606**	.728**
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones.	.807**	.651**	.575**
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajado.	.588**	.447**	.555**
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago.	.795**	.578**	.737**
11. (A)-Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme.	.745**	.608**	.723**
13. (A)-Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor.	.821**	.627**	.776**
Depresión		1	
2. (D)-Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.	.525**	.733**	.658**
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.	.419**	.688**	.575**
6. (D)-Me siento alegre.	.475**	.684**	.605**
8. (D)-Me siento lento y torpe.	.559**	.559**	.611**
10. D-He perdido el interés por mi aspecto personal.	.724**	.756**	.783**
12. (D)-Espero las cosas con ilusión.	.445**	.677**	.585**
14. (D)-Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión.	.559**	.664**	.644**

Nota: Factores originales del HADS: (A) Ansiedad y (D) Depresión
 * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (2 colas)

calidad de vida ($r = -.480$, $p < .01$), depresión y control del asma ($r = -.453$, $p < .01$), ansiedad y calidad de vida ($r = -.526$, $p < .01$) y ansiedad y control de la enfermedad ($r = -.478$, $p < .01$).

DISCUSIÓN

Los datos de este estudio sugieren que la HADS es una escala de fácil aplicación y utilidad en sujetos mexicanos con diagnóstico confirmado de asma bronquial.

En este caso, a través de la escala HADS se obtuvieron datos de consistencia interna apropiados tanto en su total ($\alpha = .910$), como en la subescala de ansiedad ($\alpha = .873$) y la subescala de depresión ($\alpha = .771$). Estos resultados coinciden con los obtenidos por Barriguete, Pérez, De la Vega, Barriguete y Rojo (2017), Galindo et al. (2015), Nogueta et al. (2013), en los que se obtuvieron valores $\alpha > .80$ en la escala total, y en la subescala

de ansiedad. En el caso de la subescala de depresión, el valor $\alpha < .80$ concurre con lo expuesto por Galindo et al. (2015). En la revisión elaborada por Bjelland et al. (2002) recomiendan que, por ser una escala autoadministrada, el coeficiente de Alpha para este instrumento se ubique por arriba $\alpha = .60$, para considerarse adecuada, valor que es alcanzado en el presente estudio.

La escala correlacionó moderada y negativamente las medidas de calidad de vida ($r = -.480$, $p < .05$) y control de la enfermedad ($r = -.495$, $p < .05$) lo que nos habla de una validez de criterio divergente adecuada.

Al reconocer la extensa comorbilidad entre la ansiedad y la depresión, se esperan correlaciones de moderadas a fuertes entre las subescalas de HADS-A y HADS-D, situación que se presentó en esta investigación ($r = .779$, $p < .01$). Estos niveles correlacionales son similares a los obtenidos por López-Alvarenga et al. (2002), Reda (2011) y Nogueta et al. (2013) en muestras mexicanas.

Tabla 4

Composición factorial de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS en una muestra de sujetos con asma

Reactivos	Factores	
	1	2
5. (A)-Tengo la cabeza llena de preocupaciones.	.794	
13. (A)-Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor.	.787	
10. (D)-He perdido el interés por mi aspecto personal.	.783	
1. (A)-Me siento tenso o nervioso.	.777	
9. (A)-Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago.	.750	
11. (A)-Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme.	.727	
3. (A)-Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.	.718	
2. (D)-Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.	.650	
14. (D)-Soy capaz de disfrutar un buen libro, programa de radio o televisión.	.641	
8. (D)-Me siento lento y torpe.	.615	
6. (D)-Me siento alegre.	.595	.512
12. (D)-Espero las cosas con ilusión.	.571	
7. (A)-Soy capaz de permanecer sentado tranquilo y relajada.	.535	
4. (D)-Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.	.566	.411
% Varianza explicada	46.946	8.743
% Varianza acumulada	46.946	55.688
Alfa de Cronbach	.910	.743

Nota: (A) Reactivo perteneciente a la subescala de Ansiedad, (D) reactivo perteneciente a la sub-escala de Depresión. Análisis de componentes principales, rotación oblicua con normalización Kaiser.

Tabla 5

Correlaciones de la HADS y sus factores con el MiniaQLQ y ACT

	1	2	3	4
HADS - Depresión	1			
HADS - Ansiedad	.779**	1		
HADS Total	.933**	.952**	1	
4. Mini AQLQ (Calidad de vida)	-.480**	-.526**	-.535**	1
5. ACT (Control del asma)	-.453**	-.478**	-.495**	.712**

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ (2 colas)

La presencia de esta alta correlación entre las dos subescalas puede ser explicada de dos formas. Como primera explicación, Burns y Eidelson (1998) argumentan que la correlación entre cualquier medida válida y confiable de depresión y ansiedad debería estar en el nivel de .70; no debido a los síntomas compartidos entre la ansiedad y la depresión, sino a un factor causal común, lo que sugeriría que los valores aquí encontrados resultan ser adecuados.

Otra interpretación sugiere que estos valores correlacionales tan altos en pruebas bidimensionales se debe a que los reactivos del instrumento carecen de una buena propiedad discriminante (Clark & Watson, 1991). Y es que, a pesar del aparente carácter distintivo entre ansiedad y depresión, es difícil distinguir empíricamente estas construcciones.

Múltiples estudios han demostrado que las medidas de autoinforme están altamente correlacionadas, con coeficientes típicamente en el rango de $r=.45$ a $r=.75$. Algunos autores han recomendado no sólo el uso de correlaciones entre subescalas para evaluar su validez divergente, sino también un emplear enfoque multimodal que podría incluir emplear entrevistas clínicas basadas en criterios psiquiátricos como el DSM-V (Bjelland et al., 2002).

En cuanto a la composición factorial de la escala, el análisis arrojó que los reactivos se agruparon en un sólo factor con cargas altas (arriba de .500). Esta situación es contraria a la descrita por Bjelland et al. (2002) donde se reporta que la mayoría de los estudios han generado una composición bifactorial, e incluso en algunos casos se afirma que el HADS se trata de una escala tridimensional (Martin, 2005).

En el caso de muestras mexicanas, Rico, Resptrepo y Molina (2005), Barriguete et al. (2017) y López-Alvarenga (2002), también se han registrado composiciones de dos factores. Empero, los descubrimientos aquí reportados coinciden con los hallazgos de Nogueta et al. (2013), que obtuvieron como resultado una escala unifactorial.

Los resultados presentes podrían sumarse al debate que cuestiona si estos entes deberían ser evaluados de manera conjunta, como un constructo que comprenda ambos padecimientos psicológicos.

Los reactivos de ambas subescalas pudieron haberse agrupado de forma conjunta debido al solapamiento

entre síntomas que ambos estados comparten, como lo son la fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, y la anhedonia. A estos síntomas compartidos se puede englobar como características de un constructo denominado afecto negativo (González, Herrero, Viña, Ibañez, & Peñate, 2004).

Lo esperado en las condiciones de depresión es que impere un estado de tristeza, mientras que en el caso de la ansiedad domine el miedo; y de esta manera poder considerarlas dos entidades psicológicas diferentes, no obstante, Clark y Watson (1991) apuntan que la ansiedad y depresión tienen tres dimensiones: afecto negativo, afecto positivo (particular a la depresión) y activación fisiológica (específica a la ansiedad). Estos autores hacen hincapié en que, por jerarquía, el afecto negativo es el factor de orden superior ya que son las características comunes a ambos estados psicológicos.

De manera similar, Nogueta et al. (2013) consideran que la HADS debe ser abordada como una escala de un único factor llamado distrés psicológico, lo que definen como un estado de sufrimiento emocional que se caracteriza por síntomas característicos de depresión y ansiedad. El distrés es empleado como un constructo indicador en estudios de salud pública y como evaluador de impacto en intervenciones clínicas.

Teniendo en cuenta los datos de correlación entre las subescalas, los altos niveles de correlación entre los reactivos de ansiedad con la escala de depresión y viceversa, los resultados del análisis factorial, así como las propuestas de los autores, se puede convenir que, en el caso de sujetos mexicanos con asma, la herramienta HADS estima en conjunto las características de ansiedad y depresión, es decir, evalúa el afecto negativo de los síntomas o el distrés psicológico del sujeto. Por esta razón, sería conveniente obtener una calificación total de la escala, tal como lo proponen Nogueta et al. (2013).

Como fue mencionado anteriormente, en el caso de los sujetos con asma, el hecho de que la HADS no evalúe los síntomas fisiológicos de la ansiedad representa una gran ventaja en comparación con otros instrumentos de evaluación como el BAI, que incluyen síntomas fisiológicos de ansiedad y lleva a obtener composiciones factoriales donde se vuelve necesario cuestionar si es adecuado el uso de dichos instrumentos (Guillén & González-Celis, 2019).

Los hallazgos aquí documentados llevan a concluir que las propiedades de confiabilidad y validez del HADS para sujetos con asma son adecuados, además representa una gran ventaja la brevedad de la escala, y es muy útil como prueba de tamizaje inicial.

Entre las limitaciones del estudio contamos con que no se trata de una muestra representativa de la probación, y los datos no pueden ser generalizados, ya que la muestra se compuso principalmente de mujeres con escolaridad menor a nueve años, y que asisten a un hospital de salud pública especializado en padecimientos del aparato respiratorio.

Finalmente, se sugiere para investigaciones futuras, ampliar la muestra con el objetivo de efectuar los análisis factoriales confirmatorios correspondientes. Así como explorar la sensibilidad al cambio de la escala, con el objetivo de determinar su efectividad para medir el cambio en las intervenciones terapéuticas dirigidas a sujetos con asma.

REFERENCIAS

- Arlindo-Vieria, A., Lopes-Santoro, I., Dracoulakis, S., Ballini-Caetano, L., & Godoy-Fernandes, A. L. (2011). Anxiety and depression in asthma patients: Impact on asthma control. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 37(1), 13-18. doi:10.1590/S1806-37132011000100004
- Barriguete, M. J., Pérez, B. A., De la Vega, M. R., Barriguete, C. P., & Rojo, M. L. (2017). Validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican population with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 123-130. doi:10.1016/j.rmta.2017.05.001
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Tangen Haug, T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77. doi:10.1016/S0022-3999(01)00296-3
- Burns, D. D., Eidelson, R. J. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the tripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 461-73. doi:10.1037/0022-006X.66.3.461
- Caballero, N., Fernández, M., Salas, J., Chapela, R., & Sánchez Sosa, J. J. (2009). Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, 1, 6-15.
- Carretero-Dios, H., & Pérez, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- Clark, J., Marszalek, J., Bennett, K., Harry, K., Howarter, A., Eways, K., & Reed, K. (2016). Comparison of factor structure models for the Beck Anxiety Inventory among cardiac rehabilitation patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 89, 91-97. doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.08.007
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Coban, H., & Aydemir, Y. (2014). The relationship between allergy and asthma control, quality of life, and emotional status in patients with asthma: A cross-sectional study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 10(1), 78-90. doi:10.1186/s13223-014-0067-4
- Correia de Sousa, J., Pina, A., Cruz, A., Quelhas, A., Almada-Lobo, F., Cabrita, J. & Yaphe, J. (2013). Asthma control, quality of life, and the role of patient enablement: a cross-sectional observational study. *Primary Care Respiratory Journal*, 22(2), 181-187. doi:10.4104/pcrj.2013.00037
- De las Cuevas Castresana, C., García-Estrada, A., & Gonzalez de Rivera, J. L. (1995). "Hospital Anxiety and Depression Scale" y Psicopatología Afectiva. *Anales de Psiquiatría*, 11(4) 126-130.
- Espinosa, L. F., Parra, R., Segura, M., Toledo, N., & Sosa, E., & Torres, S. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, 53(6), 201-206.
- Galindo, V., O., Benjet, C., Juárez, G. F., Rojas, C. E., Riveros Rosas, A., Ponce, J. L. A., ... & Alvarado, A. S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 28(4), doi:10.17711/SM.0185-3325.2015.035
- Gold, L. S., Thompson, P., Salvi, S., Faruqi, R. A., & Sullivan, S.D. (2014). Level of asthma control and health care utilization in Asia-Pacific countries. *Respiratory Medicine*, 108(2), 271-277. doi:10.1016/j.rmed.2013.12.004

- González, M., Herrero, M., Viña, C. M., Ibáñez, I., & Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: Relaciones conceptuales y empíricas entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 289-304.
- Guillén, D. B. C., & González-Celis R. A. L. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en adultos asmáticos. *Psicología y Salud*, 29(1) 5-16.
- Islas, S. N. (2011). *Efecto de una intervención cognitivo-conductual para el control del asma en pacientes mal controlados*. México: UNAM. Tesis de maestría.
- Juárez, L. A. (2010). *Evaluación de una intervención psicológica para mejorar la adherencia terapéutica sobre la calidad de vida de pacientes con asma*. México: UNAM. Tesis de maestría.
- Juniper, E., Guyatt, G., Cox, F., Ferrie, P., & King, D. (1999). Development and validation of the Mini Asthma Quality of Life Questionnaire. *European Respiratory Journal*, 14(1), 32-38. doi:10.1034/j.1399-3003.1999.14a08.x
- Labor, M., Labor, S., Jurić, I., Fijačko, V., Grle, S. P., & Plavec, D. (2017). Long-term predictors of anxiety and depression in adult patients with asthma. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 129(19-20), 665-673. doi:10.1007/s00508-017-1203-1
- Larenas-Linnemann, D., Salas-Hernández, J., Vázquez-García, J.C., Ortiz-Aldana, I., Fernández-Vega, M., & Del Río-Navarro, B.E. (2017). Guía Mexicana del Asma. *Revista Alergia México*, 64(1), s11-128.
- Lavoie, K., Bodreau, M., Plourde, A., Campbell, T., & Bacon, S. (2011). Association between generalized anxiety disorder and asthma morbidity. *Psychosomatic Medicine*, 73(6), 504-513. doi: 10.1097/PSY.0b013e318222e9fc
- Liu, S., Wu, R., Li, L., Li, G., Zhang, X., Guo, Y., Wang, & Li, H. (2014). The prevalence of anxiety and depression in Chinese asthma patients. *PLoS ONE*, 9(7), e103014. doi:10.1371/journal.pone.0103014
- Lomper, K., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Rosinczuk, J., & Jankowska-Polanska, B. (2016). Effects of depression and anxiety on asthma-related quality of life. *Pneumonologia i Alergologia Polska*, 84(4), 212-221. doi:10.5603/PiAP.2016.0026
- López-Alvarenga, J.C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, A.E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Lugo-González, I., Reynoso-Erazo, L., & Fernández-Vega, M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 73(2), 114-121.
- Lugo-González, I., V. (2013). *Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre el estado emocional y síntomas de la enfermedad en pacientes asmáticos*. México: UNAM. Tesis de maestría.
- Martin, C. R. (2005). What does the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) really measure in liaison psychiatry settings? *Current Psychiatry Reviews*, 1(1), 69-73. doi:10.2174/1573400052953510
- Nathan, R.A., Sorkness, C.A., Kosinski M, Schatz, M., Li, T., Marcus, P., Murray, J., & Pendergraft, T. (2004). Development of the asthma control test: A survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59-65. doi:10.1016/j.jaci.2003.09.008
- Nogueda, O. M., Barrientos, C. V., Robles, G. R., & Sierra, M. J. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2), 29-37.
- Parry, G.D., Cooper, C.L., Moore, J.M., Yadegarfar, G., Campbell, M.J., Esmonde, L.... & Hutchcroft, B.J. (2012). Cognitive behavioral intervention for adults with anxiety complications of asthma: Prospective randomized trial. *Respiratory Medicine*, 106(6), 802-810. doi:10.1016/j.rmed.2012.02.006
- Reda, A. (2011). Reliability and validity of the Ethiopian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in HIV infected patients. *PLoS ONE*, 6 (1), e16049. doi: 10.1371/journal.pone.0016049
- Reyes-Lagunes, I., & García Barragán, L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving & R. Sánchez-Aragón (Eds.), *La Psicóloga Social en México* (vol. XII) (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rico, J., Resptrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD) en una muestra de pacientes con

- cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*, 3(1), 73-86.
- Ritz, T., Meuret, A., Trueba, A., Fritzsche, A., & von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 231-250. doi:10.1037/a0030187
- Sánchez, C. C. T. (2014). *Retroalimentación biológica para el manejo de ansiedad, depresión y control del asma en adultos*. México: UNAM. Tesis de maestría.
- Scott, K., Von Korff, M., Ormel, J., Bruffaerts, R., Alonso, J., & Bromet, E. J. (2007). Mental disorder among adults with asthma: Results from the World Mental Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 29(2), 123-133. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.12.006
- Tany, R. F., & Saha, A. K. (2017). A study on stress and anxiety in relation to asthma. *Journal of Psychosocial Research*, 12(1), 117-126. doi:10.1186/s40733-015-0007-1.
- Tejero, A., Guimerá, E., Farré, J., & Perri, J. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: Un estudio de sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 12, 233-238.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

SÍNDROME DE BOREOUT EN TRABAJADORES BABY BOOMERS, X Y MILLENNIALS DE LA CIUDAD DE MÉXICO

*BOREOUT SYNDROME IN BABY BOOMER, X AND MILLENNIAL EMPLOYEES
FROM MÉXICO CITY*

Bryan E. García-González¹

Erika Villavicencio-Ayub

Melissa García

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

RESUMEN

Se evaluaron los niveles del síndrome *Boreout* en trabajadores mexicanos, utilizando la Escala de Síndrome de *Boreout*, adaptada para la población mexicana (Barrios & Velasco, 2016). Se realizó un estudio no experimental, de corte trasversal. Participaron 268 trabajadores con edades entre 19 y 70 años, de las generaciones baby boomer, x y millennial, de los cuales el 54% fueron hombres. Se esperaba que el síndrome se presentara en niveles altos en millennials, en niveles moderados en la generación x y en niveles bajos en baby boomers. No obstante, se encontró que los niveles del síndrome de *Boreout* fueron generalmente bajos y no difirieron entre generaciones ($F(2, 265) = 2.597, p > .05$). Se discute sobre la necesidad de seguir desarrollando métodos para evaluar el síndrome de *boreout* con la finalidad de diseñar intervenciones efectivas para su tratamiento y medidas preventivas para el mismo.

Palabras claves: Síndrome de *Boreout*, infraexigencia laboral, baby boomer, generación x, millennial

ABSTRACT

Boreout Syndrome levels were evaluated in Mexican employees, using the Boreout Syndrome Scale adapted for the Mexican population (Barrios & Velasco, 2016). A non-experimental, cross-sectional study was performed. 268 employees between the ages of 19 and 70 years old participated. Participants were from Baby Boomer, X and Millennial generations and 54% were men. It was expected that the Syndrome was higher in Millennials, spread moderately in X Generation and low in Baby Boomers. Instead, it was found that Boreout Syndrome levels were generally low and did not differ among generations ($F(2, 265) = 2.597, p > .05$). The need to continue developing methods for evaluating the Boreout Syndrome is discussed in this article, with the aim to design effective interventions for its treatment and preventive measures for it.

Keywords: Boreout Syndrome, job infraexigency, Baby Boomer, X Generation, Millennial

Fecha de recepción: 23 de marzo de 2018

Fecha de aceptación: 5 de marzo de 2019

¹ Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3000, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México.
Correo electrónico: bryan.garciagonzalez@yahoo.com.

Introducción

En las últimas décadas, el interés por el estudio de los factores psicosociales en el mundo laboral ha incrementado debido a que han aparecido nuevas formas de organización y con ello nuevos problemas laborales (Cabrera Noriega, 2014). Algunos de estos problemas involucran disminuciones en el rendimiento de los trabajadores ocasionadas en gran medida por las condiciones laborales a las que son expuestos (Peiró & Tetrick, 2011). Dentro de estos casos se encuentra el síndrome de *Boreout* o síndrome de aburrimiento laboral, el cual se ha descrito como una situación de aburrimiento crónico que resulta en un estado de desinterés por el trabajo y por la organización, debida a los bajos niveles de exigencia laboral (Rothlin & Werder, 2009). Las personas diagnosticadas con síndrome de aburrimiento laboral reportan sentir falta de motivación, pérdida de la concentración, cansancio al llegar a su lugar de trabajo, apatía hacia cualquier actividad laboral y un sentimiento de frustración constante debido a que sus habilidades superan las requeridas para realizar las tareas que les son asignadas (Aguilar-Pérez & Tapia-García, 2013). De manera paralela a esta situación de malestar, los trabajadores comienzan a realizar actividades diferentes a las del trabajo como navegar en internet, hablar por teléfono y chatear, con la finalidad de relajarse. Sin embargo, la situación se sale de control y se convierte en una distracción que les impide cumplir con sus funciones laborales (Gómez-Tenorio & Tapia-García, 2013). Para disimular su bajo rendimiento laboral y evitar que les sean asignadas nuevas tareas, los trabajadores aparentan estar ocupados en el trabajo, emitiendo conductas como transportar papeles de un lugar a otro, simular mantener llamadas telefónicas de trabajo, realizar comentarios acerca de su excesiva carga laboral y fingir llevar trabajo a casa (Barrios & Velasco, 2016).

El síndrome de aburrimiento laboral disminuye la productividad de las organizaciones, por lo que resulta en una serie de costos económicos. De hecho, en algunas empresas estadounidenses se ha reportado que los costos monetarios debidos a los bajos niveles de productividad asociados al síndrome fueron mayores a los 750 millones de dólares al año, lo que fue equivalente a más de 5 mil dólares por trabajador al año (Cabrera Noriega, 2014; Rothlin & Werder, 2009). Debido a los altos costos que representa el síndrome de aburrimien-

to laboral para las organizaciones, se han comenzado a investigar los factores de riesgo asociados al síndrome. No obstante, la ausencia de instrumentos de medición ha dificultado su evaluación, por lo que la literatura a nivel internacional es escasa y actualmente no se cuenta con datos para México.

Algunos de los factores de riesgo asociados al síndrome de aburrimiento laboral que se han descrito en la literatura, incluyen que las funciones del trabajador estén por debajo de sus capacidades (i. e., infraexigencia laboral), que las actividades que realiza sean monótonas, tediosas y carezcan de un sentido personal y que no exista la autonomía en la organización, respecto a la toma de decisiones (Cabrera Noriega, 2014). Adicionalmente, se ha mencionado que este síndrome aparece cuando el esfuerzo de los trabajadores no es valorado adecuadamente a nivel económico, ni a nivel de reconocimiento social, así como por la imposibilidad de promocionarse y ascender en su línea de carrera (Azabache, 2016).

En la literatura se ha descrito que, además de las condiciones laborales a las que son expuestos los trabajadores, algunas características personales pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de algunas enfermedades ocupacionales. Una de ellas es la generación a la que pertenecen los trabajadores. De manera general, una generación se refiere a un grupo de personas que nació en un periodo determinado bajo condiciones políticas, económicas y sociales particulares que han influido de manera sistemática en el comportamiento de dichas personas (Strauss & Howe, 1997). Al respecto, se ha reportado que la adicción al trabajo se presenta con mayor frecuencia en la generación de baby boomers en comparación con trabajadores de la generación x y de los millennials (Gibson, Greenwood, & Murphy, 2009). Esta diferencia se ha atribuido a que la generación de baby boomers tiende a ser competitiva y a dedicar una cantidad excesiva de tiempo a su trabajo, de tal manera que descuidan aspectos de su vida personal, mientras que los x y los millennials tienden a mantener un equilibrio entre su vida laboral y su vida personal (Crampton & Hodge, 2006; Lawrence, 2005). Respecto a los millennials, se ha reportado que tienden a aburrirse en el trabajo con mayor facilidad que las personas pertenecientes a las generaciones x y baby boomers (Gibson et al., 2009). Esto último es importante porque plantea la posibilidad de que, así como la adicción al trabajo

tiende a presentarse principalmente en baby boomers, el síndrome de aburrimiento laboral pueda presentarse principalmente en millennials. No obstante, hasta la fecha se desconoce si el síndrome se presenta diferencialmente en trabajadores de distintas generaciones.

Las condiciones laborales actuales a las que son expuestos los trabajadores mexicanos parecen contar con algunos factores de riesgo asociados al síndrome de aburrimiento laboral como son la monotonía de las tareas, la falta de ascensos de puesto, los salarios bajos y el bajo reconocimiento social, por lo que parece posible que este síndrome se presente en múltiples escenarios. Debido a los altos costos económicos y humanos en los que resulta el síndrome para las organizaciones, el interés del presente estudio fue evaluar los niveles de síndrome de aburrimiento laboral en trabajadores mexicanos de las tres generaciones que predominan en el campo laboral, utilizando la Escala de Síndrome de *Boreout* adaptada para población mexicana (Barrios & Velasco, 2016). La hipótesis fue que el síndrome se presentaría en niveles altos en millennials, en niveles moderados en la generación x y en niveles bajos en baby boomers.

MÉTODO

Diseño

Con el objetivo de comparar los niveles del síndrome de aburrimiento laboral entre trabajadores mexicanos de diferentes generaciones, se realizó un estudio no experimental, de corte trasversal.

Participantes

Participaron 268 trabajadores de organizaciones públicas y privadas de la Ciudad de México. Los participantes fueron seleccionados por conveniencia, considerando como requisitos ser mexicanos, estar laborando actualmente y tener más de 18 años. Se contó con la participación de 31 baby boomers, 108 personas de la generación x y 129 millennials. Se consideró como baby boomers a aquellos nacidos entre 1943 y 1960, a los x como aquellos nacidos entre 1961 y 1981, y a los millennials como aquellos nacidos después de 1982. Los rangos de edad fueron tomados de Strauss y Howe (1997). Las características sociodemográficas de los participantes se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de los trabajadores de cada generación

Generación	Sexo	Escolaridad	Sector laboral	Estado civil	Puesto
Baby boomers	Hombres 67.7%	Primaria 9.7%	Privado 58.1%	Soltero 16.1%	Operativo 61.3%
	Mujeres 32.3%	Secundaria 29%	Público 41.9%	Casado 74.2%	Medio 29%
		Bachillerato 25.8%		Otro 9.7%	Directivo 9.7%
		Licenciatura 25.8%			
		Posgrado 9.7%			
Generación x	Hombres 48.1%	Primaria 13%	Privado 76.9%	Soltero 21.3%	Operativo 78.7%
	Mujeres 51.9%	Secundaria 25.9%	Público 23.1%	Casado 61.1%	Medio 17.6%
		Bachillerato 28.7%		Otro 17.6%	Directivo 3.7%
		Licenciatura 26.9%			
		Posgrado 5.9%			
Millennials	Hombres 55.8%	Primaria 3.1%	Privado 80.6%	Soltero 62%	Operativo 74.4%
	Mujeres 44.2%	Secundaria 27.9%	Público 19.4%	Casado 17.8%	Medio 24%
		Bachillerato 31%		Otro 20.2%	Directivo 1.6%
		Licenciatura 35.7%			
		Posgrado 2.3%			

Instrumentos

Se utilizó la Escala de Síndrome de Boreout adaptada para población mexicana de Barrios y Velasco (2016), adaptada de la escala original de Cabrera Noriega (2014). El instrumento cuenta con un alfa de Cronbach de .81 y está conformado por tres factores distribuidos en 14 reactivos. Los factores que conforman el instrumento son: desinterés laboral (tres reactivos), infraexigencia laboral (cuatro reactivos) y sobrecarga de trabajo imaginaria (siete reactivos). Algunos de los reactivos que conforman los factores son “prefiero practicar con mis compañeros que hacer mi trabajo” para desinterés laboral, “puedo dar más de lo que el jefe me exige” para infraexigencia laboral y “cuando salgo del trabajo procuro cargar documentos para aparentar que tengo mucho trabajo” para sobrecarga de trabajo imaginaria. Los reactivos cuentan con cuatro opciones de respuesta en una escala tipo Likert que va desde nunca, casi nunca, casi siempre y siempre (ver Anexo 1).

Procedimiento

La escala se aplicó durante el periodo de junio a septiembre de 2017 de manera manual utilizando lápiz y papel o virtualmente mediante la plataforma de inventarios de Google. En ambos casos, se presentó un consentimiento informado en el cual se le explicó a los trabajadores que su participación era totalmente voluntaria, que se mantendría el anonimato de la información recabada y que ésta sería utilizada exclusivamente con fines de investigación. Finalmente, se agradeció su participación y se les proporcionó información sobre la investigación. Las instrucciones utilizadas fueron las siguientes:

La Facultad de Psicología de la UNAM está realizando una investigación sobre el aburrimiento laboral que presentan los trabajadores mexicanos. A continuación, se presenta un conjunto de afirmaciones. Por favor seleccione la opción de respuesta que mejor des-

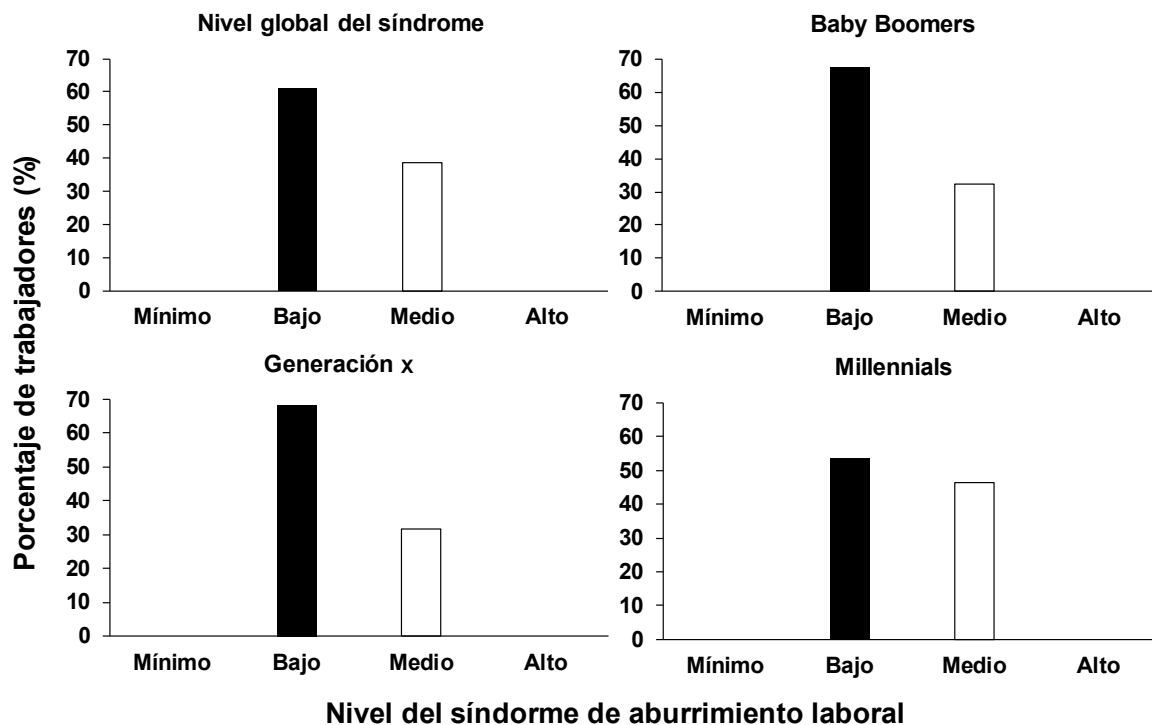


Figura 1

Porcentaje de trabajadores que presentaron el síndrome de aburrimiento laboral según sus diferentes niveles: mínimo, bajo, medio y alto. En el panel superior izquierdo se muestra el porcentaje total de los trabajadores, en el panel superior derecho se muestra el porcentaje de los trabajadores baby boomers, en el panel inferior izquierdo se muestra el porcentaje de los trabajadores de la generación x y en el panel inferior derecho se muestra el porcentaje de los trabajadores millennials.

criba su caso. Cabe aclarar que no existen respuestas correctas o incorrectas. Sus respuestas serán anónimas y se utilizarán únicamente con fines de investigación. Se solicita que únicamente responda el cuestionario si usted se encuentra laborando actualmente.

Resultados

Se compararon los niveles del síndrome de aburrimiento laboral en trabajadores mexicanos de diferentes generaciones a través de los puntajes obtenidos en Escala de Síndrome de *Boreout* (Barrios & Velasco, 2016). De acuerdo con los valores del instrumento, una puntuación global dentro de un rango de cero a 13 se consideró como un nivel mínimo del síndrome, con valores de 14 a 26 un nivel bajo, con valores de 27 a 40 un nivel medio y con valores de 41 a 56 un nivel alto. En la Figura 1 se muestra el porcentaje de trabajadores que presentaron el síndrome de aburrimiento laboral según sus diferentes niveles de manera global y para cada una de las generaciones.

En la presente investigación, el síndrome de aburrimiento laboral se presentó únicamente en niveles bajos y medios, siendo el nivel bajo el que predominó en las tres generaciones ($M = 25.49$, $DE = 3.57$). Se encontró que las puntuaciones globales fueron similares entre trabajadores baby boomers ($M = 24.80$, $DE = 3.71$), "x" ($M = 25.18$, $DE = 3.46$) y millennials ($M = 26.06$, $DE = 3.57$). Asimismo, se encontró que los puntajes obtenidos en los tres factores del instrumento fueron similares para los trabajadores de cada generación (ver Tabla 2).

Para determinar si las diferencias en las puntuaciones globales fueron estadísticamente significativas, según la generación a la que pertenecían los trabajadores, se realizó un ANOVA de una vía. De acuerdo con este análisis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones globales ($F(2, 265) = 2.597$, $p > .05$). De manera similar, se realizó un ANOVA de una vía para comparar las puntuaciones obtenidas en cada factor del instrumento. De acuerdo con los análisis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas en desinterés laboral ($F(2, 265) = .060$, $p > .05$), infraexigencia laboral ($F(2, 265) = 2.888$, $p > .05$) y sobrecarga de trabajo imaginaria ($F(2, 265) = 2.815$, $p > .05$). Adicionalmente se analizaron las puntuaciones globales y las obtenidas en cada uno de los tres factores del ins-

Tabla 2
Medias y desviaciones estándar de los puntajes obtenidos en los tres factores de la escala de síndrome de boreout en trabajadores de distintas generaciones

Generación	Desinterés laboral	Infraexigencia laboral	Sobrecarga de trabajo imaginaria
Baby boomers	= 2.10 (DE = .58)	= 1.98 (DE = .33)	= 1.31 (DE = .34)
Generación X	= 2.11 (DE = .49)	= 1.95 (DE = .28)	= 1.30 (DE = .36)
Millennials	= 2.09 (DE = .44)	= 2.02 (DE = .30)	= 1.41 (DE = .38)

trumento, según las diferentes variables sociodemográficas utilizando las pruebas *t* de Student para muestras independientes y ANOVA de una vía, según el caso. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar por sexo, estado civil, sector laboral o puesto. Las únicas diferencias que se encontraron fueron por escolaridad, tanto en las puntuaciones globales ($F(4, 263) = 6.415$, $p < .05$) como en las obtenidas en desinterés laboral ($F(4, 263) = 4.789$, $p < .05$), infraexigencia laboral ($F(4, 263) = 2.724$, $p < .05$) y sobrecarga de trabajo imaginaria ($F(4, 263) = 3.536$, $p < .05$). Sin embargo, al analizar el tamaño del efecto de las diferencias, se encontró que, aunque fueron estadísticamente significativas, estas resultaron ser irrelevantes ($\eta^2 = .089$; $\eta^2 = .068$; $\eta^2 = .040$ y $\eta^2 = .051$, respectivamente).

DISCUSIÓN

Las condiciones laborales a las que son expuestos los trabajadores mexicanos cuentan con una gran cantidad de factores de riesgo asociados al síndrome de aburrimiento laboral. Al respecto, se esperaba que el síndrome se presentara en niveles altos en millennials, en niveles moderados en la generación x y en niveles bajos en baby boomers. No obstante, los participantes de la presente investigación reportaron bajos niveles del sín-

drome. Este hallazgo fue similar al reportado por Daza, Plaza y Hernández (2017), quienes encontraron que el 78% de los trabajadores colombianos que participaron en su estudio mostraron bajos niveles del síndrome, mientras que el 21% mostró niveles moderados y sólo el 1% niveles altos. Aunque aparentemente el síndrome de aburrimiento laboral se presenta en niveles bajos en trabajadores mexicanos, es importante considerar que sus respuestas pudieron sesgarse por deseabilidad social, al tratar de dar respuestas que consideraran apropiadas para los investigadores o para la organización en la que laboraban, por lo que existe la posibilidad de que la presencia del síndrome se haya subestimado en el presente estudio. Esta posibilidad, sugiere la incorporación de otros indicadores para evaluar el síndrome como son el cumplimiento de objetivos por parte de los trabajadores, el número de errores que se presentan durante la jornada laboral e incluso los posibles accidentes laborales ocasionados por la falta de concentración en sus actividades.

A pesar de que en la literatura se ha descrito que algunas enfermedades ocupacionales tienden a predominar en personas de generaciones específicas (e. g., la adicción al trabajo en Baby Boomers; Gibson et al., 2009), parece ser que el síndrome de aburrimiento laboral no se presenta diferencialmente entre baby boomers, x y millennials mexicanos. Este hecho sugiere que las variables que resultan en el síndrome se presentan de la misma manera en los trabajadores de las tres generaciones. Sin embargo, es importante destacar que, la presente investigación consistió en una primera aproximación al fenómeno, por lo que las conclusiones que se pueden obtener a partir de los datos son limitadas.

Debido a que la presente investigación fue de tipo exploratoria, es importante considerar detalles metodológicos relacionados con el instrumento utilizado, pues además de la deseabilidad social, una segunda variable que podría explicar los bajos niveles del síndrome en los participantes y que pudo oscurecer las diferencias entre los niveles de aburrimiento laboral de los trabajadores de las distintas generaciones es el estrecho rango de valores posibles en la escala de respuesta, ya que sólo estuvieron disponibles cuatro opciones (nunca, casi nunca, casi siempre y siempre) y al menos el 85% de las respuestas de los participantes

se encontraron entre el primer y el segundo valor de la escala (nunca y casi nunca, respectivamente) en diez de los 14 reactivos del instrumento, de tal manera que la variabilidad entre las respuestas de los participantes se pudo ver limitada. En futuras investigaciones se podrían utilizar instrumentos psicométricos con una mayor cantidad de opciones de respuesta, con la finalidad de amplificar la variabilidad de las respuestas de los participantes.

La ausencia de métodos de evaluación ha limitado la investigación sobre el síndrome de aburrimiento laboral, por lo que las investigaciones empíricas sobre el tema son escasas. Hasta donde los autores saben, esta investigación es el primer reporte empírico realizado con trabajadores mexicanos y es la primera comparación entre trabajadores de diferentes generaciones, al respecto del síndrome. Al tratarse de una aproximación inicial al fenómeno, el presente trabajo es susceptible de ser mejorado en diferentes aspectos. Algunos de los posibles cursos de acción consistirían en seleccionar participantes de diferentes entidades de la República de manera aleatoria, con el objetivo de generalizar los resultados a la población mexicana, así como equiparar el número de trabajadores de cada generación para realizar las comparaciones, pues en el presente estudio, la limitada disponibilidad de participantes resultó en que el número de participantes de cada generación fuera considerablemente diferente entre sí. Adicionalmente, los trabajadores de cada generación podrían ser equiparados según las distintas variables sociodemográficas, con el propósito de analizar sus efectos aisladamente al respecto del síndrome. Además, sería importante considerar que en algunas ocasiones las personas podrían cometer errores al momento de evaluarse, otorgándose una calificación más favorable en comparación con la evaluación que darían otras personas sobre la misma característica (i. e., error de indulgencia; Gil-Flores, 2007). Este hecho es importante, ya que al momento de utilizar autoreportes para evaluar el síndrome, dicho reporte podría sesgarse y resultar en una especie de autoindulgencia. En futuras investigaciones se podrían utilizar métodos de observación directa que permitan registrar algunas de las conductas relacionadas con el síndrome de aburrimiento laboral (e. g., chatear) en los escenarios naturales con la finalidad de cotejar los registros conductuales con las respuestas verbales reca-

badas con instrumentos psicométricos, así como con otros indicadores del síndrome como el cumplimiento de objetivos.

El síndrome de aburrimiento laboral constituye una condición desfavorable para los trabajadores y para las organizaciones, pues resulta en una sensación de malestar a nivel personal y en una pérdida de productividad para la organización. Por ello, es necesario realizar investigaciones que nos permitan identificar las variables que resultan en este síndrome, con la finalidad de implementar intervenciones efectivas para su tratamiento y desarrollar medidas preventivas para el mismo. Al respecto, la escasa evidencia empírica sugiere que proveer de autonomía a los trabajadores, establecer desafíos laborales y disponer de métodos innovadores y creativos en lugar de procedimientos estandarizados pueden reducir los efectos negativos del síndrome (Stock, 2015; 2016). Sin embargo, aún queda mucho por descubrir sobre los factores psicosociales relacionados con el síndrome y será de suma importancia adaptar las estrategias organizacionales a través de la diversidad que existe entre organizaciones, generaciones y culturas. En conclusión, el síndrome de aburrimiento laboral representa uno de los nuevos retos en salud ocupacional y requiere de investigaciones empíricas para el desarrollo de métodos para su detección y manejo oportuno.

REFERENCIAS

- Aguilar-Pérez, V. M., & Tapia-García, O. (2013). El síndrome de Boreout. *Primer Congreso Estatal de Ciencias Administrativas, 1*, 3-9.
- Azabache, K. A. (2016). *Construcción y propiedades psicométricas de la escala del síndrome de boreout – ESB en colaboradores adultos de Trujillo*. (Tesis doctoral). Universidad César Vallejo, Perú.
- Barrios, C. R., & Velasco, J. B. (2016). *Adaptación de un instrumento para medir el síndrome de aburrimiento al trabajo (boreout) en población laboral mexicana*. (Tesis de licenciatura no publicada). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cabrera Noriega, L. E. (2014). Síndrome de Boreout: Diseño, confiabilidad y validación preliminar de un instrumento para su medición. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud, 46(3)*, 259-265.
- Crampton, S. M., & Hodge, J. W. (2006) The supervisor and generational differences. *Academy of Organizational Culture, Communications and Conflict: Proceedings, 11(2)*, 19-22.
- Daza, D., Plaza, M. T., & Hernández, H. E. (2017). Factores de riesgo intralaboral asociados al clima organizacional y su efecto sobre el síndrome de boreout en el sector salud. *Revista Espacios, 38(58)*, 3.
- Gibson, J. W., Greenwood, R. A., & Murphy, E. F. Jr. (2009). Generational differences in the workplace: Personal values, behaviors and popular beliefs. *Journal of Diversity Management, 4(3)*, 1-8. doi:10.19030/jdm.v4i3.4959
- Gil-Flores, J. (2007). La evaluación de competencias laborales. *Educación XXI, 10*, 83-106.
- Gómez-Tenorio, E. D., & Tapia- García, O. (2013). El síndrome del Boreout, sus estadios y estrategias. *Primer Congreso Estatal de Ciencias Administrativas, 1*, 52-58.
- Lawrence, G. S. (2005). Medical professionalism and the generation gap. *Association of Professors of Medicine, 118(4)*, 439-442. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.021
- Peiró, J. M., & Tetrick, L. (2011). *Occupational health psychology. IAAP handbook of applied psychology*. London, Reino Unido: Wiley-Blackwell.
- Rothlin, P., & Werder, P. (2009) *El nuevo síndrome laboral boreout, recupera la motivación*. New York, NY: De Bolsillo.
- Stock, R. M. (2015). Is boreout a threat to frontline employees' innovative work behavior? *Journal of Product Innovation Management, 32(4)*, 574-592. doi:10.1111/jpim.12239
- Stock, R. M. (2016). Understanding the relationship between frontline employee boreout and customer orientation. *Journal of Business Research, 69(10)*, 4259-4268. doi:10.1016/j.jbusres.2016.02.037
- Strauss, W., & Howe, N. (1997). *The fourth turning: What the cycles of history tell us about America's next rendezvous with destiny*. New York, NY: Broadway Books.

ANEXO 1

Escala de síndrome de burnout adaptada para población mexicana (Barrios & Velasco, 2016)

Datos sociodemográficos

Edad:	Sexo:	M	F
Puesto u ocupación:	Estado Civil:		
Escolaridad:			
Sector en el que trabaja:	Público		Privado

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. Prefiero platicar con mis compañeros que hacer mi trabajo.				
2. La cantidad de trabajo que tengo va de acuerdo con mi capacidad.				
3. Solicito a mi jefe más tiempo del necesario para realizar un trabajo.				
4. Me preocupo en hacer con un nivel de excelencia mis actividades en el trabajo.				
5. Puedo dar más de lo que el jefe me exige.				
6. Hago pausas largas mientras realizo un proyecto.				
7. Si me atraso en un proyecto en equipo culpo a mis compañeros.				
8. Cuando salgo del trabajo procuro cargar documentos para aparentar que tengo mucho trabajo.				
9. Si puedo evadir por un tiempo la responsabilidad de una tarea laboral me siento relajado.				
10. Si estoy ocupado en actividades ajenas al trabajo trato de que nadie lo note.				
11. Puedo pasar horas sin saber qué hacer en el trabajo.				
12. En el trabajo ocupo tiempo para proyectos personales.				
13. Me quedo más tiempo en el trabajo, aunque ya no tenga nada que hacer.				
14. Dejo documentos sin revisar o correos por varios días.				

NORMAS EDITORIALES

Los manuscritos susceptibles a ser publicados deberán corresponder a uno de los siguientes rubros:

Estudios empíricos: Son informes de investigaciones originales que ponen a prueba hipótesis, presentando nuevos análisis de datos que no se consideraron o abordaron en informes anteriores.

Reseñas de la literatura: Son evaluaciones críticas de material que ya ha sido publicado con el propósito de definir y aclarar problemas, informar acerca del estado de la investigación en curso, identificar relaciones, contradicciones, diferencias e inconsistencias para así proponer otras formas de resolver el problema estudiado. Incluyen las síntesis y los meta-análisis.

Artículos teóricos: Presentan información empírica basada en la literatura de investigación existente con el objetivo de promover avances a la teoría en cuestión. El propósito principal es ampliar o refinar los constructos teóricos, presentar una nueva teoría o bien, analizar una teoría existente señalando sus fallas o demostrando la ventaja de otra teoría sobre aquella.

Artículos metodológicos: Presentan nuevas aproximaciones metodológicas, modificaciones de métodos existentes o comentarios de aproximaciones cuantitativas y de análisis de datos, aportando datos empíricos para ilustrar la aproximación. Asimismo proporcionan detalles suficientes para que el lector compare los métodos propuestos con aquellos de uso vigente.

Estudios de caso: Son informes obtenidos al trabajar con un individuo, un grupo, una comunidad u organización. Ilustran un problema, indican los medios para resolverlo y/o arrojan luz sobre investigaciones requeridas, aplicaciones clínicas o cuestiones teóricas.

Otros artículos: Dentro de este rubro se encuentran las reseñas de libros, los informes breves, comentarios y réplicas sobre artículos publicados anteriormente.

Este tipo de artículos se hacen generalmente por invitación y buscan aportar un análisis crítico de gran relevancia para la psicología.

FORMATO DEL MANUSCRITO

1. El manuscrito deberá ser inédito.
2. Deberá apegarse a los lineamientos del Manual de Estilo de Publicaciones de la American Psychological Association, 3ª edición en español ó 6ª edición en inglés (para mayor información consulte: www.apa.org).
3. Los manuscritos deben ser originales y no ser publicados en otros lugares.
4. Los autores deben especificar la fuente de financiación del estudio cualquier conflicto de interés.
5. Debe contener los siguientes elementos:

Primera página

- Título del trabajo (15 palabras como máximo) en inglés y en español.
- Autor(es) y afiliación(es).

Segunda página

- Resumen del artículo en inglés y en español, de 120 a 150 palabras, y cinco palabras clave en español e inglés, en letra Arial 10 y a espacio sencillo.

A partir de la tercera página

- El texto del artículo (incluyendo las figuras, las tablas y las referencias) deberá ser de 15 cuartillas como máximo, en tamaño carta a doble espacio, con márgenes de 2.5 cm por lado y en letra Arial 11.

- Exceptuando el texto introductorio, el resto de las secciones deberán contener encabezados (por ejemplo: método, resultados, discusión, referencias, etc.) y subencabezados de acuerdo con el tipo de manuscrito que se esté sometiendo.
- Las figuras y las tablas deberán insertarse dentro del texto en el lugar que les corresponde y deberán ser lo suficientemente grandes para ser legibles.
- Todos los trabajos citados en el texto deberán aparecer en las referencias y viceversa y citarse conforme a las normas del Manual de Publicaciones de la American Psychological Association.
- Los autores deberán conservar los datos crudos de la investigación durante los tres años siguientes a la publicación del trabajo.
- El archivo deberá nombrarse con los apellidos del autor y/o autores.

ENVÍO Y PROCESO DE PUBLICACIÓN DEL MANUSCRITO

1. El manuscrito deberá enviarse al correo electrónico: revista.psicologia@ibero.mx
2. No hay honorarios de autor para enviar y publicar su manuscrito.
3. La revista acepta artículos en español o inglés.
4. El primer autor recibirá acuse de recepción por correo electrónico.
5. *La recepción del manuscrito no garantiza su publicación.*
6. El manuscrito se someterá a una revisión preliminar que determinará si éste cumple con los requisitos mínimos.
7. Si el manuscrito es “susceptible de ser publicado” será sometido a dictamen de dos revisores del Consejo Editorial, quienes emitirán uno de los siguientes resultados: a) **aprobatorio**, b) **rechazo**, c) **pendiente** (requerirá correcciones por parte del autor). El dictamen se le hará llegar al primer autor del artículo.
8. La revista utiliza una dictamen doble ciego.
9. El formato para dictamen está disponible para descargar [aquí](#). A los autores les puede resultar útil revisar este documento antes de enviar su manuscrito.
10. En caso de que el autor/autores haya recibido un resultado igual a: **pendiente**, se deberá reenviar el documento, con las correcciones marcadas por el comité, en 15 como máximo, después de los cuales se entenderá que el autor desiste de su interés para que su manuscrito sea publicado en la revista. El autor tendrá 3 semanas para completar las correcciones y enviarlas de vuelta al editor. El editor puede requerir cambios adicionales del autor/autores después de que se haya completado el primer conjunto de correcciones. De la recepción del manuscrito hasta la etapa final de la publicación puede tomar 3-6 meses dependiendo de la fecha límite semestral para el volumen siguiente de la revista.
11. En caso de que un artículo haya sido aceptado para publicación, el autor/autores deberá ceder por escrito los derechos de impresión y reproducción del mismo a la revista *Psicología Iberoamericana*.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS



DIDAC

DIDAC. Publicación semestral de la Dirección de Servicios para la Formación Integral

REVISTA
IBEROAMERICANA
DE COMUNICACIÓN

Revista Iberoamericana de Comunicación. Publicación semestral del Departamento de Comunicación



Historia y Grafía. Publicación semestral del Departamento de Historia

Revista
de Filosofía
Universidad Iberoamericana

Revista de Filosofía Universidad Iberoamericana. Publicación semestral del Departamento de Filosofía

REVISTA IBEROAMERICANA DE
TEOLOGÍA

Revista Iberoamericana de Teología. Publicación semestral del Departamento de Ciencias Religiosas

JURÍDICA
IBERO

JURÍDICA IBERO. Publicación semestral del Departamento de Derecho

Visita nuestras revistas electrónicas

www.iberomx/publicaciones



Para mayor información comunicarse a la Universidad Iberoamericana.
Prol. Paseo de la Reforma 880, col. Lomas de Santa Fe, 01219, Ciudad de México
Tel. 5950 4000 / 9177 4400, exts. 4919, 7600 y 7330, publica@iberomx