

La psicología en el ámbito de la salud en México

INVESTIGACIÓN Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO



JULIO ALFONSO PIÑA LÓPEZ
JOSÉ LUIS YBARRA SAGARDUY
COORDINADORES



La GENERACIÓN del
CONOCIMIENTO
con VALORES

La psicología en el ámbito de la salud
en México: investigación
y aplicación del conocimiento



**Consejo de
publicaciones
UAT**

C.P. Enrique C. Etienne Pérez del Río
PRESIDENTE

Dr. José Luis Pariente Fragoso
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Capello García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dr. Marco Aurelio Navarro Leal
VOCAL

Mtro. Luis Alonso Sánchez Fernández
VOCAL

Mtro. José David Vallejo Manzur
VOCAL

La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento

Julio Alfonso Piña López
José Luis Ybarra Sagarduy
Coordinadores



Consejo de
publicaciones
UAT

Primera edición, 2015

La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento / Julio Alfonso Piña López, José Luis Ybarra Sagarduy (coords.) – México: Universidad Autónoma de Tamaulipas - Plaza y Valdés, 2015

330 p. : il. ; 17 x 23 cm

I. Psicología clínica 2. Medicina y psicología – Investigación 3. Psicología de la salud
I. Piña López, Julio Alfonso, coord. II. Ybarra Sagarduy, José Luis, coord.

LC (RC467 P74)

Dewey 616.89

La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento
ISBN 978-607-7654-76-6

Serie

La Generación del Conocimiento con Valores

Diseño de serie

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Diseño de portada

César Susano

D. R. © 2015, Universidad Autónoma de Tamaulipas

Matamoros, s. n., Zona Centro, Ciudad Victoria, C. P. 87000, México, Tamaulipas

Ediciones UAT

Tel. (52) 834 3181-800, ext. 1140

www.libros.uat.edu.mx

Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

Manuel María Contreras 73, Colonia San Rafael

México, D. F., 06470 Tel. (55) 5097-2070

editorial@plazayvaldes.com • www.plazayvaldes.com

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra
—incluido el diseño tipográfico y de portada—,
sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico,
sin el consentimiento por escrito del Consejo de Publicaciones UAT

Una edición del Departamento de Fomento Editorial
de la Universidad Autónoma de Tamaulipas



ÍNDICE

Prefacio	19
----------------	----

SECCIÓN I

1. PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Leticia Ascencio Huertas

Introducción.....	25
<i>La psicooncología en México</i>	27
<i>La psicooncología en los diferentes niveles de atención</i>	28
<i>La psicooncología en la atención primaria</i>	30
<i>La psicooncología en hospitales generales y de alta especialidad</i>	31
<i>La psicooncología y los cuidados paliativos</i>	37
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	42
Referencias	44

2. PSICOONCOLOGÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

José Méndez Venegas
Luis Fernando Méndez Castruita

Introducción.....	47
El tratamiento médico del cáncer en niños.....	48
El proceso de vigilancia y el seguimiento en psicooncología pediátrica.....	53
Conclusiones y recomendaciones.....	57
Referencias	58

3. SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES PRIMARIOS
DE NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Xolyanetzin Montero Pardo

Samuel Jurado Cárdenas

José Méndez Venegas

Introducción.....	61
Método.....	64
<i>Escenario y participantes</i>	64
<i>Variables e instrumentos</i>	64
<i>Procedimiento</i>	65
<i>Análisis estadístico</i>	65
Resultados	66
Discusión.....	81
Referencias	86

4. ROL DEL PSICÓLOGO EN UNA CLÍNICA DE DOLOR

SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN

VANIA BARRIENTOS CASARRUBIAS

Introducción	91
<i>Definiciones</i>	91
<i>Epidemiología</i>	92
<i>Evolución de la aproximación biomédica a la aproximación psicosocial en el estudio del dolor</i>	92
Modelos psicológicos de dolor crónico	94
<i>El Modelo de Autorregulación</i>	94
<i>Miedo-evitación</i>	94
<i>Solicitousness</i>	95
<i>Terapia de aceptación y compromiso</i>	96
Intervención psicológica	97
<i>Primer acercamiento</i>	97
<i>Evaluación</i>	99
Técnicas de intervención comúnmente utilizadas con pacientes con dolor crónico	100
<i>Vulnerabilidad adictiva en pacientes con dolor crónico/abuso y dependencia a opioides</i>	103
<i>Contexto del problema en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</i>	105
<i>Qué se hace desde el ámbito psicológico</i>	105

<i>Qué se ha hecho y qué resultados han obtenido, con qué metodología; qué se sugiere hacer y por qué.....</i>	110
Referencias	112

5. LA SEXUALIDAD, SUS ALTERACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS VÍNCULOS AMOROSOS Y PARENTALES

Claudia Sánchez Bravo
Alejandra Watty Martínez
Alba Ivette Belmont Sánchez

Introducción.....	117
Método	120
<i>Antecedentes y escenario</i>	120
<i>Participantes</i>	120
<i>Variables e instrumentos</i>	121
<i>Procedimiento</i>	122
<i>Análisis estadístico</i>	123
<i>Resultados fase 1: análisis cuantitativo</i>	123
<i>Diferencias entre mujeres y hombres en antecedentes y factores de personalidad.....</i>	124
<i>Correlación entre las disfunciones sexuales y los factores psicológicos</i>	126
Resultados fase 2: análisis cualitativo	134
<i>Participantes</i>	135
<i>Plan del análisis de la información</i>	135
<i>Obtención de datos</i>	136
<i>Resultados de las categorías a partir de las unidades de análisis</i>	136
Organización de las categorías y las subcategorías asociadas con cada disfunción sexual y con la sexualidad normal	136
Organización de los factores asociados con la sexualidad normal	138
<i>Participante Alfa</i>	138
<i>Participantes Beta y Gama</i>	138
Factores que influyeron en el desarrollo	141
y que predisponen su vida sexual actual	141
<i>Participante Alfa</i>	141
<i>Participantes Beta y Gama</i>	141
Percepción de la vida sexual de los padres que impactaron el desarrollo de su propia sexualidad.....	143
<i>Participante Alfa</i>	143
<i>Participantes Beta y Gama</i>	143

Factores que, por el manejo de la sexualidad en la familia, impactaron su vida sexual.....	144
<i>Participante Alfa</i>	144
<i>Participante Beta y Gama</i>	145
Discusión	145
Conclusiones y recomendaciones.....	147
Referencias	148

SECCIÓN II

6. ADHESIÓN EN PERSONAS CON VIH-SIDA: ROL DE LA TOLERANCIA A LA AMBIGÜEDAD, LOS MOTIVOS Y EL DESEMPEÑO COMPETENCIAL

José Luis Ybarra Sagarduy
Ismael García-Cedillo
Julio Alfonso Piña López

Epidemiología del VIH-sida en México	151
El problema de la adhesión a los tratamientos.....	152
Método.....	157
<i>Participantes</i>	157
<i>Variables e instrumentos</i>	158
<i>Procedimiento</i>	160
<i>Análisis estadístico</i>	160
Resultados	161
<i>Variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas</i>	161
<i>Análisis bivariado</i>	162
<i>Análisis de regresión jerárquico (ARJ)</i>	163
Discusión.....	164
Conclusiones y recomendaciones.....	168
Referencias	169

7. COMPONENTES COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES DE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2: EL CASO DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Raquel García Flores
Juan José Sánchez-Sosa

Introducción.....	175
Psicopatología comórbida.....	177
La adhesión al tratamiento en DM2.....	179
<i>Características</i>	179
<i>Relación entre adhesión al tratamiento y calidad de vida</i>	181
<i>Intervenciones para mejorar la adhesión al tratamiento en DM2</i>	182
<i>Entrevista motivacional</i>	183
Método	186
<i>Participantes</i>	186
<i>Instrumentos</i>	186
<i>Procedimiento</i>	187
Resultados	191
Discusión.....	200
Conclusiones y recomendaciones.....	202
Referencias	203

8. ESTILOS INTERACTIVOS Y CORTISOL SALIVAL COMO PARÁMETRO
BIOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD

Claudia Vega-Michel
Everardo Camacho Gutiérrez

Introducción.....	209
<i>La Tipología de Personalidad de Eysenck y Grossarth-Maticek</i>	211
<i>Problemas conceptuales: el fenómeno de personalidad</i>	212
<i>La Propuesta Conceptual sobre Personalidad de Ribes</i>	214
<i>La propuesta metodológica de Santacreu y colaboradores</i>	217
<i>Algunos ejemplos de investigación sobre personalidad</i>	218
Conclusiones y recomendaciones	224
Referencias	226

9. OBESIDAD Y TRASTORNO POR ATRACÓN ALIMENTARIO

Rosalía Vázquez Arévalo
Xochitl López Aguilar
Juan Manuel Mancilla Díaz
Héctor Julián Velázquez López

Introducción.....	231
<i>Consideraciones en torno al abordaje de la obesidad</i>	232
<i>Trastorno por atracón</i>	234
<i>Modelos de Trastorno por Atracón y obesidad</i>	236
<i>Trastorno por Atracón en hombres</i>	239
<i>Participantes</i>	240
<i>Instrumentos</i>	240
<i>Medidas antropométricas</i>	243
<i>Aparatos e instrumentos</i>	243
<i>Procedimiento</i>	243
Resultados	244
<i>Instrumentos de Evaluación del Atracón y TPA</i>	245
Conclusiones y recomendaciones.....	247
Referencias	249

10. LA FAMILIA EN LA SINTOMATOLOGÍA Y LOS TRASTORNOS

DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Judith Galdós Cruz
Rosalía Vázquez Arévalo
Ana Olivia Ruiz Martínez
Juan Manuel Mancilla Díaz

Introducción	257
Estudio	260
Método	260
<i>Participantes</i>	260
<i>Instrumentos</i>	260
<i>Procedimiento</i>	263
Resultados	263
<i>Casos que superaron el punto de corte de los instrumentos</i>	263
<i>Diferencias entre hombres y mujeres</i>	264
<i>Comparación entre los grupos con sintomatología y control</i>	265
Estudio 2	268
Método.....	268

<i>Participantes</i>	268
<i>Escenario</i>	268
<i>Instrumentos</i>	269
<i>Procedimiento</i>	269
Resultados	270
Discusión	272
<i>Sintomatología de TCA</i>	272
<i>Aspectos familiares</i>	273
<i>Pacientes con TCA</i>	275
Referencias	276

11. MODELOS Y PROCEDIMIENTOS DE INDUCCIÓN AL CONSUMO DEL ALCOHOL: IMPLICACIONES CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICAS

Héctor Martínez Sánchez
Eliana Barrios de Tomasi

Introducción.....	283
<i>Métodos de inducción</i>	284
<i>El alcohol como un nutriente</i>	287
<i>Adicción al alcohol</i>	287
<i>Estructuras cerebrales</i>	288
<i>Sistema de neurotransmisión: sistema opioide, dopaminérgico y GABAérgico</i>	289
<i>Sistema serotoninérgico</i>	290
<i>Sistema glutamatérgico</i>	290
<i>Consumo de alcohol en humanos: efectos conductuales y neurológicos</i>	291
<i>Implicaciones conductuales y neurológicas del consumo humano</i>	292
Conclusiones	293
Referencias	294

12. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD

Jesús Moo Estrella
Ricardo Castillo Ayuso

Introducción.....	299
<i>Características del SAOS</i>	299
<i>Prevalencia</i>	300
<i>Causas de SAOS</i>	300

<i>El SAOS y sus implicaciones sobre la salud cuando se duerme</i>	301
<i>El SAOS y alteraciones cardiovasculares</i>	301
<i>Criterios diagnósticos para la apnea obstructiva en adultos</i>	303
<i>Tratamiento del SAOS y el papel de la psicología de la salud</i>	305
<i>Factores asociados a la adhesión al CPAP</i>	306
<i>Mensajes con encuadre positivo y negativo</i>	308
<i>Creencias irracionales</i>	308
<i>Cambios neuropsicológicos asociados con el SAOS</i>	311
<i>Medidas generales en el tratamiento del SAOS</i>	311
Referencias	312
Índice analítico	319
Acerca de los autores	323

Revisión técnica

Dr. Raúl Martínez Mir. Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora. Es profesor de la materia de psicología de la salud en la maestría en ciencias de la salud (Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud) y de intervención en psicología de la salud en el programa docente de psicología.

M. en C. Leonardo Reynoso Erazo. Facultad de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es responsable académico de la residencia en medicina conductual.

Agradecimientos

En primer término, a las(os) colaboradoras(es), quienes amablemente hicieron eco a nuestra invitación para participar en este interesante esfuerzo que reúne, por primera vez en un libro, a colegas que se desempeñan en institutos nacionales de salud, hospitales, universidades e institutos tecnológicos de estudios superiores.

Asimismo, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, al contador público Enrique Carlos Etienne Pérez del Río (rector), al doctor José Alberto Ramírez de León (director de Programas de Apoyo) y al maestro José Amparo Vargas Martínez (director de la Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano), que hicieron posible esta coedición.

PREFACIO

Tres eventos que sin duda han influido en el nacimiento y el desarrollo de la psicología y la salud en México son:

La publicación del primer libro sobre el tema por dos investigadores del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (Torres y Beltrán, 1986).

La apertura de los programas de formación en el nivel de posgrado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Rodríguez y Rojas, 1998).

La maestría de salud mental en poblaciones y residencia de psicología en atención integral a la salud (Durán, Hernández y Becerra, 1995).

Veinte años después, lo que hoy día resulta interesante saber es si finalmente tal desarrollo ha contribuido a que la psicología y la salud en nuestro país se ha consolidado como un campo de actuación profesional con *estatuto propio*, esto es, *a)* si con el paso del tiempo se ha concretado una propuesta de trabajo genuina e independiente de otros campos de actuación, díganse los casos de la psicología clínica o de la medicina conductual, y *b)* si finalmente las aportaciones realizadas por el colectivo de psicólogos de la salud han permeado positiva y efectivamente tanto a las instituciones del ramo —entiéndanse institutos nacionales, hospitales generales y de zona, clínicas y centros ambulatorios, entre otras— como a los beneficiarios de sus servicios en los escenarios naturales, es decir, a las personas en sus propias comunidades.

Si es nuestra pretensión, y por qué no decirlo, nuestra obligación profesional, dar cabal cumplimiento a lo dicho antes, lo que en las actuales circunstancias debería quedar claro es que no nos podemos permitir el lujo de seguir incurriendo en el ámbito de la salud sin demostrar las competencias profesionales que se requieren para incidir sobre las enfermedades crónicas —transmisibles y no transmisibles— más apremiantes y otros tantos problemas de salud que aquejan a amplios sectores de la población; destacan, a guisa de ejemplo, las del corazón, la diabetes, la hipertensión, las cerebro-vasculares, la insuficiencia renal crónica, la

infección por el VIH, por un lado, y las adicciones, y los trastornos de la conducta alimentaria, de la sexualidad y del sueño, por el otro.

Hay que tener en cuenta que si la conducta, en su dimensión psicológica, es clave para evitar el acaecimiento de una enfermedad o un trastorno de conducta, una vez que se les ha diagnosticado o que se les ha evaluado en su manifestación práctica, resulta a todas luces necesario contar con la participación activa y decidida de los profesionales de la psicología a lo largo de todo el proceso; nos referimos a que debiera iniciarse con la investigación respecto de cómo lo propiamente psicológico afecta el continuo salud-enfermedad, pasando por el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención —en sus modalidades preventiva y de rehabilitación—, para culminar incorporándose a los equipos de trabajo interdisciplinarios que se conforman para los ulteriores propósitos de diseñar, instrumentar y evaluar las políticas públicas en materia de salud (García-Cadena y Piña 2012).

En última instancia ambos fenómenos, los de la salud y la enfermedad, así hay que entenderlos, no son exclusivos de ningún profesional que se desempeña en el ámbito en cuestión; son, por el contrario, y como claramente lo expresaran años atrás Bayés y Ribes (1992), multideterminados y multifactoriales, por lo que por una cuestión de lógica elemental precisan del concurso interdisciplinario.

Con base en estos breves apuntes, en el presente libro se recogen las aportaciones de un nutrido grupo de psicólogos que labora en distintos institutos nacionales de salud (Cancerología, Ciencias Médicas y Nutrición, Pediatría y Perinatología), hospitales (Hospital Central Militar) y universidades e institutos tecnológicos que se localizan a lo largo y ancho del país: el Distrito Federal (Universidad Nacional Autónoma de México) y los estados de Jalisco (Universidad de Guadalajara e Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente), México (Facultad de Estudios Superiores-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México), Sonora (Instituto Tecnológico de Sonora y Universidad de Sonora) y Yucatán (Universidad Autónoma de Yucatán).

Para ello, los trabajos se han agrupado en dos secciones: en la sección I se incluyen los que fueron preparados por colegas que trabajan en las instituciones de salud; en la sección II se incluyen otros, preparados por quienes trabajan desde las universidades y los institutos tecnológicos. La sección I contiene cinco capítulos. En el 1, Ascencio revisa y analiza las aportaciones que se han venido haciendo en el Instituto Nacional de Cancerología por los psicólogos adscritos al área de psicooncología. La autora resume de manera clara y puntual cómo se da el proceso de intervención psicológica en la enfermedad oncológica, iniciando con la atención de primer contacto, hasta culminar con la atención en cuidados paliativos. Destaca, asimismo, el trabajo profesional del psicólogo desde su propio campo de actuación hasta su integración necesaria en los equipos interdisciplinarios de salud, conformado por especialistas biomédicos, enfermeras y trabajadoras sociales, entre otros.

En el capítulo 2, Méndez y Méndez, desde el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Central Militar, resumen la experiencia de más de 10 años en la primera institución. Hacen del conocimiento del lector cuáles son las problemáticas que devienen del diagnóstico de cáncer y de los tratamientos a los que son expuestos niños y adolescentes: en el plano personal, las vinculadas con el desarrollo psicosocial, los trastornos del aprendizaje y el bajo rendimiento escolar, así como con trastornos del ajuste emocional y social; en el plano familiar, la manifiesta sobreprotección y el exceso de cuidados, que no sólo limitan la autonomía e independencia de aquéllos, sino también su propio desarrollo.

Por otro lado, en el capítulo 3, que conjunta las experiencias en el Instituto Nacional de Pediatría y en la Universidad Nacional Autónoma de México, Montero *et al.* presentan un interesante trabajo sobre los cuidadores de niños con diabetes mellitus, epilepsia y distintos tipos de cáncer. Subrayan, entre otras cuestiones, el impacto que se genera en aquéllos en términos psicológicos, la sobrecarga emocional y la afectación de áreas de su vida cotidiana, que incluyen la personal, familiar y social, principalmente.

En el capítulo 4, Sánchez y Barrientos describen un panorama general de cuáles son los fundamentos teórico-prácticos que guían el trabajo de los psicólogos en una clínica de dolor dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Ponen especial énfasis en la necesidad de contar con un sólido entrenamiento en lo teórico y en lo metodológico, a efecto de garantizar el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención: primero desde la perspectiva de la propia disciplina, y después desde una interdisciplinaria, que comporta la interacción profesional de los psicólogos con algólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, por mencionar unos cuantos.

Desde el Instituto Nacional de Perinatología, en el capítulo 5, Sánchez *et al.* analizan el papel de los antecedentes sexuales (experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, etcétera) y los factores de personalidad (masculinidad, femineidad, machismo, sumisión y autoestima) en relación con la presencia de diversas disfunciones sexuales. En mujeres: el deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la excitación y del orgasmo, la dispareunia y el vaginismo; en hombres: el deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la erección y del orgasmo y la eyaculación precoz.

Por su parte, en la sección II se incluyen siete trabajos. En el capítulo 6, Ybarra, García-Cedillo y Piña, con base en un modelo psicológico estudiaron el problema de la adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales en una muestra de personas con VIH o sida; con un análisis de regresión jerárquico descubrieron que los bajos niveles de estrés vinculados con tolerancia a la ambigüedad, una elevada motivación y un óptimo desempeño competencial predijeron aquellas conductas.

En el capítulo 7, García y Sánchez-Sosa, a partir de un examen de los componentes cognoscitivo-conductuales que influyen sobre las conductas de adhe-

sión y de ajuste a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, reportan que con una intervención motivacional y otra educativa los pacientes mejoraron su salud física y emocional en sólo tres meses de tratamiento, logrando muchos de ellos modificar los niveles de hemoglobina glucosilada, sin necesidad de hacer cambios en la prescripción médica.

En el capítulo 8, Vega-Michel y Camacho analizan los problemas en la investigación sobre el fenómeno de la personalidad en el contexto de la relación psicología y salud. Apoyándose en las propuestas teóricas y metodológicas de Emilio Ribes Iñesta y José Santacreu Mas, describen los resultados obtenidos en una serie de estudios en los que se ha investigado sobre dos estilos interactivos —minuciosidad y transgresión de la norma— y su relación con un parámetro biológico del proceso de salud: los niveles de cortisol salival.

Mientras tanto, en el capítulo 9 Vázquez *et al.* analizan los datos obtenidos en tres casos diagnosticados con trastorno por atracón en una amplia muestra de estudiantes de bachillerato. Se encontró que en los tres casos (hombres) se identificaron problemas de obesidad, oscilaciones en el peso corporal y niveles de insatisfacción corporal; asimismo, en uno de ellos se hizo notorio un nivel severo de sintomatología clínica relacionada tanto con ansiedad como con depresión.

En el capítulo 10, Vázquez *et al.* reportan datos de un estudio que relaciona a la familia con los trastornos de la conducta alimentaria. Como variables centrales se analizaron la cohesión, la organización, la actuación, la expresividad, etcétera, como parte de las relaciones interpersonales que acaecen en el seno de la familia. Los autores proponen un modelo de funcionamiento familiar basado en la incorporación de categorías que incluyen al desarrollo —social, intelectual y moral— y las relaciones intrafamiliares.

En el capítulo 11, Martínez y Barrios inician con un análisis breve pero sustancial de la investigación experimental que se ha conducido en relación con el consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud en organismos no humanos. Exponen, asimismo, su experiencia en ese tipo de investigación, utilizando diferentes modelos experimentales. Con base en el de disponibilidad de alcohol bajo condiciones de actividades y libre acceso, han explorado los efectos de la disponibilidad del alcohol en ratas y su consumo crónico, en particular sobre los patrones de alimentación, la actividad general que despliegan y el peso corporal.

Finalmente, en el capítulo 12, Moo y Castillo presentan una revisión y un análisis del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) como una alteración de ciclo respiratorio que ocurre cuando se duerme, desestabilizando el sueño y con repercusiones negativas sobre la salud física y psicológica. Considerado como un problema de salud pública que ocurre en 2 a 10% de la población, el SAOS es un trastorno que se ha asociado con enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el síndrome metabólico, así como con alteraciones en la salud psicológica que incluyen depresión, hipocondría y psicopatía, principalmente.

Son trabajos, pues, que en conjunto ofrecen al lector elementos para entender que desde la psicología se pueden hacer aportaciones valiosas en el ámbito de la salud, ya sea en las instituciones del ramo o en los propios escenarios naturales, es decir, en el seno mismo de las comunidades. Tal como se desprende del contenido de los 12 capítulos, esas aportaciones comportan compromisos tendientes a prevenir el acaecimiento de las enfermedades o de los trastornos de salud referidos líneas atrás, así como a procurar su rehabilitación, una vez que han sido diagnosticados o que se les ha evaluado en su manifestación práctica. Por lo tanto, no tenemos la menor duda de que son trabajos, todos, que eventualmente impactarán positivamente el diseño, instrumentación y evaluación de muchas de las políticas públicas sobre salud en nuestro país, que hoy más que nunca requieren una amplia revisión, así como una profunda discusión por el colectivo de profesionales de la salud.

Es tiempo, pues, de que las autoridades de salud de todos los niveles entiendan que la participación, *sin cortapisas ni limitaciones*, de los psicólogos es necesaria para los fines de promover la salud, prevenir la enfermedad y procurar su rehabilitación. Si algo debiera quedar claro es que los especialistas biomédicos por sí solos no resolverán los problemas, partiendo del elemental entendido de que un componente clave en la salud y la enfermedad es, nada más y nada menos, que el de la conducta humana en su dimensión psicológica.

Julio Alfonso Piña López
José Luis Ybarra Sagarduy
Coordinadores

Referencias

- Bayés, R., y Ribes, E. (1992), “Un modelo psicológico de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA”, en J. A. Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta*, Hermosillo, México, Editorial de la Universidad de Sonora, pp.1-21.
- Durán, L. I., M. Hernández y J. Becera (1995), “La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud”, *Salud Pública de México*, 37, pp. 462-471.
- García-Cadena, C. H., y J. A. Piña (2012), “Políticas públicas de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000”, *Salud & Sociedad. Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología Social*, 3, pp. 194-209.
- Rodríguez, G., y M. E. Rojas (1988), “La psicología de la salud en América Latina”, en G. Rodríguez y M. E. Rojas (coords.), *La psicología de la salud en América Latina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ Miguel Ángel Porrúa, pp.13-32.
- Torres, I., y J. Beltrán (1986), *La psicología de la salud: campos y aplicaciones*, Xalapa, México, Universidad Veracruzana.

SECCIÓN I

1. PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Leticia Ascencio Huertas
Servicio de Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de Cancerología

Introducción

A principios de la década de los cincuenta del siglo pasado, el grupo de psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), con sede en la ciudad de Nueva York, dio inicio en el área de servicios clínicos a un programa de formación de posgrado que comprendía experiencias didácticas para los psicólogos clínicos y los psiquiatras, así como una iniciativa para la investigación sobre cáncer (Holland y Rowland, 1989). Sumado al diseño de instrumentos psicosociales de medida aplicados al cáncer, ambas actividades se constituyeron en algunos de los antecedentes de la subespecialidad que posteriormente sería conocida como psicooncología, que se asegura nació formalmente en los Estados Unidos de Norteamérica dos décadas después, con motivo de una reunión celebrada por un grupo de investigadores clínicos en el marco de la I Conferencia sobre Investigación Nacional sobre Psicooncología (Cullen, Fox e Isom, 1976).

Dado el creciente interés que generó la psicooncología en diferentes países alrededor del orbe, hacia 1984 se creó la International Psycho-Oncology Society (IPOS), con el objetivo de imprimir un rasgo de coherencia al trabajo en el área, fomentar la colaboración y organizar los conocimientos que se estaban generando tanto por pequeños grupos multidisciplinarios de investigación como por profesionales sanitarios (Die-Trill y Holland, 1995). Pocos años después, en una revisión del desarrollo y el avance de la psicooncología, Dolbeault, Szporn y Holland (1999) encontraron que eran varios los factores históricos que habían propiciado un mayor énfasis en la relación entre las dimensiones psicológica y social en el cáncer. Destacaban, entre otros: el cambio de actitudes en torno al fatalismo que se atribuía al cáncer, mayor divulgación y apertura ante el diagnóstico, así como mayor diálogo entre el médico y el paciente —incluyendo a éste en las discusiones sobre las opciones de tratamiento y la toma de decisiones.

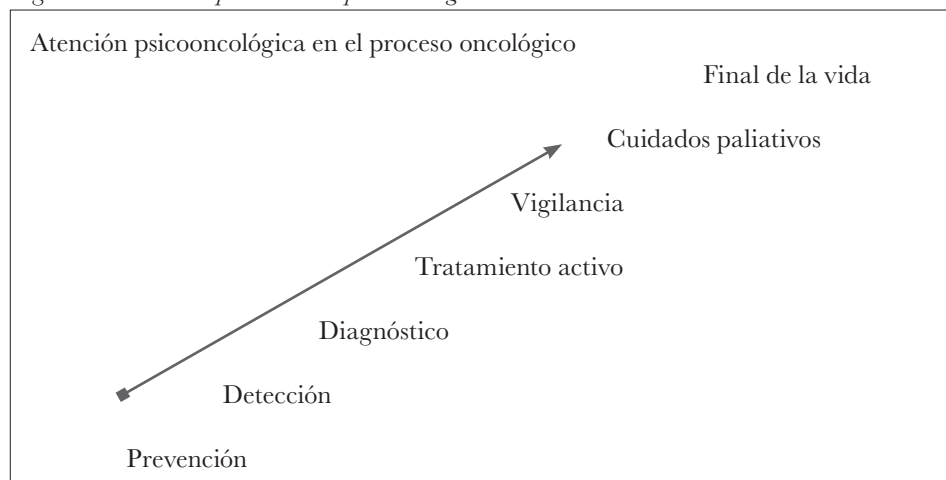
Uno de los principales aspectos que ha permitido el avance de la psicooncología ha sido sin duda la validación de escalas que se basan en los informes de los propios pacientes, ya que son éstos quienes pueden reportar con mucha mejor

precisión qué es lo que acontece con su funcionamiento en los planos físico, psicológico, social, laboral, sexual y espiritual (Dolbeault *et al.*, 1999). Otro aspecto que coadyuvó a fortalecer el área se tiene con el diseño e instrumentación de modelos de atención, como el de J. Holland, quien en 1998 propuso un modelo de investigación como punto de partida para integrar las distintas variables a considerar durante el proceso de la enfermedad oncológica (Costa y Ballester, 2011).

En la actualidad, la psicooncología se enmarca dentro de la psicología de la salud, como una subespecialidad de la misma que se encarga de la atención y el tratamiento de los pacientes con cáncer y sus familiares. Entre las principales funciones profesionales que los psicólogos están llamados a desempeñar se encuentran la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los factores de riesgo y los estilos de vida que se encuentran asociados con la enfermedad oncológica (figura 1).

No obstante, es importante mencionar que la evolución de esta subespecialidad ha implicado que en la actualidad se tengan en cuenta otras funciones más, como: *a)* la atención clínica de los pacientes y sus familiares; *b)* el desarrollo de

Figura 1. *Rol contemporáneo de la psicooncología*



Fuente: adaptada de Holland, 2002.

instrumentos de medición relacionados con el control de los síntomas, el manejo del dolor, los cuidados paliativos y los apoyos en los planos psicosocial y sexual; *c)* el desarrollo de programas de formación de personal en el manejo psicológico en torno al cáncer; *d)* el impulso en el campo de la investigación, tanto en lo que toca a la prevención de la enfermedad como en lo que concierne a los trastornos psicológicos y a los problemas psicosociales que surgen durante el proceso de la misma, incluida la atención al final de la vida, y *e)* la difusión de la psicooncolo-

gía en el ámbito médico (Almanza y Holland, 2000; Alvarado, 2008; Breitbart y Chochinov, 1998; Holland y Frei, 2003; Sperner-Unterweger, 2011).

La psicooncología en México

En México, la psicooncología surgió como subespecialidad a principios de 1980, al unirse la psicología y la psiquiatría con la oncología, por iniciativa del doctor Juan Ignacio Romero, quien fue apoyado tanto por el doctor Arturo Beltrán — en ese entonces director general del Instituto Nacional de Cancerología— como por otros destacados profesionales del ramo. Fue una época en la que se firmaron convenios de entrenamiento con diversas facultades y escuelas de psicología, así como con institutos y centros oncológicos para la prestación del servicio social y la práctica clínica (Alvarado, 2004, 2007; Velázquez, García, Alvarado y Ángeles-Sánchez, 2007). Hacia 1987 se fundó la Sociedad Mexicana de Psicooncología, aunque fue hasta 2001 que se reiniciaron sus actividades. En febrero de 2004 se promovió la formación del Comité de Psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncológica (Alvarado, 2004).

Actualmente son más los centros oncológicos de atención a población adulta que cuentan con el apoyo del área de psicooncología, ya sea con modelos interconsultantes o fundacionales; destacan el Instituto Nacional de Cancerología y múltiples centros distribuidos a lo largo y ancho del país: el Instituto Estatal de Cancerología de Guerrero, el Hospital Miguel Hidalgo en Aguascalientes, el Centro Estatal de Oncología de Campeche, el Centro de Cancerología de Chihuahua, el Centro Oncológico de Tamaulipas, el Centro Estatal de Cancerología de Colima, el Centro de Radioterapia en Culiacán, el Centro Estatal de Cancerología de Durango, el Instituto Jalisciense de Cancerología, el Hospital Oncológico del estado de Sonora, el Centro Estatal de Oncología Dr. Rubén Cardoza Macías de la Paz, el Hospital General Regional de León, el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, el Centro Anticanceroso de Mérida, el Hospital Regional de Alta Especialidad de la península de Yucatán, el Hospital Universitario Dr. José E. González de Monterrey, el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit, el Centro de Oncología y Radioterapia de Oaxaca, el Hospital Regional de Alta Especialidad en Oaxaca, la Unidad de Oncología de los Servicios de Salud en Puebla, el Hospital Universitario de Puebla, el Hospital Universitario de Saltillo Dr. Gonzalo Valdés Valdés, el Centro Potosino contra el Cáncer, el Centro Estatal de Cancerología en Chiapas, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Tapachula, la Unidad de Oncología en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casaus de Villahermosa, el Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa de Xalapa, así como el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, el Hospital General de México y el Hospital Juárez de México. Se tienen, también, muchos otros centros oncológicos

privados, como el Centro Oncológico Integral Diana Laura Riojas de Colosio en Médica Sur, así como otros ubicados en los hospitales Español y Ángeles.

La psicooncología en los diferentes niveles de atención

La Organización Mundial de la Salud reconoce varios niveles de asistencia en oncología: *a)* la atención primaria a la salud; *b)* la atención en hospitales generales y de alta especialidad, y *c)* la atención en cuidados paliativos. En nuestro país, la atención del cáncer se encuentra organizada con base en el Sistema Nacional de Salud, donde en el área de psicooncología se realizan diferentes actividades. Destacan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la evaluación, la intervención, la rehabilitación y los cuidados paliativos. En el cuadro 1 se describen las actividades de la psicooncología en cada uno de los niveles de atención hospitalaria.

Es importante retomar el modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad y sus derivaciones hacia determinados temas o aspectos, como lo establece Grau (1996; citado en Martín, 2003), puesto que dicho modelo ha sido adaptado a la psicooncología:

1. *Salud*: conducta saludable, modelos salutogénicos, modelos de creencias de salud, factores de riesgo, estrés y variables personales relacionadas con el cáncer.
2. *Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada. Problemas psicológicos de los programas de screening*: prueba del papanicolau, autoexploración mamaria, análisis del antígeno prostático, etcétera.
3. *Enfermedad sintomática no diagnosticada*: búsqueda de ayuda médica especializada en cáncer, y en atribuciones y estigmas sobre la enfermedad oncológica.
4. *Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico*: comunicación del diagnóstico de cáncer, de su evolución y su pronóstico; dolencia; enfermedad e impacto en los planos emocional, social, económico y espiritual; rol de enfermo, sus necesidades, sus limitaciones, sus temores y su influencia negativa en los sistemas familiar y laboral.
5. *Desarrollo de la enfermedad*: adhesión terapéutica a los tratamientos oncológicos, que incluyen quimioterapia, radioterapia y cirugía, principalmente. Recuperación: prevención terciaria en el cuidado del cáncer; estado crónico relacionado con la adaptación y el ajuste a la enfermedad oncológica.
6. *Calidad de vida del enfermo crónico*: reintegración social, familiar y laboral después de los tratamientos oncológicos; discapacidad y efectos secundarios de los tratamientos oncológicos: proctitis pos radiación, castración hormonal o quirúrgica, amputaciones, etcétera.
7. *Muerte (cuidados paliativos)*: comunicación del pronóstico; adaptación ante la muerte; atención psicológica al final de la vida para el paciente y sus familiares; manejo del duelo.

Cuadro 1. *Niveles de atención en salud y actividades psicooncológicas*

Niveles de atención	Actividades en psicooncología
Atención primaria	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centros de salud ➤ Unidades y clínicas de medicina familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de acuerdo con factores de riesgo de la enfermedad oncológica ➤ Detección oportuna del cáncer (screening)
Hospitales generales de referencia	
Son un conjunto de seis unidades hospitalarias distribuidas en el Distrito Federal y zonas conurbadas, que operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional. Tienen como objetivo la prestación de servicio de atención médica general y especializada, con capacitación y formación de recursos humanos calificados, así como con actividades de investigación en salud. Existen más de 20 especialidades.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de factores de riesgo asociados con la enfermedad oncológica ➤ Evaluación de los procesos psicológicos asociados con el cáncer ➤ Intervención psicosocial ➤ Rehabilitación ➤ Investigación en psicooncología
Hospitales regionales de alta especialidad	
Ofrecen un conjunto variable de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica. Involucran a profesionales de diferentes disciplinas con saberes especializados y alto grado de destrezas en problemas extremos que incluyen la vida y la muerte de las personas, así como los sentimientos asociados tanto de los usuarios como de sus familiares.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de factores de riesgo asociados con la enfermedad oncológica ➤ Evaluación de los procesos psicológicos asociados con el cáncer ➤ Intervención psicosocial ➤ Rehabilitación ➤ Investigación en psicooncología
Institutos nacionales de salud	
Son 12 instituciones que abarcan el territorio nacional y su objetivo principal es la investigación científica en el campo de la salud, la formación y la capacitación de recursos humanos calificados, así como la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación de procesos psicológicos asociados con el cáncer ➤ Intervención psicosocial ➤ Rehabilitación e integración psicosociales ➤ Investigación en psicooncología y otras subespecialidades (cuidados paliativos) ➤ Promoción de la gestión hospitalaria

A continuación presentaremos un panorama acerca de cómo la psicooncología se ha incorporado en los diferentes niveles de atención en el sistema de salud y cuáles son las principales funciones y actividades que se realizan.

La psicooncología en la atención primaria

La prevención primaria es aquello que ocurre antes de que se presenten los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y factores medioambientales que facilitan o potencian el efecto de estímulos patógenos cotidianos desde antes de enfermarnos. Se pueden distinguir dos tipos de actividades principales en la prevención primaria: las de protección de la salud (que son ejecutadas con respecto del medioambiente) y las de promoción de la salud y prevención de enfermedades, que se concentran en las personas. Sobre el particular, Prieto (2004) establece que existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad oncológica: primaria, secundaria y terciaria.

1. *Intervención en el nivel de prevención primaria:* las medidas están orientadas a evitar la aparición de la enfermedad mediante el control de los agentes causales y de los factores de riesgo; la promoción (dirigida a las personas) y la protección de la salud (realizada sobre el medio ambiente). Las intervenciones en este sentido se han orientado a propiciar cambios en el estilo de vida, dado que buena parte de los estímulos carcinógenos, o los sospechosos de promover el cáncer, son placenteros, reforzantes, reales e inmediatos, lo que implica la realización de un balance costo-decisional importante.
2. *Intervención en el nivel de prevención secundaria:* las medidas se centran en detener o retardar el progreso de una enfermedad ya diagnosticada en una persona, en cualquier punto de su aparición, mediante la realización de pruebas de detección. Las metas por realizar tienen que ver con conseguir una transmisión eficaz de información a la población general y, en especial, a las poblaciones de alto riesgo; se busca propiciar que se adquieran hábitos periódicos y sistemáticos de detección.
3. *Intervención en el nivel de prevención terciaria:* las medidas tienen como finalidad evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad, cuyo objetivo principal es la mejora en la calidad de vida de las personas enfermas (Prieto, 2004).

El psicooncólogo forma parte del equipo interdisciplinario en el centro de atención primaria y ofrece el soporte psicológico a pacientes y familiares que acuden a consulta de manera ambulatoria, fomentando y fortaleciendo conductas saludables, con acciones que coadyuvan a la modificación de estilos de vida asociados

con el cáncer; esto es, obesidad, tabaquismo, conductas sexuales de riesgo, buenos hábitos de alimentación, etcétera. Sin embargo, la actuación del psicólogo en el primer nivel de atención no se reduce al paciente de manera individual y ambulatoria, sino también es grupal y comunitaria; asimismo, en los casos en que la enfermedad precisa de cuidados paliativos, el psicólogo puede acudir al domicilio para proporcionar la atención tanto para el paciente como para sus familiares.

La psicooncología en hospitales generales y de alta especialidad

La psicooncología en los hospitales generales de referencia y en hospitales regionales de alta especialidad, como el Hospital Juárez de México, parte de un modelo de formación que engloba tanto el componente teórico-didáctico como el práctico-asistencial, mediante la supervisión clínica estructurada; el objetivo último que se persigue es el de garantizar una adecuada práctica asistencial al paciente oncológico.

Con la finalidad de que el lector disponga de una mejor información sobre lo expuesto previamente, a continuación describimos los resultados de un estudio transversal, que tuvo por objeto identificar las actividades asistenciales, académicas y de investigación en el área de psicooncología que se realizan en los servicios de oncología, hematología y oncología pediátrica de un hospital general de referencia en el norte de la Ciudad de México. El método de interacción que guía las diferentes actividades en esta unidad de psicooncología es el *modelo fundacional* (MFU),¹ en el que el psicooncólogo forma parte activa del equipo profesional del servicio de oncología; es decir, que no sólo es considerado como parte del equipo de interconsulta.

Uno de los objetivos a los que se busca dar cumplimiento en dicha unidad tiene que ver con formar psicólogos especializados en la atención del paciente con cáncer en las diferentes etapas de la vida, a través de conocimientos teórico-prácticos y el entrenamiento en habilidades clínicas necesarias para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de las reacciones emocionales y los trastornos psicopatológicos presentes en el paciente con cáncer y sus familiares; también, para la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios que les permitan el desarrollo de programas de investigación en el campo de la psicooncología. En síntesis, las principales actividades que realiza el psicooncólogo se agrupan en tres áreas: docencia, investigación y asistencia.

En la docencia, las actividades están centradas en la supervisión directa del paciente oncológico, en la revisión y la discusión de casos clínicos, en la revisión

¹ El *modelo fundacional* está basado en la incorporación del psicooncólogo a las unidades de oncología y fue establecido originalmente en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de la ciudad de Nueva York.

de artículos enfocados al área de psicooncología, en la participación en sesiones conjuntas con el personal adscrito al servicio de oncología, oncología pediátrica y hematología, así como en la revisión de temas médicos y psicológicos para la atención integral del paciente oncológico. Cabe señalar que se contemplan varias actividades de formación y capacitación para los psicólogos en el área de psicooncología, dentro de las que vale la pena mencionar las siguientes:

1. Revisión de un programa académico de psicooncología, en el que se discute sobre los temas básicos de psicooncología: antecedentes del área, generalidades del cáncer, aspectos psicológicos en las diferentes etapas del cáncer, aspectos psicológicos en los diversos tratamientos oncológicos, etcétera.
2. Revisión de casos clínicos, cuyo trabajo está basado en el análisis funcional y en la psicología basada en evidencia; el principal objetivo aquí es promover la discusión de los diagnósticos, los posibles tratamientos y el pronóstico psicológico.
3. Programa de revisión de temas oncológicos para entender el desarrollo, la evolución y el tratamiento del cáncer.

En el área de investigación destacan temáticas generales que están relacionadas con calidad de vida, afrontamiento, tratamientos psicológicos y alteraciones emocionales relacionadas con el cáncer en sus diferentes momentos y etapas: ansiedad, depresión, estrés, fatiga, disfunciones cognitivas, salud sexual y respuesta inmunológica. Finalmente, en el área de asistencia, la atención psicológica involucra tanto al paciente con cáncer como a sus familiares. Con el propósito de mostrar los procesos de atención más frecuentes se analizó una muestra de 2 514 pacientes con cáncer de los servicios de oncología (conformados por cuatro clínicas: tumores mamarios, de cabeza y cuello, mixtos, y oncoginecología), hematología, y oncopediatria, que incluye a pacientes de oncopediatria (tumores sólidos) y hematopediatria. Los resultados se muestran en el cuadro 2.

La edad promedio de las personas atendidas fue de 37.4 años; el rango de edad más frecuente fue de 11 a 20 años (25.5%), seguido en orden descendiente por el de 51 a 60 (14.3%), de 41 a 50 (13.4%), de 21 a 30 (12.2%) y de 31 a 40 (10.7%).

Por otro lado, la población mayoritariamente atendida fue del género femenino (53.9%), mientras que, en su mayoría, se trataba de personas con visitas subsecuentes (66.6%). Con respecto al área de atención, 72.8% la recibió en hospitalización y 27.2% en consulta externa. Por lo que hace a la Clínica de Atención en Oncología, 32.5% fue de hematología, 23.7% de tumores mixtos y 11.8% de hematopediatria, básicamente.

En el cuadro 3 se puede observar que el proceso de atención psicológica más utilizado fue la psicoterapia de apoyo (37.1%), que consiste en que el paciente mantenga un equilibrio emocional por medio de la reducción de síntomas que provocan ansiedad (Pérez, s.f.); la entrevista inicial tiene por objetivo detectar

Cuadro 2. *Variables sociodemográficas y principales tumores atendidos en los servicios de oncología*

Variables	Frecuencias	Porcentaje
Edad (por grupos en años)		
1-10	182	7.2
11-20	640	25.5
21-30	306	12.2
31-40	268	10.7
41-50	338	13.4
51-60	360	14.3
61-70	233	9.3
71-80	125	5
81-90	46	1.8
Género		
Femenino	1 355	53.9
Masculino	1 159	46.1
Motivo de atención		
Primera vez	837	33.3
Subsecuente	1 674	66.7
Tipo de atención		
Hospitalización	1 830	72.8
Consulta externa	684	27.2
Clínicas oncológicas		
Hematología	818	32.5
Tumores mixtos	597	23.7
Hematopediatría	296	11.8
Oncopediatría	223	8.9
De cabeza y cuello	229	8.8
De mama	212	8.4
Oncoginecología	148	5.9

la condición emocional del paciente con respecto a la enfermedad oncológica, una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer (25.7%); asimismo, en un porcentaje importante se ha utilizado la psicoterapia breve en su modalidad cognoscitivo-conductual, en los términos planteados por varios autores (Kanfer y Goldstein, 1993; Meichenbaum y Genest, 1993; Phares, 1996).

Con un porcentaje menor se tiene a la psicoterapia familiar (8.7%), que se enfoca principalmente en los familiares del paciente con cáncer; fortaleciendo las redes de apoyo familiar y social a través de diversas técnicas cognoscitivo-conductuales. Finalmente, la intervención en crisis (2.6%) tiene como finalidad reducir el peligro y captar la atención del paciente oncológico para que éste elabore un

Cuadro 3. *Procesos de atención psicológica en pacientes atendidos en los servicios de oncología*

Tipos de atención/actividades	Frecuencias	Porcentaje
Psicoterapia de apoyo	933	37.1
Entrevista inicial	647	25.7
Psicoterapia breve	445	21.7
Psicoterapia familiar	218	8.7
Intervención en crisis	66	2.6
Evaluación psicométrica	29	1.2

plan de vida y enfrente las nuevas circunstancias que devienen de su enfermedad (Caplan, 1964, García, s.f.; Hillers y Rey, 2005). De la misma manera, los resultados obtenidos en la evaluación psicométrica (1.2%) nos permiten identificar los posibles trastornos psicopatológicos, puesto que hay pacientes con reacciones condicionadas y otros efectos relacionados con la quimioterapia (náuseas, vómitos anticipatorios y cambios en la imagen corporal), respuestas de bloqueo y ansiedad previas a la intervención quirúrgica, disfunciones sexuales, agotamiento emocional, adaptación a la nueva dinámica invasiva de consultas al hospital, pruebas, controles, etcétera.

En el cuadro 4 se resumen algunos de los instrumentos psicológicos más utilizados en la Unidad de Psicooncología, que son claves para los efectos de lograr los objetivos de atención antes planteados. Se trata de instrumentos que en todos los casos han sido validados en nuestro país y que cuentan con óptimas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez.

En relación con los diagnósticos psicológicos, es importante mencionar que éstos se basan en las respuestas emocionales, de acuerdo con las diferentes etapas que cursa la enfermedad oncológica: diagnóstico, tratamiento, vigilancia, de recidiva y terminal. Para ello es preciso apoyarse en los elementos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, por sus siglas en inglés), donde se consideraron los trastornos psicológicos clasificados del F00 al F99, así como en el DSM-IV-TR, del cual se tienen en cuenta cinco ejes:

Eje I. Trastornos clínicos.

Eje II. Trastornos de personalidad y retraso mental.

Eje III. Enfermedades médicas.

Eje IV. Problemas psicosociales.

Eje V. Evaluación global.

Cuadro 4. *Instrumentos psicológicos más utilizados en psicooncología*

- Autorregistro de emociones
- Autorregistro para enuresis/encopresis
- Beta II-R (Instrumento no verbal de inteligencia)
- Casa y familia, autoconcepto, escuela y compañeros
- Cuestionario de calidad de vida o EROTC
- Cuestionario factorial de personalidad: adolescentes y adultos (16 PF)
- Cuestionario de imagen corporal de Hopwood
- Escala de Gesell
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit
- Escala Bayley de desarrollo infantil
- Escala de ansiedad-depresión en hospital HAD (Sigmond y Snaith)
- Escala de depresión de Zung
- Escalas de inteligencia de Weschsler
 - WIPSI
 - WISC
 - WAIS
- Frases incompletas de Sacks
 - Niños
 - Adolescentes
 - Adultos
- HTP (casa-árbol-persona)
- Índice de sensibilidad a la ansiedad
- Inventario conductual de cáncer (ICC)
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)
- Mini examen cognoscitivo (MEC)
- Test de apercepción temática (TAT)
- Test de Barcelona
- Test de inteligencia de Terman – Merrill
- Test de la figura de rey Oldstrey
- Test de la figura humana de Machover
- Test de personalidad: MMPI
- Test visomotor de Bender

Por su parte, en el cuadro 5 se describen los principales resultados de los diferentes diagnósticos psicológicos. El 34% de los pacientes atendidos se encontraba en fase de tratamiento, es decir, recibían atención oncológica curativa: cirugía, quimioterapia o radioterapia. El 12.3% de los pacientes fue atendido al momento de confirmarse el diagnóstico oncológico y 7.9% se encontraba en fase de recaída. Por lo que hace al DSM-IV-TR, la mayoría de los pacientes se ubicó en el eje I (7.7%), cumpliendo con los criterios diagnósticos de reacciones graves de estrés y trastornos adaptativos (F43), mientras que 7.4% presentaba trastornos de ansiedad (F40 y

Cuadro 5. *Principales diagnósticos psicológicos basados en las etapas de enfermedad según el CIE-10 y el DSM-IV-TR*

Respuestas adaptativas según las etapas que cursa la enfermedad	Frecuencias	Porcentaje
Fase de tratamiento	896	34
Fase de diagnóstico	308	12.3
Fase de recaída	198	7.9
Fase fuera del manejo oncológico y fase terminal	105	4.2
Fase libre de tratamiento	77	3.1

Criterios diagnósticos según el CIE-10 y el DSM-IV-RT		
Reacciones de estrés grave y trastornos adaptativos (F43)	193	7.7
Trastornos de ansiedad (F40 y F41)	186	7.4
Episodios depresivos (F32)	119	4.7
Problemas relacionados con grupos de apoyo (Z63)	94	3.7
Trastornos específicos de la personalidad (F60)	47	1.9
Trastornos depresivos recurrentes (F33)	44	1.8
Trastornos somatomorfos (F45)	42	1.7

F41), 4.7% episodios depresivos (F32), 1.8% trastornos depresivos recurrentes (F33) y 1.7% trastornos somatomorfos (F45). Asimismo, en el eje II sólo 47 pacientes presentaron trastornos específicos de personalidad (1.9%), en tanto que en el eje IV, 94 pacientes (3.7%) presentaron problemas relativos al grupo primario de apoyo (Z63).

Por lo que hace al tratamiento psicológico, los objetivos de la intervención están orientados básicamente a:

- 1 Reducir síntomas psicológicos: ansiedad, depresión, distrés y desesperanza, entre otros.
2. Generar una mejor adaptación al proceso de la enfermedad.
3. Promover un sentido de control personal y una participación activa en el proceso de enfermedad, los tratamientos y el seguimiento posterior.
4. Fomentar la comunicación entre el enfermo, sus familiares y el equipo de salud.
5. Promover la adhesión a los tratamientos oncológicos.
6. Incrementar el afrontamiento activo y la percepción de superación.
7. Mitigar los efectos secundarios asociados, por ejemplo con el dolor, la fatiga, la anorexia y los vómitos.
8. Proporcionar atención psicoemocional en la recaída o cuando se encuentran fuera de manejo oncológico.

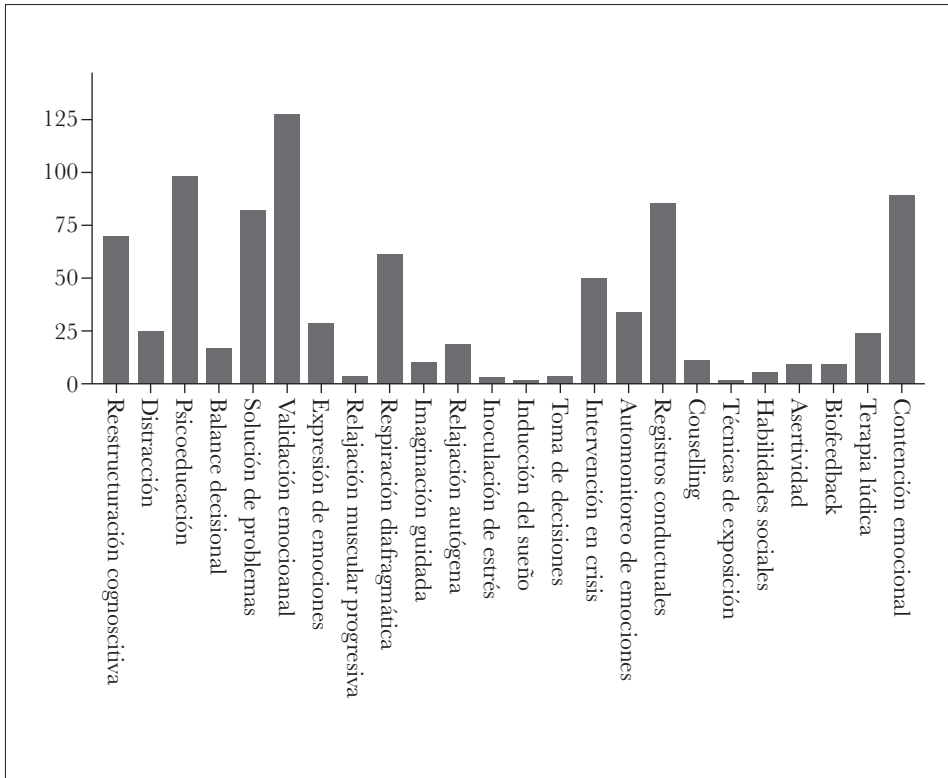
Para el cumplimiento de las distintas actividades vinculadas con la intervención, las técnicas que más se han utilizado son las de corte cognoscitivo-conductual, que han demostrado su eficacia en los contextos hospitalarios (gráfica 1).

Destacan, entre otras, la validación emocional (21.4%), la psicoeducación (20.7%), la solución de problemas (13.8%), la intervención en crisis (7.6%), la expresión de emociones (6.9%), la terapia lúdica (6.2%), la terapia de contención emocional (4.8%), la reestructuración cognoscitiva, la respiración diafragmática y la consejería (ambas con 4.1%).

La psicooncología y los cuidados paliativos

En el área de cuidados paliativos se considera la tríada paciente-familiares-equipo de salud como el foco de atención, por lo que la responsabilidad del psicooncólogo es aportar sus conocimientos y su experiencia a todos sus integrantes, evitando las experiencias de estrés y el sufrimiento que se pudieran experimentar

Gráfica 1. *Técnicas cognoscitivo-conductuales más utilizadas en la Unidad de Psicooncología de un hospital general de referencia*



eventualmente por cada uno de sus integrantes. La psicooncología tiene una función fundamental dentro de los cuidados paliativos, partiendo de que una enfermedad como el cáncer se distingue por su connotación psicosocial y por generar un gran impacto emocional, en virtud de la íntima relación entre las actitudes, la conducta de las personas y su estado de salud; hay que entender que la enfermedad oncológica, sobre todo en su fase terminal, se asocia con sufrimiento, muerte, minusvalía, incertidumbre, así como con el distrés,² que en los pacientes oncológicos en fase avanzada provoca afectaciones en la autonomía, el control, la imagen corporal y la autoestima.

En la fase terminal de la enfermedad oncológica, tanto el paciente como sus familiares se ven expuestos a una constante sensación de pérdida que puede resultar desequilibrante. El paciente muere biológicamente en una fecha determinada, pero antes de su fallecimiento experimenta pérdidas en los planos físico, emocional, social, financiero y espiritual; algunas de estas pérdidas son graduales y otras súbitas; algunas son reales y otras simbólicas. Sin embargo, todas conllevan una profunda tristeza y la experiencia de temores, rabia, culpas, angustia y otras respuestas emocionales. Para enfrentar estos problemas, cada paciente y cada familiar emplean diferentes mecanismos de adaptación y diversas estrategias de afrontamiento que pueden hacer más fácil el proceso terminal, facilitando la aceptación y el ajuste ante una muerte inminente.

En esta fase el quehacer profesional del psicooncólogo es muy estresante, angustioso, desconcertante y emocionalmente desgastante debido a que su intervención va cargada de expectativas y de emociones muy intensas que exigen del terapeuta un gran cuidado para no lastimar más ese escenario frágil y resentido por el que transitan las personas con cáncer en fase terminal; de ahí la inmensa responsabilidad que tiene el terapeuta que trabaja en el equipo de cuidados paliativos. En última instancia, la psicooncología en el área en cuestión puede aportar bienestar y reducir la ansiedad, evitando una actitud enjuiciadora, siendo cálida y con disposición de escucha activa, con la facultad para establecer un diagnóstico psicológico a través de la evaluación clínica acertada y cuidadosa, procurando devolver al paciente y a sus familiares la sensación de control, y facilitando progresivamente la reestructuración ordenada de un sistema en caos, lo se traduce en una más adaptada preparación para la muerte y en una elaboración adecuada del duelo. Los principales objetivos que se persiguen en el área de cuidados paliativos incluyen:

² El distrés en pacientes oncológicos se define como una experiencia emocional displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognoscitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual, que puede interferir en la capacidad de los pacientes para afrontar efectivamente la enfermedad oncológica, sus síntomas y los tratamientos prescritos (Holland, Andersen, Breitbart, Compas, Dudjley, Fleishman *et al.*, 2010).

1. Identificar y evaluar el estado emocional del paciente oncológico que se encuentra en etapa terminal.
2. Ayudar al paciente terminal y a sus familiares a ser totalmente conscientes de la situación que implica una enfermedad oncológica.
3. Ayudar al paciente y a sus familiares a movilizar los recursos existentes o a desarrollar nuevos y más efectivos mecanismos para enfrentar la situación, a efecto de buscar otras y mejores soluciones.
4. Compartir la responsabilidad por la crisis ante la muerte, de modo que el paciente disponga de ayuda efectiva, además de mantener su autorrespeto y su autoestima.
5. Establecer y mantener un contacto humano permanente, disponible y gratificante con el paciente terminal y con sus familiares.
6. Identificar y fomentar los recursos emocionales del paciente terminal para afrontar las pérdidas graduales y constantes de orden físico, emocional, social, familiar y económico, lo que presupone atender, apoyar y asistir al paciente terminal ante las reacciones psicoemocionales que conlleva el sufrimiento del padecimiento oncológico avanzado.
7. Acompañar y escuchar al paciente, para ayudar a disminuir su ansiedad y su angustia, además de brindar seguridad para que aquél se “atreva” a preguntar al médico que lo trata, sus dudas y sus temores con respecto a los tratamientos, los posibles efectos secundarios y su condición física futura.
8. Ayudar al paciente para la toma de decisiones respecto del tratamiento paliativo, la atención en la consulta externa y hospitalaria, la atención vía telefónica y los cuidados domiciliarios que son pertinentes en cada caso.
9. Identificar y evaluar en las familiares de los pacientes terminales las reacciones de tensión, angustia e incertidumbre ante el pronóstico de la enfermedad, así como clarificar y definir las realidades de la existencia cotidiana que el paciente debe enfrentar.

Con base en estas consideraciones, el equipo de psicooncología adscrito al Instituto Nacional de Cancerología (INC) diseñó un programa de atención psicosocial en el Servicio de Cuidados Paliativos, con el llamado Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO), para la atención de pacientes de primera vez (figura 2). El proceso inicia cuando el paciente es remitido a atención paliativa por dos vías: primera, cuando recibió algún tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapias blanco, etcétera) y se encuentra fuera de manejo oncológico; segunda, cuando acudió al INC canalizado desde otras instituciones, y al realizar su valoración inicial el cáncer se encuentra en una fase avanzada, por lo que no puede recibir alguno de los tratamientos oncológicos mencionados, de manera que a su vez es canalizado al Servicio de Cuidados Paliativos. El primer contacto que se establece ocurre con el personal de enfermería, quien realiza una valoración inicial a través de la toma de los signos vitales y de las condiciones generales del paciente, estableciendo su nivel funcional con base en las escalas de Karnofsky

(forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas rutinarias) y de actividad del Grupo Oncológico Cooperativo del Este (ECOG).

Posteriormente, el equipo médico evalúa la sintomatología que presenta el paciente por la evolución de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. Una vez concluida la valoración médica, da inicio el proceso de atención psicooncológica de primera vez en consulta externa, hospitalización, visita domiciliaria y atención telefónica, para lo cual se recurre a una entrevista clínica semiestructurada y/o al uso de instrumentos de evaluación psicológica específicos para pacientes en cuidados paliativos; como se señaló en el apartado correspondiente, el objetivo que se persigue es el de establecer un diagnóstico psicológico para el paciente, el cuidador primario (quien se encarga de los cuidados y las atenciones en el domicilio del paciente) y sus familiares, basado tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV-TR. Posteriormente se diseña un plan de tratamiento psicológico individualizado, orientado a las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales de cada paciente.

Mientras tanto, en la figura 3 se describe el proceso de atención psicooncológica subsecuente en cuidados paliativos, que inicia con la detección de las necesidades del paciente y de sus familiares, necesidades que están estrechamente ligadas con el proceso de evolución de la enfermedad, por lo que deben ser evaluadas de manera sistemática en cada una de las sesiones. Uno de los principales objetivos de la evaluación y del seguimiento psicológico es estar en condiciones para detectar las principales preocupaciones y necesidades del paciente, los recursos de afrontamiento que fortalecen o limitan su proceso de duelo anticipado, y evaluar la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, así como de alteraciones sensorio-perceptuales como el *delirium*, muy común en los pacientes en fase terminal; finalmente, evaluar cualquier situación que limite el bienestar del paciente y de sus familiares, así como identificar y fortalecer las redes de apoyo familiar y social en el proceso de fase terminal y hasta la muerte. Las intervenciones en este ámbito incluyen desde las de tipo individual, hasta las de pareja, familiar y grupal, a través del uso de técnicas psicológicas cognoscitivo-conductuales: psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, toma de decisiones, solución de problemas, entrenamientos en imaginación, visualización y relajación, además de consejería y arte-terapia.

Hay que subrayar que tanto el cuidador primario como los familiares del paciente en cuidados paliativos también necesitan apoyo psicológico para sobrellevar el impacto que implica el acercamiento con la muerte. Por esta razón se ha desarrollado en la atención psicooncológica la que hemos denominado “escuela de cuidadores”, donde, a través de la técnica de solución de problemas, se les proporciona apoyo psicoemocional, además de que se promueven reuniones familiares cuyo objetivo es conocer las necesidades de sus integrantes, organizar el sistema de cuidados domiciliarios (tanto instrumentales como afectivos), fortalecer la escucha activa e iniciar el apoyo psicológico para el duelo anticipado.

Figura 2. Atención psicooncológica de primera vez en cuidados paliativos

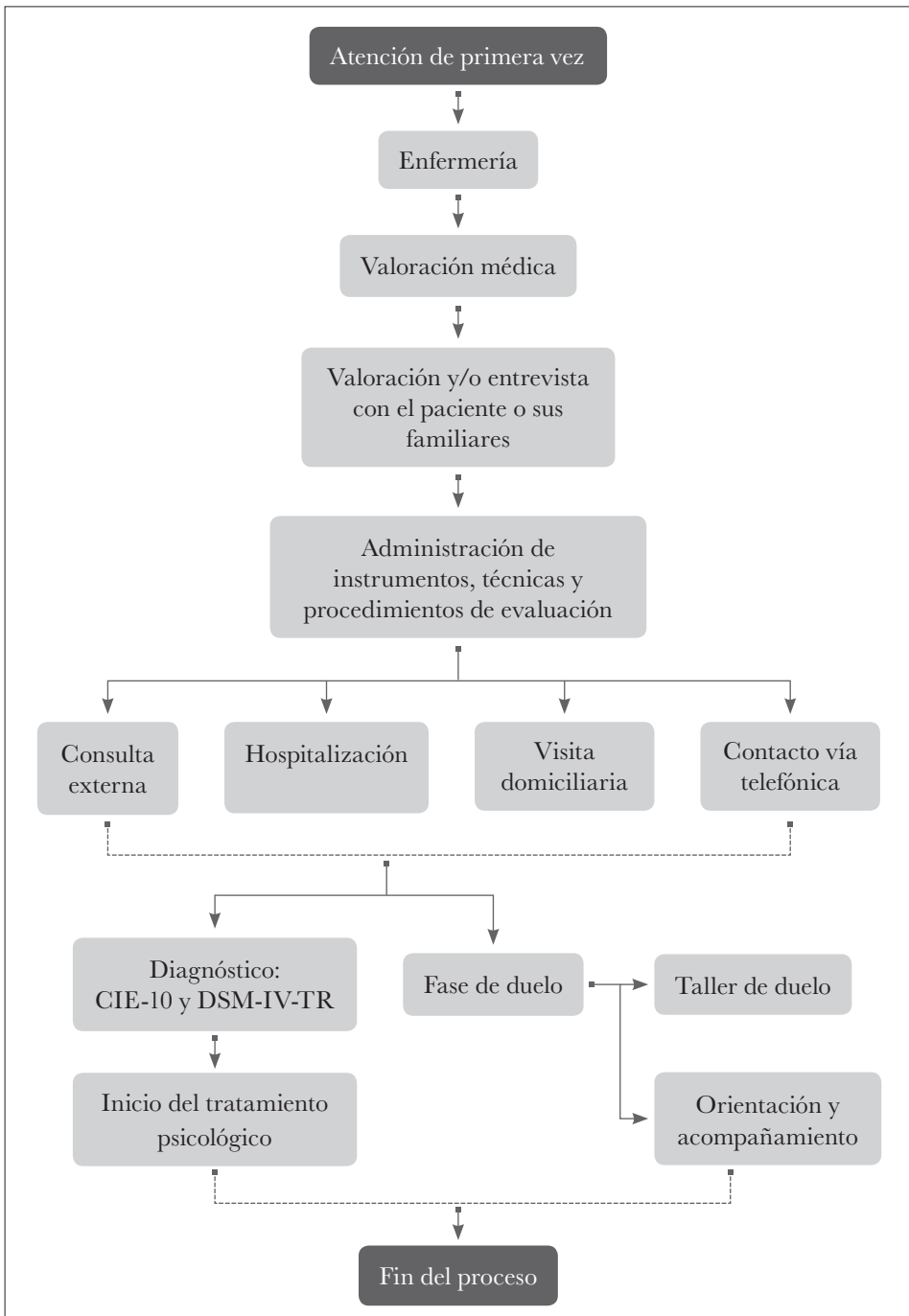
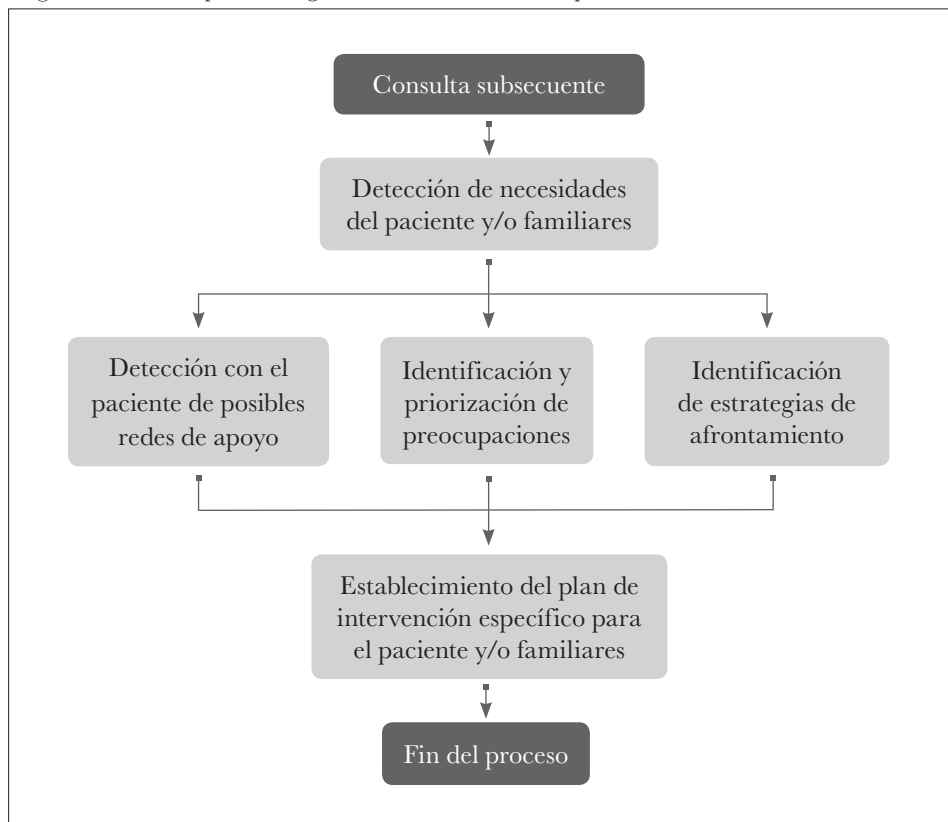


Figura 3. Atención psicooncológica subsecuente en cuidados paliativos



Conclusiones y recomendaciones

Los pacientes con cáncer suelen presentar trastornos psicológicos y/o psiquiátricos en porcentajes que oscilan de 30 a 60% (Sperner-Unterweger, 2011), por lo que es necesario incluir en la oncología a la disciplina orientada a atender esas psicopatologías; nos referimos a la psicooncología, que es definida por los aspectos psicosociales implicados en la prevención, la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del cáncer.

Es interesante hacer notar, de acuerdo con Ernstmann *et al.* (2009), que el equipo de salud en dicha área debe considerar tanto aspectos sociodemográficos como factores psicológicos y los relacionados con la enfermedad y los tratamientos oncológicos. Esto último comporta, por extensión, que la atención de los diferentes tipos de cáncer precisa de la colaboración interdisciplinaria y el establecimiento de reglas claras de operación de los distintos profesionales de la salud involucrados.

En el caso concreto del abordaje de los aspectos psicológicos del cáncer, éste se realiza mediante la aplicación de técnicas terapéuticas inscritas fundamentalmente en la corriente cognoscitivo-conductual (enfocándose sobre el aquí y el ahora del paciente), aunque también existen líneas de trabajo auspiciadas por las corrientes dinámica y sistémica en el tratamiento del cáncer. No obstante, es necesario subrayar que las técnicas que, con base en la evidencia, han demostrado ser mejores y más efectivas cuando se trabaja con pacientes con cáncer, son las primeras, que contribuyen a disminuir los niveles de ansiedad y depresión, facilitando el ajuste del paciente a la enfermedad y su adhesión a los tratamientos.

En la fase paliativa la situación no es diferente. Sirva mencionar que en un estudio tipo metanálisis, Mitchell *et al.* (2011) realizaron búsquedas en bases datos reconocidas (*Medline, PsycINFO, Embase* y la *Web of Knowledge*) sobre estudios que examinaron el rol de la depresión, la ansiedad y el trastorno de adaptación en adultos con cáncer, en los entornos oncológicos, hematológicos y de cuidados paliativos. Identificaron 24 estudios que incluyeron a 4 007 personas de siete países, en todos los casos recibiendo atención paliativa. Los autores encontraron que la prevalencia de la depresión —definida con base en el CIE-10 y el DSM-IV— fue de 16.5% (IC 95%: 13.1-20.3), para depresión mayor de 14.3% (IC 95%: 11.1-17.9) y para depresión menor de 9.6% (IC 95%: 3.6-18.1). La prevalencia del desorden de ajuste fue de 15.4% (IC 95%: 10.1-21.6) y de 9.8% (IC 95%: 6.8-13.2) para ansiedad. Asimismo, la prevalencia combinada de los distintos tipos de depresión fue de 24.6% (IC 95%: 17.5-32.4), depresión o desorden de ajuste con 24.7% (IC 95%: 20.8-28.8) y de 29.0% (IC 95%: 10.1-52.9) para los desórdenes del “humor”. Por otro lado, en 70 estudios que incluyeron muestras de 10 071 personas de 14 países en escenarios oncológicos y hematológicos, se encontró que la prevalencia de la depresión fue de 16.3% (IC 95%: 13.4-19.5), para depresión mayor de 14.9% (IC 95%: 12.2-17.7) y de 19.2% (IC 95%: 9.1-31.9) para depresión menor. Finalmente, la prevalencia del desorden de ajuste fue de 19.4% (IC 95%: 14.5-24.8), de 10.3% para ansiedad (IC 95%: 5.1-17.0) y de 2.7% para distimia (IC 95%: 1.7-4.0). Los diagnósticos combinados fueron comunes, de manera que todos los tipos de depresión ocurrieron en 20.7% (IC 95%: 12.9-29.8) de los pacientes, la depresión o desorden del ajuste en 31.6% (IC 95%: 25.0-38.7) y los desórdenes del “humor” en 38.2% (IC 95%: 28.4-48.6) de los casos.

Con respecto a la investigación, son varias las temáticas que se han desarrollado. Las más avanzadas incluyen la calidad de vida (Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden y Aaronson, 2011, y Hersch, Juraskova, Price y Mullan, 2009), el afrontamiento (Vespa, Jacobsen, Spazzafumo y Balducci, 2011), los tratamientos psicológicos diversos (Hodges *et al.*, 2011; Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O’Brien y Oxman, 2006), así como las alteraciones emocionales relacionadas con el cáncer en sus diferentes momentos y etapas: ansiedad, depresión, estrés, fatiga, disfunciones cognoscitivas, salud sexual y respuestas inmunológicas (Chaturvedik y Venka-

teswaran, 2008; Grassi, Biancosino, Marmai, Rossi y Sabato, 2007; Ledesma y Kumano, 2009; Shennan, Payne y Fenlon, 2011).

Ciertamente, a pesar de que existe un gran bagaje de datos que sirve como sustento empírico de la importancia de la psicooncología, al día de hoy, en nuestro país, si no es que en muchos países de la región, todavía se hace evidente un problema que ha sido ya discutido en México por Piña (2004): la falta de reconocimiento profesional de los psicólogos de la salud en general y de quienes se desempeñan en particular en las instituciones de salud. No hay razón de peso que justifique que ese problema siga vigente, sobre todo cuando, como bien apuntan Singer, Das-Munshi y Brähler (2010), se ha demostrado fehacientemente que un tercio de los pacientes con cáncer sufre trastornos o problemas psicológicos que demandan su abordaje por parte de los profesionales de la psicología, debidamente entrenados en psicooncología.

Referencias

- Almanza, J. J., y J. C. Holland (2000), "Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras", *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46, pp. 196-206.
- Alvarado, S. (2004), "La psicooncología en México: perspectiva histórica", *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3, pp. 44-47.
- (2007), "La psicooncología y el oncólogo: un trabajo transdisciplinario", *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6, pp. 85-88.
- (2008), "El psicólogo y su contribución en la oncología", *Gaceta Mexicana de Oncología*, 7, pp. 27-28.
- Breitbart, W., y H. M. Chochinov (1998), "Psycho-oncology Research: The Road Traveled the Road Ahead", *Journal of Psychosomatic Research*, 45, pp. 185-189.
- Caplan, G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, Nueva York, Basic Books.
- Chaturvedi, S. K., y C. Venkateswaran (2008), "New Research in Psychooncology", *Current Opinion in Psychiatry*, 21, pp. 206-210.
- Costa, G., y R. Ballester (2011), "El inicio de la psico-oncología: una breve revisión", *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 99, pp. 21-28.
- Cullen, J. W., B. H. Fox y R. N. Isom (eds.) (1976), *Cancer: The Behavioral Dimensions*, Washington, National Cancer Institute (Publication Number NIH 76-1074).
- Die-Trill, M., y J. C. Holland (1995), "A Model Curriculum for Training in Psycho-oncology", *Psycho-Oncology*, 4, pp. 169-182.
- Dolbeault, S., A. Szporn y J. C. Holland (1999), "Psycho-oncology: Where Have We Been? Where Are We Going?", *European Journal of Cancer*, 35, pp. 1554-1558.
- Duijts, S. F., M. M. Faber, H. S. Oldenburg, M. van Beurden y N. K. Aaronson

- (2011), "Effectiveness of Behavioral Techniques and Physical Exercise on Psychosocial Functioning and Health-related Quality of Life in Breast Cancer Patients and Survivors: A Meta-analysis", *Psychooncology*, 20, pp. 115-126.
- Ernstmann, N., M. Neumann, O. Ommen, M. Galushko, M. Wirtz, R. Voltz y H. Pfaff (2009), "Determinants and Implications of Cancer Patients Psychosocial Needs", *Support Care Cancer*, 17, pp. 1417-1423.
- García, J. C. (s.f.), "Primeros auxilios psicológicos. Modelo para intervenir en crisis. Enfoque terapéutico de urgencia y breve", disponible en <http://www.psicocentro.com>. (Recuperado el 13 de julio de 2012).
- Grassi, L., B. Biancosino, L. Marmai, E. Rossi y S. Sabato (2007), "Psychological Factors Affecting Oncology Conditions", *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, pp. 57-71.
- Grau, J. (1996), "¿Qué aborda la psicología de la salud?", citado en L. A. Martín (2003), "Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud", *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, pp. 275-281.
- Hersch, J., I. Juraskova, M. Price y B. Mullan (2009), "Psychosocial Interventions and Quality of Life in Gynaecological Cancer Patients: A Systematic Review", *Psychooncology*, 18, pp. 795-810.
- Hillers, R., y M. Rey (2005), "Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112 tras los atentados del 11-M", *Cuadernos de Crisis y Emergencias*, 4, pp. 25-33.
- Hodges, L. J., J. Walker, A. M. Kleiboer, A. J. Ramírez, A. Richardson, G. Velikova y M. Shaper (2011), "What is a Psychological Intervention? A Meta-review and Practical Proposal", *Psychooncology*, 20, pp. 470-478.
- Holland, J. C. (2002), "History of Psycho-oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers", *Psychosomatic Medicine*, 6, pp. 206-221.
- , y E. Frei (2003), "Psycho-oncology", en D. W. Kufe, R. Pollock, R. Weichselbaum, R. Bast, T. Gansler, J. Holland y E. Frei (eds.), *Holland-Frei Cancer Medicine*, Canada, Decker Inc., disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (Recuperado el 20 de agosto de 2012).
- , y J. H. Rowland (eds.) (1989), "*Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*", Nueva York, Oxford University Press.
- , B. Andersen, W. S. Breitbart, B. Compas, M. Dudley, S. Fleishman y M. A. Zeven (2010), "The NCCN Distress Management Guidelines", *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, pp. 448-485.
- Jamtvedt, G., J. M. Young, D. T. Kristoffersen, M. A. O'Brien y A. D. Oxman (2006), "Audit and Feedback: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes", *Cochrane Database Systems Review*, 19: CD000259.
- Kanfer, F. H., y A. P. Goldstein (eds.) (1993), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Ledesma, D., y H. Kumano (2009), "Mindfulness-based Stress Reduction and

- Cancer: A Meta-analysis”, *Psychooncology*, 18, pp. 571-579.
- Meichenbaum, D., y M. Genest (1993), “Modificación de conducta cognitiva: una integración de los métodos cognitivos y conductuales”, en F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 477-517.
- Mitchell, A. J., M. Chan, H. Bhatti, M. Halton, L. Grassi, C. Johansen y N. Meader (2011), “Prevalence of Depression, Anxiety and Adjustment Disorder in Oncological, Hematological and Palliative Care Settings: A Meta-analysis of 94 Interview-based Studies”, *Lancet Oncology*, 12, pp. 160-174.
- Pérez, J. G. (s.f.), “La psicoterapia de apoyo: conceptualización, técnicas y aplicaciones”, *Veritas*, 2, pp. 77-82.
- Phares, E. J. (1996), *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*, México, El Manual Moderno.
- Piña, J. A. (2004), “La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, pp. 191-205.
- Prieto, F. A. (2004), “Psicología oncológica”, *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, pp. 107-120.
- Shennan, C., S. Payne y D. Fenlon (2011), “What is the Evidence for the Use of Mindfulness-based Interventions in Cancer Care? A Review”, *Psychooncology*, 20, pp. 681-697.
- Singer, S., J. Das-Munshi y E. Brähler (2010), “Prevalence of Mental Health Conditions in Cancer Patients in Acute Care—A Meta-analysis”, *Annals of Oncology*, 21, pp. 925-930.
- Sperner-Unterweger, B. (2011), “Psycho-oncology—Psychosocial Oncology: Integration in a Concept of Oncological Treatment”, *Nervenarzt*, 82, pp. 379-380.
- Velázquez, A. G., M. A. García, S. Alvarado y J. A. Ángeles-Sánchez (2007), “Cáncer y psicología”, *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6, pp. 71-75.
- Vespa, A., P. B. Jacobsen, L. Spazzafumo y L. Balducci (2011), “Evaluation of Intrapyschic Factors, Coping Styles, and Spirituality of Patients Affected by Tumors”, *Psychooncology*, 20, pp. 5-11.

2. PSICOONCOLOGÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

José Méndez Venegas
Clínica de Psicooncología
Instituto Nacional de Pediatría y Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Luis Fernando Méndez Castruita
Servicio de Psicooncología
Hospital Central Militar

Introducción

El cáncer se describe como un grupo amplio y heterogéneo de enfermedades, cuyo factor común es el desequilibrio que se produce por la división descontrolada y anormal de las células (Rivera-Luna 2007). Aun cuando es considerada una enfermedad potencialmente curable en un elevado número de casos, es cierto que su historia natural se aparta de los modelos habituales que se observan tanto en las enfermedades agudas como en otras de naturaleza crónica, casos de las del corazón y la diabetes, principalmente.

En términos epidemiológicos, no obstante que los tumores malignos (*esto es*, de la tráquea, los bronquios y el pulmón, del estómago y de la próstata) ocupaban el segundo lugar como causas de mortalidad general en nuestro país en la década de 1990 del siglo pasado, con la reclasificación de las enfermedades a partir del año 2000 y con excepción de los de tráquea, bronquios y pulmón, los restantes tumores se han ubicado entre los lugares 14 y 20 en ese mismo indicador (Perdigón-Villaseñor y Fernández-Cantón, 2008; Secretaría de Salud, 2011).

Una situación relativamente opuesta se observa en la evolución de la mortalidad infantil, pues desde la segunda década del siglo pasado y hasta los años sesenta las principales causas de mortalidad en ese sector de la población se tenían con las diarreas y la enteritis, la neumonía y la influenza, la tos ferina, la bronquitis, ciertas enfermedades de la primera infancia y las malformaciones congénitas, entre otras. No es sino hasta 1970 que dentro de las 20 principales causas de mortalidad aparecen los tumores malignos en el lugar 19, hasta ubicarse en el lugar 14 en 2008; es decir que en tan sólo 40 años descendieron cinco lugares en el rubro.

A lo anterior habría que añadir que la prevalencia de los distintos tipos de cáncer en niños y adolescentes en nuestro país es de aproximadamente 5% (Rivera-Luna, 2003) y que es la segunda causa de muerte en el grupo de niños y adolescentes entre 5 y 14 años de edad (Cárdenas, 2004), siendo los tipos más frecuentes los siguientes: leucemia aguda linfoblástica, leucemia aguda mieloblástica

ca, tumores cerebrales, linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, osteosarcoma, sarcoma de Ewing, retinoblastoma, hepatoblastoma y tumor germinal. Dada la importancia que reviste el problema del cáncer en este sector de la población, en este trabajo se describen algunas de sus características principales y las aportaciones que se han venido haciendo desde el Instituto Nacional de Pediatría, donde destaca la participación decisiva de los profesionales de la psicología.

El tratamiento médico del cáncer en niños

El objetivo principal del tratamiento del cáncer en niños y adolescentes es lograr su curación, a efecto de que aquéllos se puedan desarrollar de forma normal y tengan una vida adulta productiva y útil. La definición de curación del cáncer contempla, entre sus principales elementos, el hecho de que no se observen signos ni síntomas de la enfermedad; asimismo, que no exista o sea mínimo el riesgo de una recaída; finalmente, la restauración completa de la salud, tanto en su dimensión física como psicosocial (Bearison y Mulhern, 1994; List, Ritter-Sterr y Lansky, 1991; Méndez, 2007).

Para dicho propósito, el tratamiento médico oncológico se basa en el empleo de diferentes estrategias y terapéuticas, como quimioterapia, radioterapia, cirugía, trasplante de médula ósea y terapia de soporte (cuadro 1). Sin embargo, es menester destacar que los tratamientos médicos oncológicos responsables de la sobrevivencia de niños y adolescentes también se caracterizan por generar consecuencias prolongadas y adversas sobre la salud, que se pueden manifestar meses e inclusive hasta años después de terminados los mismos; a esas consecuencias se les denomina *efectos tardíos*, por ejemplo, la disfunción orgánica y una diversidad de secuelas psicosociales adversas (Cahng, 1991; Méndez, 2007).

Algunos factores de riesgo de estos efectos tardíos incluyen: *a)* los agentes relacionados con el tumor; *b)* los efectos directos en los tejidos; *c)* la disfunción orgánica inducida por el tumor; y *d)* los efectos anatómico-funcionales (metabólicos y mecánicos, principalmente). En cualquiera de estos casos, es decir, independientemente de la terapéutica, los efectos tardíos y los factores de riesgo implicados invariablemente suele aparecer una diversidad de alteraciones neuropsicológicas que pueden afectar de manera importante la capacidad de niños y adolescentes para adaptarse a la enfermedad, al tipo de tratamiento y a sus entornos familiar y social (Gamis y Nesbit, 1991; Hernández, 2007).

Es por lo antes dicho que, dadas las características particulares de cada cáncer y los efectos adversos que derivan de los distintos tratamientos, casi desde la mitad de la década de los noventa del siglo pasado dio inicio en México un fuerte movimiento y desarrollo de la psicooncología, primero en el Instituto Nacional de Cancerología y después en el de Pediatría, en el que se consideró como funda-

Cuadro 1. *Principales terapéuticas y su condición de riesgo en relación con los efectos tardíos*

Terapéutica	Efectos tardíos	Alteraciones neuropsicológicas
Quimioterapia	El tipo de fármaco y la dosis pueden modificar el riesgo. Se asocia con: <i>a)</i> neurotoxicidad, donde ciertas clases de agentes, como los alcaloides y la vincristina, pueden causar toxicidad directa sobre el sistema nervioso central; <i>b)</i> neuropatía, donde se afecta el sistema nervioso periférico, produciendo dolor, cosquilleo, adormecimiento, hinchazón y debilidad muscular en distintas partes del cuerpo. Es provocada por infección, sustancias tóxicas y fármacos antineoplásicos, y <i>c)</i> hipoacusia, que es la disminución o pérdida auditiva; según su intensidad puede ser leve, moderada, profunda o total.	Se observan efectos en el largo plazo, que consisten en atrofia cerebral, déficit de atención, problemas de memoria y disminución del coeficiente intelectual. Inclusive, con una única administración de quimioterapia se presenta déficit neurocognoscitivo, sobre todo en el logro académico, que aparece a los tres o cuatro años después de concluido el tratamiento (Anderson <i>et al.</i> , 1994; Bernabeu <i>et al.</i> , 2003).
Radioterapia	Los factores más críticos incluyen el tamaño de la fracción y la dosis total, el volumen irradiado del órgano o del tejido, así como la intensidad. Sus secuelas sobre el sistema nervioso central pueden ser morfológicas (atrofia, calcificaciones, degeneración de la sustancia blanca, cambios vasculares y necrosis) o funcionales (encefalopatía, deterioro neuropsicológico y déficit focal). El efecto más dramático se tiene con la necrosis cerebral, que puede aparecer tardíamente por su acción sobre las células gliales y los capilares sanguíneos cerebrales (Bernabeu <i>et al.</i> , 2003).	La secuela más común es la leucoencefalopatía, que se acompaña de un déficit global de las habilidades cognoscitivas, con limitaciones en atención, memoria, lectura y escritura, así como en habilidades matemáticas, y dependiendo de la zona radiada, alteraciones visomotoras y de coordinación fina (Anderson <i>et al.</i> , 1994).

Continuación cuadro 1. *Principales terapéuticas y su condición de riesgo en relación con los efectos tardíos*

Terapéutica	Efectos tardíos	Alteraciones neuropsicológicas
Cirugía	La técnica y la ubicación del tumor se consideran factores predecibles del daño neurocognoscitivo, o de imagen corporal, ya que la resección tumoral en una región determinada predice la aparición de distintas alteraciones, en lo que hace a su anatomía y funcionalidad.	La cirugía en SNC dejará secuelas dependiendo de la región del cerebro en que se interviene, siendo semejantes a las antes descritas, pero cuando se trata de una amputación de pierna o brazo, la imagen corporal se afecta de forma importante, con los cambios sociales y emocionales consecuentes. Además se debe preparar la reacción ante la sensación de miembro fantasma.

mental la investigación de las respuestas emocionales de los niños/adolescentes y de los familiares que pasan por la experiencia de un diagnóstico de cáncer, considerando sus diferentes etapas, los tipos y los distintos momentos del tratamiento.

Este movimiento, conocido como psicooncología (Holland, 1989, 2002), se centra prioritaria aunque no exclusivamente en el abordaje de dos dimensiones: 1) La respuesta emocional de los pacientes, sus familiares y las personas encargadas del cuidado de los primeros en las diferentes etapas de la enfermedad, y 2) Los factores psicológicos y conductuales, así como los aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer. Ambas dimensiones son importantes para el equipo oncológico, ya que de esa reacción emocional depende en buena medida la respuesta al tratamiento prescrito. Se trata de un tipo de reacción que inclusive puede determinar el tiempo de sobrevida o el abandono del tratamiento, entre otras cosas. En estudios internacionales se señala que, por ejemplo, en la leucemia, si bien 80% de los casos se cura, en el restante 20% se corre el riesgo de recaídas a lo largo del tratamiento por factores inherentes a la enfermedad (Rivera-Luna, 2007). Lo interesante del caso es que se ha demostrado que existen algunos factores psicológicos y conductuales asociados que hacen necesaria su evaluación desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, con la finalidad de favorecer la adhesión al tratamiento, evitar el abandono y ofrecer contención a los familiares; en suma, con el fin de fortalecer los mecanismos de afrontamiento que se requieren para el tiempo que dura el tratamiento, independientemente del plan que se adopte (Grootenhuis y Last, 2001; Kasak, 1999).

En el plano psicológico, algunos de los principales problemas o de las secuelas que se han identificado en niños y adolescentes con cáncer incluyen: a) la ansie-

dad; *b*) los trastornos del estado de ánimo; *c*) los trastornos psicológicos asociados; *d*) los síntomas de estrés postraumático; *e*) diversos eventos psicológicos implicados en el dolor, y *f*) dificultades de adaptación a los entornos escolar y social (cuadro 2). Por lo que hace al entorno familiar, destaca el hecho de que con relativa frecuencia se observan dificultades para mantener una dinámica adaptativa entre sus integrantes, de manera más acusada entre quienes dispensan su tiempo y su esfuerzo a cuidar permanentemente a niños y adolescentes. Estos problemas, por razones obvias, tienen que atenderse con prontitud y eficiencia desde el momento mismo del diagnóstico —sea oportuno o tardío— y a lo largo de las distintas fases por las que transita la enfermedad. En poco más de una década se ha recabado información de la experiencia en esta etapa de la vida de niños y adolescentes con cáncer en el Instituto Nacional de Pediatría, como parte de una línea de investigación que nos ha permitido evaluar tanto sus habilidades cognitivas, el ajuste a los cambios de estilo de vida, su reinserción al ámbito escolar y a sus relaciones interpersonales —dentro y fuera de la familia—, como el desarrollo psicomotor en los niños en edad preescolar y escolar.

Interesa identificar cuál es y cómo opera el patrón de recuperación psicosocial de ambos cuando han concluido su tratamiento oncológico; asimismo, es necesario evaluar los efectos a largo plazo del tratamiento, según el esquema de quimioterapia, radioterapia o cirugía al que se han expuesto, poniendo especial atención

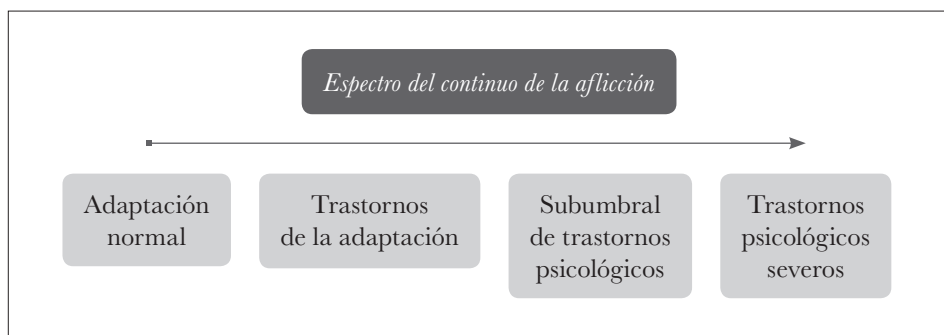
Cuadro 2. *Problemas o secuelas psicológicas derivados de los distintos tipos de cáncer y sus respectivos tratamientos*

Tipos de problemas	Psicológicos	Ansiedad
		Depresión
		Estrés postraumático (temor a la recurrencia)
		Somatización
		Autoestima y autoimagen
	Psicosociales	Competencia social/ relaciones interpersonales
		Familiares (padres y/o hermanos)
		Integración y adaptación a la comunidad
		Seguridad social
	Académicos/laborales	Alteraciones visuales, auditivas, motoras
		Dificultad en la escolarización y el aprendizaje
		Área laboral

en los diferentes trastornos que pueden presentarse en el plano psicológico a lo largo del proceso de intervención, en lo que hemos dado en llamar el *espectro del continuo de aflicción* (figura 1). Por ejemplo, los resultados obtenidos de los pacientes en vigilancia, de una muestra de 325 casos con distintos tipos de cáncer, presentan como principales complicaciones el desarrollo de habilidades escolares, trastornos del aprendizaje, lectura-escritura y matemáticas, aproximadamente en 60% de los pacientes. Asimismo, se producen alteraciones en la adquisición del lenguaje, como consecuencia de la neurotoxicidad y la ototoxicidad del tratamiento por quimioterapia o radioterapia. En el mismo tenor se encuentran las limitaciones de estimulación de y en el ambiente familiar, trastornos del ajuste emocional o social, donde este último asciende a 25%, siendo mayor, inclusive, en niños o adolescentes sometidos a cirugía —esto es, de retinoblastoma o de osteosarcoma (Anderson *et al.*, 1994; Gamis y Nesbit, 1991).

En síntesis, de esa línea de investigación hemos observado lo siguiente: 1) El paciente por lo regular presenta: a) una sensación de pérdida y miedo a dejar el servicio, puesto que en lo inmediato ni el hospital ni su tratamiento serán su forma de vivir; b) ansiedad y/o rechazo ante el regreso a la escuela y dificultad para su

Figura 1. *Trastornos psicológicos implicados en los diferentes momentos de la atención del cáncer en niños y adolescentes: el espectro del continuo de aflicción*



readaptación al hogar con padres, hermanos, vecinos, etcétera, y c) incertidumbre hacia el futuro o ante una posible recaída. 2) Si el paciente llega a esta etapa, es decir, a la vigilancia, y afectivamente se encuentra que en la fase inicial fue tratado con sobreprotección y dependencia por parte y hacia sus padres, la vigilancia será experimentada como un escape o una forma de mantener la negación, lo que no lo ayudará a la comprensión y al ajuste emocional que son necesarios para la conclusión de su tratamiento médico, y 3) respecto de los padres, es común que muestren incertidumbre (no saben cómo interactuar eficientemente con su hijo) con dificultades para establecer límites, haciéndose manifiesta la sobreprotección exagerada, la ansiedad y el temor por una posible recaída; esta respuesta se ha observado en más

de 60% de los casos en que los padres mantienen la expectativa y el temor frente a la consulta oncológica de vigilancia hasta por más de cinco años y aún presentan miedo e incertidumbre por no “estar libres” de la enfermedad, es decir, con esta idea constante: ¿y si vuelve la enfermedad?

El proceso de vigilancia y el seguimiento en psicooncología pediátrica

La vigilancia, sobre todo en un periodo mayor a 10 años, puede ayudarnos a conocer cuáles son los aspectos psicosociales que se correlacionan con cada una de las características de la enfermedad oncológica en niños y adolescentes. Al igual que ocurre en diferentes áreas del conocimiento, en nuestro país, sin embargo, se torna necesario y con carácter de urgente conducir estudios que nos permitan evaluar e identificar lo que sucede con ambos una vez que se encuentran en vigilancia oncológica; se busca, pues, favorecer el proceso de adaptación de ellos y de sus familiares.

En líneas generales, el seguimiento a largo plazo apunta a que niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer que han superado los cinco años de remisión completa y que llevan más de dos años sin necesidad de tratamiento, son los pacientes susceptibles de incorporarse a estudios para evaluar los efectos secundarios a largo plazo, cuyo interés no radica tanto en la probabilidad creciente de una recaída de la enfermedad, sino en la detección de los efectos secundarios tardíos de la propia enfermedad, y del tratamiento recibido, para intentar preservar un buen estado de salud. Por tal razones, hay que tener en cuenta que cuando termina el tratamiento adviene un periodo de extrema importancia, porque en niños y adolescentes:

1. Se produce el regreso a la vida escolar y social, cuando pueden aparecer posibles problemas escolares y/o de adaptación.
2. Es latente la posibilidad de sufrir discriminación social, económica o laboral.
3. Pueden aparecer dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales o producirse el temor a contraer un futuro matrimonio.
4. La confrontación con las secuelas físicas, si las hay.
5. Existe el riesgo latente de padecer alteraciones psicológicas.

De estas últimas, se incluyen:

- a) Las que se deben a la propia enfermedad, las conocidas en la bibliografía médica como conductas asociadas a la enfermedad: impulsividad, ira, aislamiento, ansiedad, etcétera.

- b) Lo desajustes producidos por la exposición a largos periodos de aislamiento.
- c) El fenómeno del estrés postraumático.
- d) Las molestias producidas por las dificultades y las contrariedades que devienen del tratamiento.
- e) La proximidad y su asociación con la muerte.

Además, hay que considerar el riesgo de padecer secuelas físicas que:

1. En ocasiones pueden estar presentes antes de finalizar el tratamiento.
2. Pueden aparecer en el largo plazo.
3. Pueden tener relación con la enfermedad o con los tratamientos recibidos.
4. Por su gravedad, pueden repercutir desfavorablemente en la adaptación psicosocial.

Por todo lo expuesto, podemos encontrarnos con niños y adolescentes que en el corto o largo plazos abandonan su tratamiento, siendo algunas de las razones para hacerlo: *a)* el desconocimiento; *b)* el miedo; *c)* la evitación; *d)* la negación; *e)* el deseo de olvidar; *f)* el deseo de oponerse a sus mayores, y *g)* el encontrarse con problemas de la burocracia médica.

Entre las actividades que se deben realizar dentro de la Unidad de Psicooncología, a partir de nuestra experiencia (Gálvez, Méndez y Martínez, 2007; Méndez y Maya-del Moral, 2009, 2011), debemos tener en cuenta lo siguiente:

1. Es necesaria la información desde un primer momento, aun cuando ésta por sí sola no basta para garantizar que se produzca la aceptación del diagnóstico, la posibilidad de instaurar un cambio conductual, emocional y familiar, y lo que conlleva el tratamiento oncológico.
2. Es necesaria la formación y la adquisición de hábitos saludables, siendo los mejores lugares el núcleo de la familia, las escuelas, los centros de salud, los centros deportivos, los centros de tiempo libre y las asociaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema.

Para conseguir lo anterior, los trabajos que debemos realizar los profesionales en este campo son, por su importancia:

1. La elaboración de programas de adiestramiento que garanticen un nivel de ejecución eficaz en aquellas prácticas realizadas por no profesionales, entiéndanse fundamentalmente los familiares y los cuidadores especiales.
2. La investigación de la interacción entre el personal de salud y los pacientes para obtener la máxima difusión posible de la información y para mejorar la comunicación equipo de salud –paciente- familia y las habilidades adecuadas.

3. El análisis de los factores responsables de la observación de las prácticas y de los que se oponen a ella, para diseñar las estrategias más eficaces y conseguir la adquisición de hábitos autónomos.

Para lograr estos propósitos algunas de las técnicas de modificación de la conducta más utilizadas incluyen (Bloch y Kissane, 2000):

1. Los contratos conductuales: la información que se ofrece al niño y/o adolescente, así como a su familia, es la base del contrato, dejando clara las reglas, los tiempos y las características del ingreso al hospital, el tratamiento y los efectos secundarios del mismo. Se obtuvo una reducción de la ansiedad y el miedo con la técnica de la psicoeducación, pues el grupo experimental presentó una diferencia en la puntuación de ansiedad con respecto al control de $p \leq 0.05$.
2. El condicionamiento encubierto: este procedimiento se utiliza más para el control de náusea y vomito, que son reacciones secundarias de la quimioterapia. El objetivo es establecer una respuesta condicionada que permita al niño o adolescente obtener seguridad y control de lo que vive como toxicidad durante y después de una semana. Los resultados son mejores cuando el paciente tiene menor nivel de ansiedad y/o depresión, que son más comunes en los adolescentes. La experiencia ha demostrado que esto funciona en más de 80% de los casos.
3. El entrenamiento conductual, cognoscitivo y emocional: el modelo de terapia cognitivo-conductual, con sus diferentes técnicas, se pueden utilizar para modificar hábitos y conductas no favorables para la adaptación al hospital, de manera que estableciendo cambios cognoscitivos, conductuales y emocionales se favorezca la adherencia y el ajuste emocional durante el tratamiento, así como el autocontrol en los procedimientos médicos dolorosos. Estos resultados se observan al menos en 90% de los casos, sobre todo en niños de siete años en adelante. Este procedimiento es el más utilizado en psicooncología, ya que facilita el ajuste del niño y la familia en todo el esquema del tratamiento.
4. La autoobservación y el autorregistro: una técnica que resulta muy útil como conducta responsable y distractora es el autorregistro para niños de ocho años en adelante, y sirve para contar el número de ocasiones que presentan náusea y vómito, para que se les indique algún medicamento antiemético; igual se utiliza una escala verbal o numérica para evaluar la intensidad del dolor, para tener así una medida de autorreporte adicional diario, lo que nos permitiría ajustar las dosis de analgésicos y valorar la participación de factores emocionales como parte de la intensidad del dolor. Estas estrategias son utilizadas todos los días y adiestran a niños y adolescentes para que formen parte de la evaluación diaria durante su tratamiento, lo que fortalece su responsabilidad y su compromiso con ellos mismos, de manera que hoy día para los niños es fácil reconocer la intensidad del dolor y las molestias que provoca la toxicidad de la quimioterapia.

5. La solución de problemas: la técnica de fortalecimiento de habilidades sociales y solución de problemas se puede utilizar dependiendo del diagnóstico y el estilo de vida del niño y su familia, ya que no todos cuentan con una red de apoyo social, como es la familia integrada y funcional. Por lo tanto, para niños y adolescentes la familia y sus amigos pueden ser una fuente de estrés, genera que una serie de ideas y pensamientos negativos que para ellos son un problema, de forma que se les enseña y se fortalecen tanto las estrategias de afrontamiento como la solución de problemas, con el objetivo de centrar su pensamiento sólo en su enfermedad y en su tratamiento, dándole un valor diferente a otros problemas que se podrían solucionar después, pues no deben ocupar un lugar primordial en su mente, ya que causan una innecesaria preocupación cognoscitiva y emocional. Esta técnica se utiliza dependiendo de la edad y el estilo de vida del paciente, en quienes se ha logrado un cambio favorable en su ajuste cognoscitivo al menos en unos 15 días, con sesiones diarias, manteniendo un aprendizaje positivo y modificando tanto el pensamiento, como las emociones y la conducta en todos los casos atendidos. El registro de los casos en que se ha utilizado este tipo de intervención reporta más de 300 por año, lo que demuestra la plasticidad del SNC para aprender y modificar los pensamientos con una adecuada intervención cognoscitivo-conductual, en el momento en que se requiere para enfrentar los problemas que genera una enfermedad y un ambiente social particular.

En cuanto a las prioridades que merecen especial atención en el futuro, tenemos fundamentalmente ocho, algunas de las cuales ya han sido sugeridas en otros espacios y en otros momentos (Gálvez *et al.*, 2005; Méndez, 2007):

1. Se hace necesario proveer de la información pertinente sobre la situación en la que se encuentra el paciente, para él mismo y para sus familiares. Es importante tener en cuenta su entorno social.
2. Es fundamental, asimismo, hacer explícitas las eventuales secuelas médicas, psicosociales y socioeconómicas que produce el cáncer infantil.
3. También se vuelve necesario diseñar, instrumentar y evaluar programas de educación especial en aquellos casos en que se requiera, apoyándose en protocolos individuales de intervención.
4. Hay que afinar la intervención rehabilitadora, identificando, con base en la evidencia, cuáles son las mejores estrategias, procedimientos y técnicas que pueden utilizarse en los planos individual y familiar.
5. Se requiere la creación de centros de intervención, desarrollo e integración de los casos, procurando la colaboración interdisciplinaria.
6. Asimismo, la tarea obligada tiene que ver con el desarrollo de medidas necesarias para evaluar la calidad de vida de estos pacientes.

7. Es necesaria la creación de diferentes tipos de ayuda en el proceso de integración social.
8. Se debe educar a estos pacientes para que defiendan su futuro social y económico.

Conclusiones y recomendaciones

Los distintos tipos de cáncer que enfrentan niños y adolescentes son en sí mismos dañinos, además de que el tratamiento prescrito —quimioterapia, radioterapia y cirugía, principalmente— propicia alteraciones o secuelas físicas de diversa índole (Anderson *et al.*, 1994; Butler y Haser, 2006; Sans, Colomé, López-Sala y Boix, 2009; Villarejo y Martínez, 2008). En el plano biológico, por ejemplo, ocurren alteraciones en el *sistema nervioso central* (atrofia, necrosis, encefalopatía, etcétera) y en el *sistema nervioso periférico* (neuropatía). En el plano *neuropsicológico*, los daños dependerán en buena medida de la localización, el tamaño y la velocidad de crecimiento de los tumores, destacando entre muchos los déficits de memoria y de atención, la realización inapropiada de funciones ejecutivas, la afectación a las funciones vinculadas con el lenguaje y, en no pocas ocasiones, la presencia de trastornos de conducta y de personalidad.

Debido a lo anterior y a lo expuesto a lo largo de este trabajo, en el contexto del Instituto Nacional de Pediatría, una tarea medular ha sido la de incorporar al especialista en psicooncología en los programas de investigación e intervención interdisciplinarias, con el objetivo de que colaboren integralmente en el proceso de atención y vigilancia hasta por 20 años. El objetivo que subyace al proceso en cuestión no sólo consiste en promover una mejor aceptación hacia la enfermedad y el tratamiento, sino también en favorecer en niños y adolescentes el entrenamiento en habilidades y competencias que les permitan un desarrollo psicológico y sexual plenos, su adaptación a los entornos familiar, social y escolar, así como una eventual vida en pareja ajustiva (Méndez, 2007; Rauck, Green, Yasui, Mertens y Robinson, 1999; Schover, 1999). Se trata, por supuesto, de un objetivo que nos plantea un nuevo horizonte para la psicología de la salud en general y la psicooncología en particular, sobre todo en países como el nuestro.

Ciertamente, implica muchos y diversos retos, que precisan de los profesionales de la psicología, conocimientos, pericia y competencia, que en primera instancia deben ser provistos en el proceso de formación académica y, posteriormente, en su proceso de inserción en las instituciones de salud, como en el caso que nos ocupa. De ahí que hoy día resulte necesario formar profesionales de la psicología con un alto nivel de especialización en psicooncología, con el objeto de garantizar una atención oportuna, de calidad y con calidez para niños y adolescentes que infortunadamente viven con algún tipo de cáncer.

No hay que pasar por alto, como se refirió en la introducción, que también infortunadamente son cada vez más los casos de cáncer que se diagnostican en nuestro país en ese importante sector de la población. Es, pues, una realidad que hay que atacar con todos los recursos humanos y tecnológicos de que se dispone.

Referencias

- Anderson, V., E. Smibert, H. Ekert y T. Godber (1994), "Intellectual, Educational, and Behavioral Squealed After Cranial Irradiation and Chemotherapy", *Archives of Disease in Childhood*, 70, pp. 476-483.
- Bernabeu, J., A. Cañete, C. Fournier, B. López-Luengo, T. Barahona, C. Grau y V. Castel (2003), "Evaluación y rehabilitación neuropsicológica en oncología pediátrica", *Revista de Psicooncología*, 1, pp. 117-134.
- Bearison, D., y R. Mulhern (1994), *Pediatric Psycho-Oncology*, Nueva York, Oxford University Press.
- Bloch, S., y D. Kissane (2000), "Psychotherapies in Psycho-oncology", *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 112-116.
- Butler, R. W., y J. K. Haser (2006), "Neurocognitive Effects of Treatment for Childhood Cancer", *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, pp. 184-191.
- Cahng, P. (1991), "Psychosocial Needs or Long-term Childhood Cancer Survivors: A Review of Literature", *Pediatrician*, 18, pp. 20-24.
- Cárdenas, C. R. (2004), "Cáncer en pediatría. Un reto social", *Acta Pediátrica de México*, 25, pp. 205-206.
- Gálvez, A. B., J. Méndez y C. Martínez (2005), "Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica", *Acta Pediátrica de México*, 26, pp. 35-43.
- Gamis, A., y M. Nesbit (1991), "Neuropsychological (Cognitive) Disabilities in Long-term Survivor of Childhood Cancer", *Pediatrician* 18, pp. 11-19.
- Grootenhuis, M., y B. Last (2001), "Children with Cancer with Different Survival Perspectives: Defensiveness, Control Strategies, and Psychological Adjustment", *Psycho-Oncology*, 10, pp. 305-314.
- Hernández, M. (2007), "Aspectos neuropsicológicos en niños con tumores cerebrales", en F. Vallejo y L. Madero (eds.), *Tumores del sistema nervioso central en niños*, Madrid, Editorial Ergon, pp. 334-350.
- Holland, J. C. (1989), *Handbook of Psychooncology*, Nueva York, Oxford University Press.
- (2002), "History of Psycho-oncology: Overcoming Attitudinal and Con-

- ceptual Barriers”, *Psychosomatic Medicine*, 6, pp. 206-221.
- Kasak, A. (1999), Effective Psychosocial Intervention for Children with Cancer and their Families”, *Medical and Pediatric Oncology*, 32, pp. 292-293.
- List, M., C. Ritter-Sterr y S. Lansky (1991), “Cancer During Adolescence”, *Pediatrician*, 18, pp. 32-36.
- Méndez, J. (2007), “Aspectos psicológicos del niño con cáncer”, en R. Rivera-Luna (ed.), *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista*, México, Editores de Textos Mexicanos, pp. 275-290
- , y A. Maya-del Moral (2009), “Intervención cognitivo-conductual en cuidados paliativos”, *Revista Mexicana de Algología Clínica y Terapia*, 6 (No. Especial), pp. 20-24.
- , y A. Maya-del Moral (2011), “Psicología pediátrica”, *Acta Pediátrica de México*, 32, pp. 231-239.
- Perdigón-Villaseñor, C., y S. B. Fernández-Cantón (2008), “Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, pp. 238-240.
- Rauck, A., D. Green, Y. Yasui, A. Mertens y L. Robinson (1999), “Marriage in the Survivors of Childhood Cancer: A Preliminary Description from the Childhood Cancer Survivor Study”, *Medical and Pediatric Oncology*, 33, pp. 60-63.
- Rivera-Luna, R. (2003), “Panorama del niño con enfermedades malignas en México”, *Acta Pediátrica de México*, 24, pp. 217-219.
- , (2007), *El niño con cáncer*. México, Editorial Teva de México.
- Sans, A., R. Colomé, A. López-Sala y C. Boix (2009), “Aspectos neuropsicológicos del daño general difuso adquirido en la edad pediátrica”, *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), pp. S23-S26.
- Schover, L. (1999), “Psychosocial Aspects of Infertility and Decisions about Reproduction in Young Cancer Survivors: A Review”, *Medical and Pediatric Oncology*, 33, pp. 53-59.
- Secretaría de Salud (2011), *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*. México, Autor, disponible en <http://www.salud.gob.mx>. (Retirado el 10 de octubre de 2012).
- Villarejo, F., y J. F. Martínez (2008), “Tumores cerebrales en niños”, *Pediatría Integral*, XII, pp. 577-583.

3. SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Xolyanetzin Montero Pardo y Samuel Jurado Cárdenas
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

José Méndez Venegas
Clínica de Psicooncología
Instituto Nacional de Pediatría

Introducción

Las enfermedades crónico-degenerativas comprenden diversos padecimientos, que tienen como características: persistir por más de tres meses durante un año, impactar el estado de salud al afectar a uno o más sistemas del cuerpo, así como alterar el área emocional, familiar y escolar del niño. Se pueden tratar en términos médicos —con medicamentos o con algún tipo de cirugía—, aunque rara vez se curan por completo, razón por la cual suelen persistir por periodos prolongados, demandando un cuidado continuo (Brown, Daly y Rickel, 2008; Wallander, 2003).

Es justamente en este contexto donde surgen los “cuidadores”, que son aquellas personas que atienden a un miembro de la familia con alguna enfermedad crónico-degenerativa durante una considerable parte del día y por largos periodos, brindando apoyo físico y emocional dirigido a mantener el bienestar del receptor del cuidado (Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Lobo y García, 2007).

En el sistema de salud se han identificado dos tipos de cuidadores: los formales, que se insertan dentro del sistema institucional, y los informales, que lo hacen dentro del sistema doméstico de cuidado de la salud (Vásquez, 2006). El cuidador informal se define a partir de dos características: 1) su carácter no remunerado, que lo hace parecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidador “no válido”, y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas o familiares en el hogar (De los Reyes, 2001; Ramos, 2008). Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios. El rasgo distintivo entre ambos radica en el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidarlo; así, el cuidador primario es el encargado de tomar la mayoría de las decisiones e invierte buena parte de su tiempo acompañando al enfermo, mientras el secundario sólo hace las veces de relevo (Alonso, 2002).

Cuesta (2004) señala que las actividades que realizan los cuidadores son de dos tipos:

1. *Instrumentales*. Se refieren a la comida, a las compras, a las tareas del hogar, al transporte, a gestionar finanzas y a dar los medicamentos.
2. *De autocuidado*. Tienen que ver con levantar al paciente de la cama, alimentarlo, vestirlo y atenderlo para los fines de su higiene personal en general.

El cuidado de un familiar implica una experiencia prolongada que exige que el cuidador reorganice su vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica dicho cuidado. Todo ello influye de manera distinta, dependiendo de las características, problemas o enfermedades que se padecen; también, de lo avanzada que esté la enfermedad, de la lucidez psicológica que posea y de la autonomía que experimente el paciente (López y Blanco, 2006). Las demandas para el cuidador pueden dividirse en tres categorías (Lafaurie *et al.*, 2009): 1) Demandas físicas por el cuidado directo. 2) Demandas emocionales de los familiares y el paciente, y el propio estrés emocional del cuidador. 3) Demandas económicas.

Las consecuencias que asume el cuidador al desempeñar su papel se ven reflejadas en diversas áreas de su vida; éstas se describen a continuación:

Físicas. Como resultado del estrés, la mala alimentación y la falta de periodos de descanso, aparecen en el cuidador síntomas físicos como trastornos del sueño, fatiga, cefaleas, pérdida de apetito, tensión muscular en cabeza, hombros y espalda, cansancio, insomnio, decremento del deseo sexual; en una buena proporción de los casos, y ante la presencia de estos síntomas somáticos, el cuidador recurre a la automedicación (Begoña, 1998; Moreno, 2008). Los cuidadores, comparados con los no cuidadores, tienen mayor riesgo de padecer hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares (Mausbach *et al.*, 2005). También se incrementa el riesgo de padecer el síndrome metabólico y desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (Beverly *et al.*, 2005).

Emocionales. Cuando el cuidador siente que ha disminuido su tiempo libre, que se ha aislado socialmente, con falta de conocimientos, con poco control sobre su vida y sin apoyos externos (Díaz, 2002; Hankey, 2004), aparecen sentimientos como angustia, culpa, desánimo, desesperanza, enojo, ira, coraje, tristeza, agotamiento, sufrimiento, resentimiento e irritabilidad (Begoña, 1998; López y Blanco, 2006; Martínez, 2002; Moreno, 2008; Muñoz, Price, Reyes, Ramírez y Costa, 2010). Además, se han encontrado niveles elevados de ansiedad, depresión y baja autoestima en ellos que disminuyen su calidad de vida (Begoña, 1998; Crespo y López, 2007; Grunfeld, 2004; Zarit, Johansson y Malmberg, 1995).

Económicas. Las enfermedades crónicas provocan un gasto inesperado para las familias al prolongarse por largos periodos, ya que el paciente requiere me-

dicamentos, alimentos especiales y otros insumos para afrontar su padecimiento; por lo anterior, en el seno del sistema familiar se tienen que reorganizar los gastos, priorizando los del paciente y dejando en segundo término las necesidades del resto de los miembros de la familia (Zarit *et al.*, 1995).

Familiares. A partir del diagnóstico de la enfermedad crónica se modifica la dinámica familiar al concentrarse toda la atención de sus integrantes en el enfermo, configurándose así nuevos hábitos, rutinas, roles y funciones (Moreno, 2008). Los conflictos al optarse por la satisfacción de las necesidades del enfermo antes que por las familiares, el descuido del plano social, la necesidad de actividad laboral de cada uno de los miembros de la familia y por desacuerdos en la atención de los familiares en el cuidado del paciente (Lawrence, Murray, Samsi y Banerjee, 2008), lo que se manifiesta en enfrentamiento, discusiones, problemas de comunicación y separaciones (Begoña, 1998; Gómez, 2007; Martínez, 2002; López y Blanco, 2006). Esta situación puede llevar al cuidador a usar sustancias como el tabaco y el alcohol y algunos fármacos para lograr cumplir las demandas que implican el cuidado (Moreno, 2008).

Sociales. Para los cuidadores que no tienen apoyo social e institucional es difícil mantener un empleo, ya que el cuidado que ofrecen al familiar enfermo no tiene horario de entrada ni de salida, ni tampoco días de descanso; se le cuida 24 horas y los 365 días del año (Martínez, 2002). Además, el desgaste emocional que presentan los cuidadores disminuye su concentración y su rendimiento laboral (López y Blanco, 2006). También se afecta el uso del tiempo, pues la dedicación a los cuidados conlleva una restricción de la vida social de los cuidadores, disminuyendo las posibilidades de salir con los amigos, relacionarse con familiares y recibir o realizar visitas; todo ello ocasiona la pérdida de amigos (Charlesworth *et al.*, 2008).

En resumen, a partir de las demandas propias del rol el cuidador puede presentar trastornos físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan sobrecarga, lo que se traduce en una pobre calidad de la atención hacia el enfermo y de sus personales relaciones sociales, familiares y conyugales (Espín, 2008; Moreno, 2008). La sobrecarga surge de las actitudes y las reacciones emocionales de la experiencia de cuidar y del grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Se trata de un síndrome que, según Zarit *et al.* (1995), se desencadena merced a las siguientes tres condiciones: 1) En ocasiones puede estar ya presentes antes de finalizar el tratamiento o aparecer en el largo plazo. 2) Puede tener relación con la enfermedad o con los tratamientos recibidos. 3) Por su gravedad, pueden repercutir desfavorablemente en la adaptación psicosocial.

A partir de lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio es evaluar el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios informales de niños con

enfermedades crónicas, así como describir las horas diarias que utilizan para cuidar a su paciente y las actividades que realizan como parte de la ejecución de su rol.

Método

Escenario y participantes

El estudio se realizó en diferentes áreas del Instituto Nacional de Pediatría. Participaron 252 cuidadores primarios informales de niños bajo tratamiento por algún tipo de diabetes ($n = 85$), epilepsia ($n = 77$) o cáncer ($n = 90$). Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: *a*) tener 18 años o más; *b*) saber leer y escribir; *c*) cuidar un niño diagnosticado con algún tipo de diabetes, epilepsia o cáncer; *d*) vivir en el mismo domicilio que el paciente, y *e*) no recibir remuneración económica por desempeñar el rol de cuidador.

Variables e instrumentos

Encuesta de Salud para el Cuidador Primario Informal (Ramos del Río, Barcelata-Eguiarte, Islas-Salas, Alpuche-Ramírez y Salgado-Guzmán, 2006). Éste es un instrumento diseñado para describir las características del cuidador, que consta de 73 preguntas agrupadas en cinco apartados: I. Características sociodemográficas del cuidador; II. Cuidado del paciente; III. Apoyo social percibido; IV. Prácticas preventivas de salud, y V. Percepción de salud. Para fines de este estudio se utilizó sólo el segundo apartado.

Escala de carga del cuidador de Zarit. Éste es un instrumento autoadministrado que se utiliza para medir la carga de los cuidadores, que refleja los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Las respuestas son codificadas en una escala que va del uno (nunca) al cinco (siempre), con una puntuación que oscila entre el 0 y 110. Tiene un alfa de Cronbach (α) global de 0.89 y está compuesto por 22 preguntas que explican 47% de la varianza, distribuidas en tres factores: 1) *Impacto del cuidado* ($\alpha = 0.82$), que hace referencia a cuestiones relacionadas con los efectos para el cuidador que devienen de los cuidados de un familiar: falta de tiempo libre, falta de intimidad o deterioro de la salud. Está integrado por las preguntas 2, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17 y 22, siendo ejemplos de preguntas: ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted? ¿Cree que su salud se ha visto afectada por cuidar a su paciente? 2) *Relación interpersonal* ($\alpha = 0.83$), que está representada por emociones o sentimientos que aparecen en la relación que el cuidador mantiene con el paciente: agobio, vergüenza, enfado, tensión, incomodidad e indecisión hacia su familiar y su cuidado, integrado por las preguntas 1, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 18 y 19; ejemplos

de éstas incluyen: ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente? ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente? ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente? 3) *Expectativas de autoeficacia* ($\alpha = 0.80$), que refleja las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, integrado por las preguntas 20 y 21: ¿Cree que debería hacer más por su paciente? ¿Cree que podría cuidar mejor a su paciente? Para calificar el instrumento y obtener el nivel de carga emocional se suman todas las preguntas, de 0 a 42, que significa ausencia de sobrecarga, de 43 a 63, que implica un nivel leve de sobrecarga y de 64 a 110 que denota un nivel excesivo de sobrecarga (Montero, Jurado, Méndez y Mora, 2014).

Procedimiento

Previamente a la administración de los instrumentos, una investigadora adscrita al Área de Psicooncología del Instituto Nacional de Pediatría acudía a la cama del paciente durante el horario de visita y le comentaba al cuidador que se estaba realizando un estudio para saber cómo se sentía en relación con la enfermedad y la hospitalización del paciente; se le invitaba a participar y se le preguntaba si sabían leer y escribir. A quienes aceptaban colaborar se les leía el consentimiento informado, se les aclaraban dudas y se les pedía que lo firmaran. Posteriormente, se les explicaba cómo debían responder a los instrumentos, para que lo hicieran en el transcurso de la mañana; cada hora la investigadora regresaba para responder dudas; cada administración fue realizada en una sesión. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la institución.

Análisis estadístico

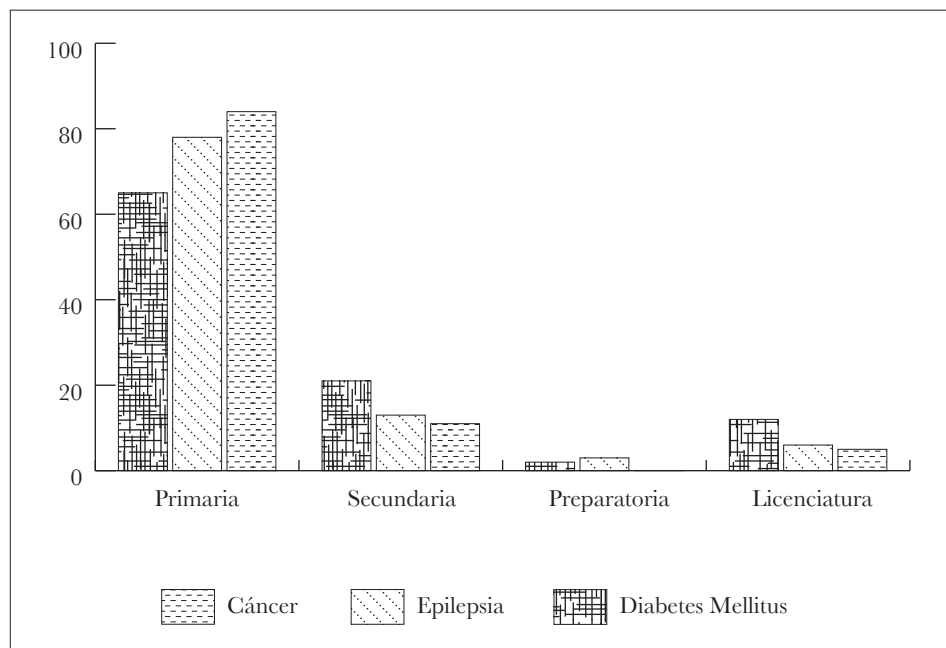
En primer término se obtuvieron estadísticas univariadas (cantidades, frecuencias y porcentajes) de las variables de interés. Enseguida se utilizaron diferentes procedimientos estadísticos con la finalidad de encontrar posibles correlaciones o diferencias entre las variables, dependiendo de los siguientes aspectos: *a*) si los cuidadores primarios pertenecían a uno de los tres grupos que se formaron: cuidadores de infantes con diagnóstico clínico de diabetes mellitus, epilepsia o algún tipo de cáncer, o *b*) de análisis específicos de variables de los cuidadores, como las horas dispensadas al cuidado de los infantes, los niveles de sobrecarga, el número de actividades que realizaban, las áreas de su vida cotidiana que se veían particularmente afectadas, entre otras. Se incluyeron el coeficiente de correlación (r) de Pearson, la prueba de la t de Student, la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de Kruskal-Wallis, y un ANOVA con un análisis *post-hoc* de Tukey.

Resultados

La muestra estuvo integrada por 252 cuidadores primarios informales de niños con enfermedades crónicas, que se dividieron en tres grupos. El grupo uno estaba conformado por 85 participantes (83 mujeres y dos hombres), con una edad entre 25 y 59 años ($X = 40$; $DE = 8$), en su mayoría con estudios de primaria (65%) y secundaria (21%); casi dos terceras partes era casada (52%) o vivía en unión libre (20%), en tanto que poco más de la mitad era ama de casa (53%). Las personas que asumieron el rol de cuidadores fueron principalmente la madre (93%) o el padre (2%), que atendían niñas (53%) y niños (47%) con edades entre tres meses y 17 años ($X = 12$ años; $DE = 3$ años). El diagnóstico clínico para este grupo fue de diabetes mellitus (gráficas 1 a 4).

En el grupo dos se contó con la participación de 90 personas (84 mujeres y seis

Gráfica 1. Comparación de la escolaridad del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente

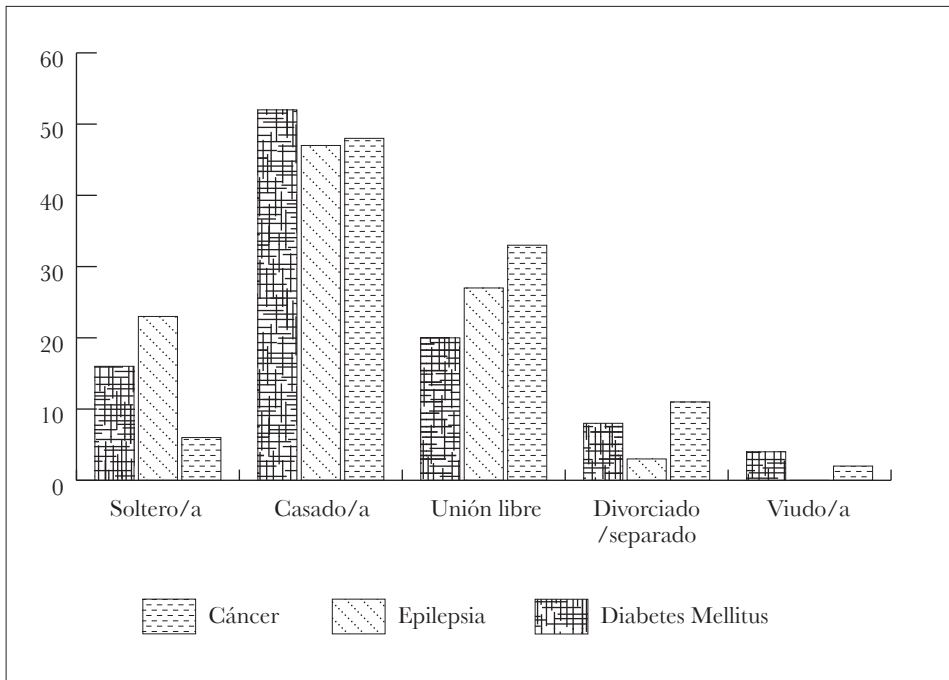


hombres), con edades entre 18 y 56 años ($X = 35$; $DE = 9$), en su mayoría con educación básica equivalente a primaria (78%) o secundaria (13%), casadas (47%) o en unión libre (27%); por otro lado, 72% era ama de casa. Las personas que asumieron el rol de cuidadores fueron principalmente la madre (94%) o la abuela (5%), que atendían niñas (47%) y niños (53%) con edades entre cuatro meses y 17 años ($X = 8$ años; $DE = 5$ años), quienes fueron diagnosticados con epilepsia. En el grupo tres fueron 77 participantes (76 mujeres y un hombre), cuyas edades

oscilaban entre 18 y 55 años ($X = 34$; $DE = 9$), en su mayoría con educación básica equivalente a primaria (84%) o secundaria (11%), casadas (48%) o en unión libre (33%), de las cuales poco menos de dos terceras partes (70%) se dedicaban a las labores del hogar. Las personas que asumieron el rol de cuidadores fueron principalmente la madre (90%) o el padre (7%), que atendían niñas (51%) y niños (49%) con edades entre tres meses y 18 años ($X = 7$ años; $DE = 5$ años), quienes padecían algún tipo de cáncer.

Los participantes del grupo uno habían cuidado a los pacientes a partir de su

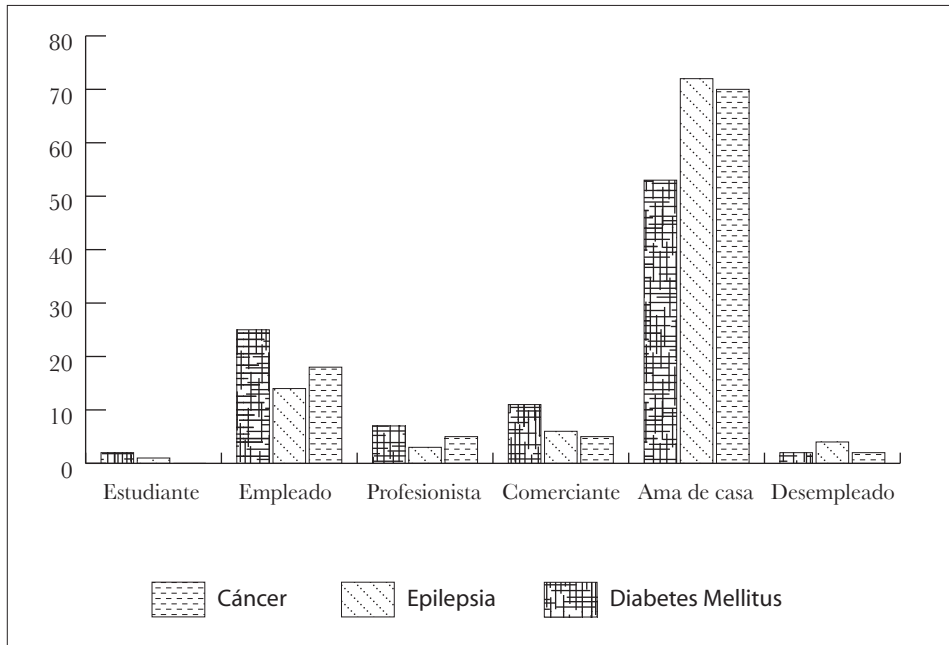
Gráfica 2. Comparación del estado civil del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente



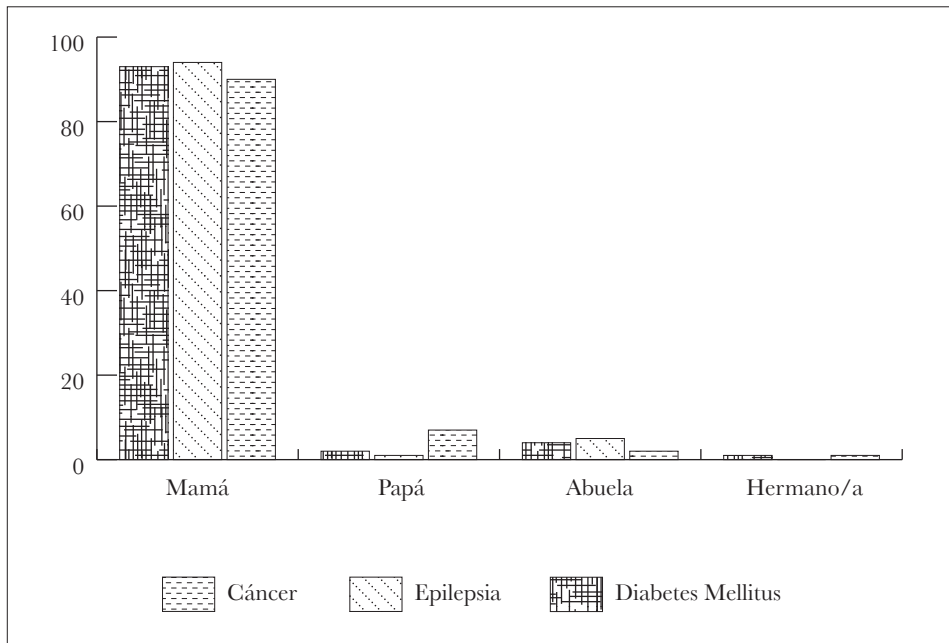
enfermedad de un mes hasta 14 años ($X = 3$ años), en un lapso de una a ocho horas diarias (46%), o durante más de 13 horas diarias (45%) cuando estaban en casa. Los cuidadores realizaban, como parte de su rol, de una a 10 (con un promedio de seis) de las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. Por la ejecución de su rol se habían visto afectadas de una a nueve (con un promedio de dos) de las siguientes áreas en la vida del cuidador: trabajo, escuela, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, pasatiempos, vacaciones y convivencia con la pareja (gráfica 5).

En esta figura se pueden observar también los indicadores generales para los

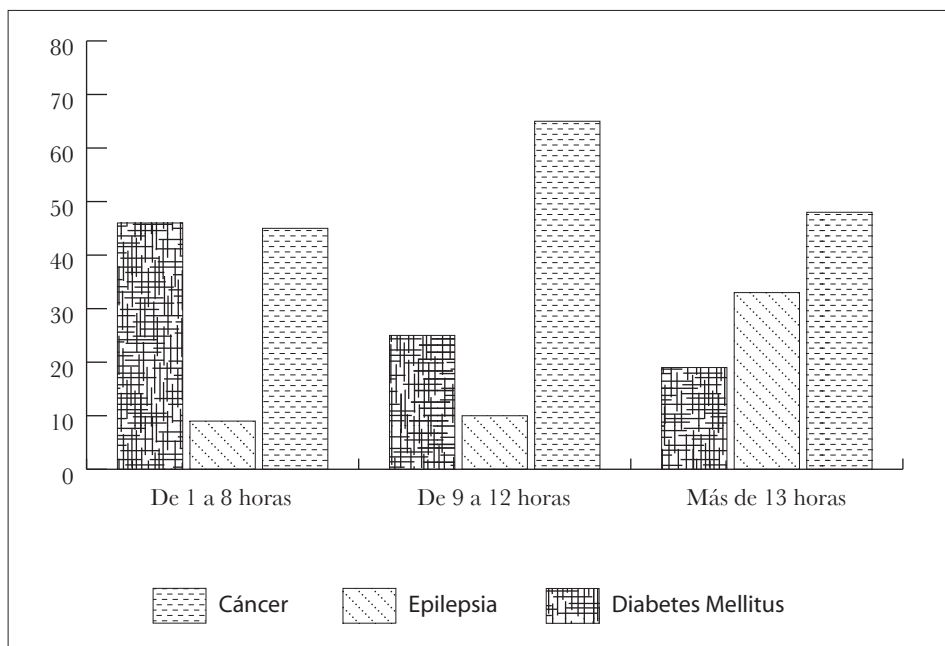
Gráfica 3. Comparación de la ocupación del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente



Gráfica 4. Comparación del parentesco del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente



Gráfica 5. Comparación de las horas de cuidado del paciente, dependiendo de su enfermedad



participantes del grupo dos, que habían cuidado a los pacientes a partir de su enfermedad de un mes hasta 16 años ($X = 4$ años), por un periodo de más de 13 horas diarias (65%) cuando estaban en casa. Los cuidadores realizaban, como parte de su rol, de dos a 10 (con un promedio de ocho) de las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. Asimismo, por la ejecución de su rol se habían visto afectadas de ninguna a nueve (con un promedio de dos) de las siguientes áreas de la vida del cuidador: trabajo, escuela, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, pasatiempos, vacaciones y convivencia con la pareja.

Finalmente, los participantes del grupo tres habían cuidado a los pacientes a partir de su enfermedad de un mes hasta siete años ($X = 1$ año), por un periodo de nueve a 12 horas diarias (33%) o durante más de 13 horas diarias (48%) cuando estaban en casa. Los cuidadores realizaban, como parte de su rol, de una a 10 (con un promedio de ocho) de las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. Por la ejecución de su rol se habían visto afectadas de ninguna a ocho (con un promedio de dos) de las siguientes áreas en la vida del cuidador: trabajo, escuela, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, pasatiempos, vacaciones y convivencia con

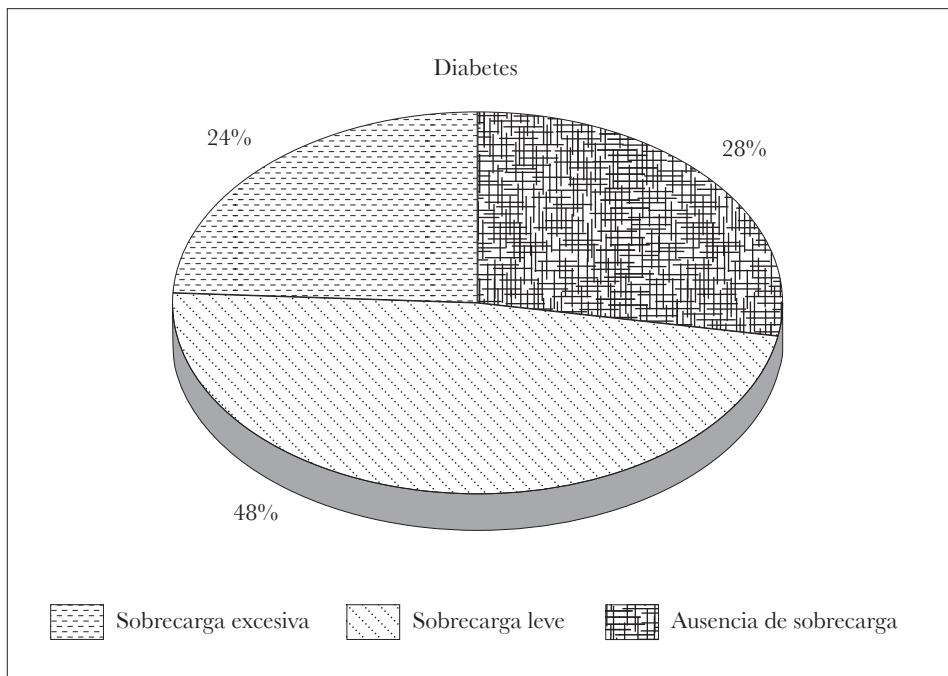
la pareja.

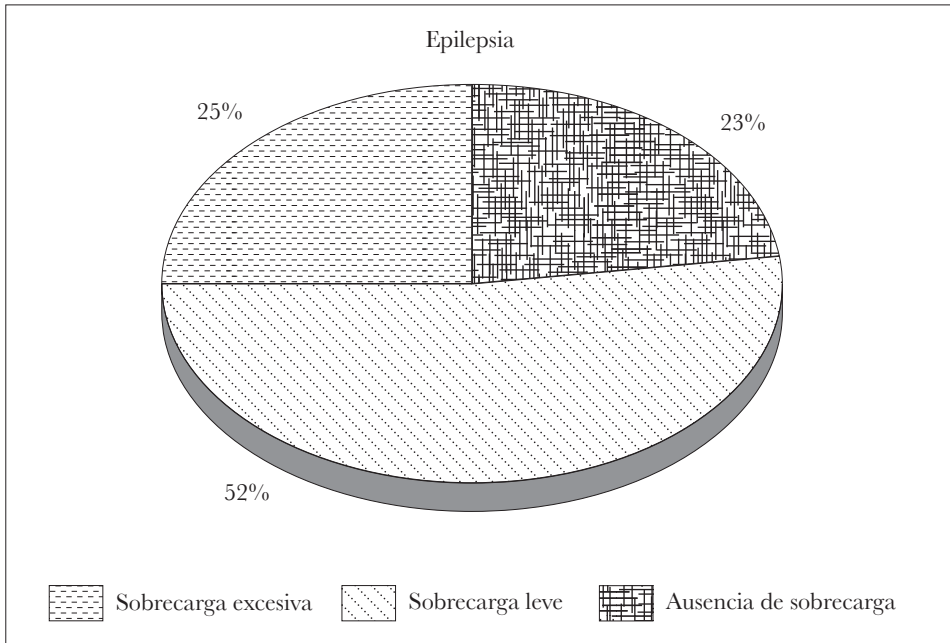
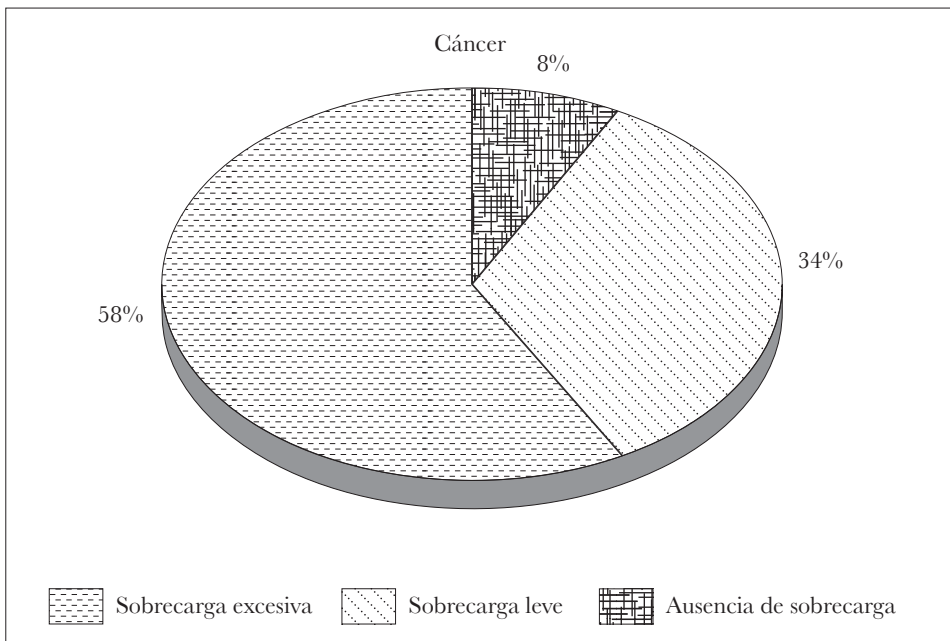
Respecto de la sobrecarga, los participantes del grupo uno mostraron, en su mayoría, un nivel de sobrecarga leve (48%) debido al cuidado de enfermos con diabetes mellitus (gráfica 6); en el grupo dos la mayor parte de los cuidadores presentó un nivel leve de sobrecarga (52%) por el cuidado de enfermos con epilepsia (gráfica 7), mientras que en el grupo tres la mayoría de los participantes presentó sobrecarga excesiva (58%), consecuencia del cuidado de enfermos con cáncer (gráfica 8).

En un siguiente análisis se utilizó el coeficiente de correlación (r) de Pearson para establecer la relación entre la edad del cuidador y del paciente, el tiempo en que el participante dedicaba al cuidado del niño, el número de actividades que realizaba y el número de áreas que habían sido afectadas en la vida del cuidador como parte de la ejecución de su rol, con la sobrecarga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia) en cada grupo. Según se puede observar en el cuadro 1, se encontró en el grupo uno de cuidadores de niños con diabetes mellitus una correlación positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del cuidador con sobrecarga, el impacto del cuidado y la relación interpersonal.

Por su parte, en el cuadro 2 se resumen las correlaciones en el grupo dos de

Gráfica 6. Nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con diabetes mellitus



Gráfica 7. Nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con epilepsia**Gráfica 8.** Nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con algún tipo de cáncer

Cuadro 1. *Correlación de la sobrecarga con la edad del cuidador y del paciente, el tiempo de su cuidado, el número de actividades y las áreas afectadas en cuidadores de niños con diabetes mellitus (n = 85)*

	Sobrecarga	Factor 1 (impacto del cuidador)	Factor 2 (relación interpersonal)	Factor 3 (autoeficacia)
Edad del cuidador	-0.048	-0.04	-0.054	-0.005
Tiempo de cuidado	0.047	0.024	0.143	-0.166
Edad del paciente	-0.042	-0.043	0.033	-0.176
Actividades del cuidador	0.084	0.129	-0.007	0.084
Áreas afectadas en el cuidador	0.480**	0.518**	0.411*	
* Correlación significativa a $p < 0.05$.				
** Correlación significativa a $p < 0.01$.				

Cuadro 2. *Correlación de la sobrecarga con la edad del cuidador y del paciente, el tiempo de su cuidado, el número de actividades y las áreas afectadas en cuidadores de niños con epilepsia (n = 77)*

	Sobrecarga	Factor 1 (impacto del cuidado)	Factor 2 (relación interpersonal)	Factor 3 (autoeficacia)
Edad del cuidador	0.065	0.104	0.108	-0.196
Tiempo de cuidado	0.022	0.029	0.098	-0.177
Edad del paciente	-0.105	-0.132	-0.041	-0.063
Actividades del cuidador	0.175	0.206	0.105	0.064
Áreas afectadas en el cuidador	0.306**	0.183	0.043	
* Correlación significativa a $p < 0.05$.				
** Correlación significativa a $p < 0.01$.				

cuidadores de pacientes con epilepsia, siendo positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del cuidador con sobrecarga y el impacto del cuidado.

Por último, como se muestra en el cuadro 3, en el grupo tres de cuidadores de niños con cáncer se encontró una correlación positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del cuidador con sobrecarga, el impacto del cuidado y la relación interpersonal.

Un análisis adicional consistió en el empleo de la prueba de la t de Student para comparar, en todos los grupos, sobrecarga, impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia, actividades realizadas por el participante y número de áreas afectadas en su vida dependiendo de la ocupación del

Cuadro 3. Correlación de la carga con la edad del cuidador y del paciente, el tiempo de su cuidado, el número de actividades y las áreas afectadas en cuidadores de niños con cáncer (n = 90)

	Sobrecarga	Factor 1 (impacto del cuidado)	Factor 2 (relación interpersonal)	Factor 3 (autoeficacia)
Edad del cuidador	-0.109	-0.062	-0.107	-0.169
Tiempo de cuidado	0.039	0.007	0.055	0.059
Edad del paciente	-0.198	-0.108	-0.237**	-0.18
Actividades del cuidador	0.07	-0.099	-0.035	-0.002
Áreas afectadas en el cuidador	0.346**	0.324**	0.366**	-0.009
* Correlación significativa a $p < 0.05$.				
** Correlación significativa a $p < 0.01$.				

cuidador, así como el género del paciente y el tiempo que tenían cuidándolo. En el cuadro 4 se describen los resultados para el grupo uno de los cuidadores de niños con diabetes mellitus, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las expectativas de autoeficacia del cuidador dependiendo del género del paciente ($t = -2.995$; $p = 0.004$), teniendo una mayor expectativa de autoeficacia los participantes que cuidaban a una niña ($X = 7.9$), comparada con

Cuadro 4. Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con diabetes mellitus dependiendo del género del paciente

Variables	Grupos	N	X	DE	t	p
Sobrecarga	Niñas	40	46.5	11.6	-1.521	0.132
	Niños	45	50.6	12.4		
Factor 1. Impacto del cuidado	Niñas	40	23	6.2	-0.721	0.264
	Niños	45	24.7	7.2		
Factor 2. Relación interpersonal	Niñas	40	17	5.4	-0.721	0.473
	Niños	45	17.9	5.7		
Factor 3. Autoeficacia	Niñas	40	6.5	2.5	-3.057	0.003
	Niños	45	7.9	1.7		
Número de actividades del cuidador	Niñas	40	5.5	2.9	-0.816	0.423
	Niños	45	6	2.9		
Número de áreas afectadas en el cuidador	Niñas	40	1.9	1.8	-0.432	0.667
	Niños	45	2.1	2.3		

quienes atendían a un niño ($X = 6.5$). Lo interesante de estos resultados es que la única diferencia se encontró en la variable de autoeficacia, que fue justamente la misma que en los análisis previos no correlacionó con las restantes, asunto sobre el que se discute con mayor amplitud en el apartado correspondiente.

En lo tocante al grupo dos de cuidadores de niños con epilepsia, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables. Por otro lado, en el grupo tres de cuidadores de niños con cáncer (cuadro 5) se encontraron diferencias en las expectativas de autoeficacia del cuidador dependiendo del género del paciente ($t = 2.474$; $p = 0.015$), teniendo una mayor expectativa de autoeficacia los participantes que cuidaban a un niño ($X = 8.5$) comparada con los que atendían a una niña ($X = 7.4$). De nueva cuenta nótese que la única variable que resultó significativa fue la de autoeficacia, aun cuando lo fue en el grupo de niños, lo que en términos generales sugiere que la condición de género impone un conjunto de necesidades peculiares y, por consiguiente, criterios diferenciales en torno al cuidado, que es importante tener en cuenta.

Con el fin de comparar en todos los grupos diferentes variables (sobrecarga, impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia, actividades realizadas por el participante y número de áreas afectadas en su vida dependiendo de la ocupación remunerada o no remunerada del cuidador, y tiempo que el participante tenía al cuidado al paciente) se empleó la prueba de la U de Mann-Withney.

En primer término, no se observaron diferencias estadísticamente significativas

Cuadro 5. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con cáncer dependiendo del género del paciente*

Variables	Grupos	N	X	DE	t	p
Sobrecarga	Niñas	44	60.9	13.6	0.027	0.978
	Niños	46	60.8	15.4		
Factor 1. Impacto del cuidado	Niñas	44	30.5	7.1	-0.303	0.763
	Niños	46	31	8.2		
Factor 2. Relación interpersonal	Niñas	44	21.9	7	-0.344	0.732
	Niños	46	22.4	6.8		
Factor 3. Autoeficacia	Niñas	44	8.5	1.8	2.474	0.015
	Niños	46	7.4	2.3		
Número de actividades del cuidador	Niñas	44	8.6	2.1	0.236	0.814
	Niños	46	8.5	2.4		
Número de áreas afectadas en el cuidador	Niñas	44	2.6	2.3	-0.477	
	Niños	46	2.8	1.9		

en ninguna variable en los grupos uno y tres de cuidadores de niños con diabetes mellitus y cáncer, respectivamente. Mientras que en el grupo dos de cuidadores de niños con epilepsia se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador, dependiendo del tiempo que tenía cuidando a su paciente ($U = 529.0$; $p = 0.050$), realizando un mayor número de actividades los participantes que tenían menos de un año cuidando al paciente ($X = 44.6$), comparada con los que tenían más tiempo ($X = 35.8$). La ocupación no fue significativa para este grupo (cuadro 6).

Asimismo, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar, en todos los

Cuadro 6. Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con epilepsia dependiendo del tiempo que tiene el cuidador ejerciendo su rol

Variables	Tiempo	N	X	U	<i>p</i>
Sobrecarga	< de 1 año	28	37.7	651	0.711
	≥ que 1 año	49	39.7		
Factor 1. Impacto del cuidado	< de 1 año	28	36.2	610	0.42
	≥ que 1 año	49	40.5		
Factor 2. Relación interpersonal	< de 1 año	28	37.4	642.5	0.644
	≥ que 1 año	49	39.8		
Factor 3. Autoeficacia	< de 1 año	28	42.1	597.5	0.336
	≥ que 1 año	49	37.7		
Número actividades del cuidador	< de 1 año	28	44.6	520	0.05
	≥ que 1 año	49	35.8		
Número de áreas afectadas en el cuidador	< de 1 año	28	36.9	627.5	0.525
	≥ que 1 año	49	40		

grupos, el nivel de sobrecarga, el impacto del cuidado, la relación interpersonal, las expectativas de autoeficacia, el número de actividades que realizaba el cuidador y el número de áreas que habían sido afectadas en su vida por la ejecución de su rol con la edad del cuidador y del paciente.

En el grupo uno de niños con diabetes mellitus se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador ($\chi^2 = 13.56$; $p < 0.01$) con respecto a la edad del paciente, realizando un mayor número de actividades los cuidadores de niños que tenían de 0 a cinco años ($X = 52.1$), comparados con los de seis a 11 años ($X = 42.3$) y con los de 12 a 18 años ($X = 42.9$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo uno de cuidadores de niños con diabetes mellitus respecto de la edad del cuidador (cuadro 7).

Por su parte, en el grupo dos de niños con epilepsia se encontraron diferencias

Cuadro 7. Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con diabetes mellitus dependiendo de la edad del paciente

Variables	Rangos	N	X	χ^2	p
Número de actividades del cuidador	0-5 años	3	52.7	13.5	0.001
	6-11 años	32	42.3		
	12-18 años	50	42.9		
Número de áreas afectadas en el cuidador	0-5 años	3	55.1	2.6	0.271
	6-11 años	32	41.9		
	12-18 años	50	42.9		
Sobrecarga	0-5 años	3	39.3	0.44	0.802
	6-11 años	32	42.5		
	12-18 años	50	43.5		
Impacto del cuidado	0-5 años	3	58	0.79	0.672
	6-11 años	32	45.1		
	12-18 años	50	40.7		
Relación interpersonal	0-5 años	3	63.8	0.1	0.95
	6-11 años	32	53.5		
	12-18 años	50	35		
Autoeficacia	0-5 años	3	51.1	1.82	0.401
	6-11 años	32	47.7		
	12-18 años	50	39.5		

estadísticamente significativas en las expectativas de autoeficacia ($\chi^2 = 6.32$; $p = 0.042$) en relación con la edad del cuidador, percibiéndose más autoeficaces los cuidadores que tenían entre 18 y 30 años ($\bar{X} = 48.5$), comparados con quienes tenían de 31 a 39 años ($\bar{X} = 35.7$) y más de 40 años ($\bar{X} = 34.0$). En el cuadro 8 se resumen los resultados, haciendo la acotación que de nueva cuenta la variable relevante fue la de autoeficacia.

Además, según se observa en el cuadro 9, se hallaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en la variable relativa al número de actividades que realizaba el cuidador ($\chi^2 = 16.81$; $p = 0.000$), de acuerdo con la edad del paciente, realizando un mayor número de actividades los participantes que cuidaban a un niño con edades entre cero y cinco años ($\bar{X} = 7.2$), comparados con los de seis a 11 años ($\bar{X} = 40.8$) y los de 12 a 18 años ($\bar{X} = 25.9$). Esto último sugiere que, entre menor sea la edad del paciente, y en función no sólo de sus necesidades sino de la imposibilidad de llevarlas al cabo de manera independiente, requiere una mayor atención por parte del cuidador. Destaca, asimismo, el que no se en-

Cuadro 8. Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con epilepsia dependiendo de la edad del cuidador

VARIABLES	Rangos	N	X	χ^2	p
Número de actividades del cuidador	18-30 años	23	45.3	3.94	0.139
	31-39 años	29	37.6		
	≥ 40 años	25	34.7		
Número de áreas afectadas en el cuidador	18-30 años	23	37.5	0.79	0.673
	31-39 años	29	41.8		
	≥ 40 años	25	37.2		
Sobrecarga	18-30 años	23	38.2	1.04	0.593
	31-39 años	29	42.1		
	≥ 40 años	25	36		
Impacto del cuidado	18-30 años	23	36.8	0.46	0.795
	31-39 años	29	41		
	≥ 40 años	25	38.6		
Relación interpersonal	18-30 años	23	34.8	3.21	0.2
	31-39 años	29	44.8		
	≥ 40 años	25	36		
Autoeficacia	18-30 años	23	48.5	6.32	0.042
	31-39 años	29	35.7		
	≥ 40 años	25	34		

contrarán diferencias en las variables restantes, lo que supondría que el tipo de enfermedad sea el que esté determinando su influencia.

Lo anterior quedaría confirmado en el cuadro 10, pues en el grupo tres de niños con cáncer se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador ($\chi^2 = 8.30$; $p = 0.016$), en relación con la edad del paciente, realizando un mayor número de actividades los cuidadores de niños que tenían entre cero y cinco años ($X = 50.7$), comparados con los de seis a 11 años ($X = 47.4$) y los de 12 a 18 años ($X = 33.8$). Lo interesante es hacer notar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo uno de cuidadores de niños con cáncer y la edad del cuidador (cuadro 10).

También se realizó una prueba de ANOVA simple (cuadro 11) para comparar los grupos en cuanto a la edad del cuidador y del paciente, el tiempo en que el participante había cuidado al niño, el número de actividades que realizaba y el número de áreas que se habían visto afectadas en su vida por la ejecución de su rol, el nivel de sobrecarga, el impacto del cuidado, la relación interpersonal, y

Cuadro 9. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con epilepsia dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	x ²	p
Número de actividades del cuidador	0-5 años	31	47.2	16,8	0
	6-11 años	23	40.8		
	12-18 años	23	25.9		
Número de actividades del cuidador	0-5 años	31	41.2	0.61	0.734
	6-11 años	23	38.2		
	12-18 años	23	36.7		
Sobrecarga	0-5 años	31	41.3	0.36	0.607
	6-11 años	23	39.5		
	12-18 años	23	35.2		
Impacto del cuidado	0-5 años	31	40.4	0.36	0.833
	6-11 años	23	39.2		
	12-18 años	23	36.7		
Relación interpersonal	0-5 años	31	39.3	0.73	0.693
	6-11 años	23	41.5		
	12-18 años	23	35.9		
Autoeficacia	0-5 años	31	43.5	2.61	0.271
	6-11 años	23	34.1		
	12-18 años	23	37.7		

Cuadro 10. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con cáncer dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	x ²	p
Número de actividades del cuidador	0-5 años	37	50.7	8.3	0.016
	6-11 años	31	47.4		
	12-18 años	22	33.8		
Número de áreas afectadas en el cuidador	0-5 años	37	48.9	1.53	0.465
	6-11 años	31	42.4		
	12-18 años	22	41.8		
Sobrecarga	0-5 años	37	49.2	2.86	0.238
	6-11 años	31	46.6		
	12-18 años	22	37.5		

Continuación cuadro 10. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con cáncer dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	x ²	p
Impacto del cuidado	0-5 años	37	47.8	0.81	0.666
	6-11 años	31	45.5		
	12-18 años	22	41.5		
Relación interpersonal	0-5 años	37	49.8	4.81	0.09
	6-11 años	31	47.7		
	12-18 años	22	35		
Autoeficacia	0-5 años	37	46.2	0.92	0.629
	6-11 años	31	47.7		
	12-18 años	22	41.1		

las expectativas de autoeficacia con respecto al tipo de enfermedad que tiene el paciente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad del cuidador ($F = 11.58$; $p = 0.000$), tiempo dispensado por el cuidador ($F = 21.35$; $p = 0.000$), edad del paciente ($F = 24.42$; $p = 0.000$), número de actividades que realizaba el cuidador ($F = 33.73$; $p = 0.000$), sobrecarga ($F = 23.69$; $p = 0.000$), impacto del cuidado ($F = 21.55$; $p = 0.000$) y relación interpersonal ($F = 21.40$; $p = 0.000$).

Finalmente, se llevaron a cabo pruebas *post hoc* de Tukey, cuyas comparaciones revelan que en el grupo uno de niños con diabetes mellitus los cuidadores y pacientes tenían mayor edad ($X = 39.5$ años de cuidadores y $X = 140.6$ meses en los pacientes), comparada con las del grupo dos de niños con epilepsia ($X = 35.2$ años de cuidadores y $X = 91.0$ meses en los pacientes) y del grupo tres de niños con cáncer ($X = 33.5$ de cuidadores y $X = 87.4$ meses en los pacientes). Este grupo también es distinto de los otros en la medida en que realizaban un menor número de actividades ($X = 5.8$), comparadas con los de los grupos dos ($X = 8.6$) y tres ($X = 8.62$). El tiempo que tenían los participantes cuidando a los pacientes fue diferente en los tres grupos y se distribuyó de la siguiente manera: grupo dos de niños con epilepsia ($X = 54.2$), grupo uno de niños con diabetes mellitus ($X = 31.9$) y grupo tres de niños con cáncer ($X = 19.5$). Los cuidadores del grupo tres de niños con cáncer presentaron un mayor nivel de sobrecarga ($X = 60.8$), impacto del cuidado ($X = 30.7$) y más dificultades en la relación interpersonal con los pacientes que cuidaban ($X = 22.1$), comparados con los del grupo uno de niños con diabetes mellitus en sobrecarga ($X = 48.7$), impacto del cuidado ($X = 23.9$) y relación interpersonal ($X = 17.5$), así como con los del grupo dos de niños con epilepsia en sobrecarga ($X = 49.0$), impacto del cuidado ($X = 25.1$) y relación interpersonal (X

Cuadro 11. *Comparación de la edad del cuidador y del paciente, el tiempo del cuidado, la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador dependiendo del tipo de enfermedad del paciente*

Variables	Enfermedad	N	X	DE	F	<i>p</i>
Edad del cuidador	Diabetes mellitus	85	39.5	7.9	11.58	0
	Epilepsia	77	35.2	8.8		
	Cáncer	90	33.5	8.7		
Tiempo de cuidado del paciente	Diabetes mellitus	85	34.3	31.9	24.35	0
	Epilepsia	77	51.7	54.2		
	Cáncer	90	14.2	19.5		
Edad del paciente	Diabetes mellitus	85	140.6	39.1	24.42	0
	Epilepsia	77	91	62.5		
	Cáncer	90	87.4	61.8		
Número de actividades del cuidador	Diabetes mellitus	85	5.82	2.9	33.73	0
	Epilepsia	77	8.61	2.3		
	Cáncer	90	8.62	2.3		
Número de áreas afectadas en el cuidador	Diabetes mellitus	85	2.07	2.1	2.77	0.064
	Epilepsia	77	2.08	2.3		
	Cáncer	90	2.76	2.1		
Sobrecarga	Diabetes mellitus	85	48.76	12.1	23.69	0
	Epilepsia	77	49.04	12.8		
	Cáncer	90	60.89	14.5		
Impacto del cuidado	Diabetes mellitus	85	25.93	6.8	21.55	0
	Epilepsia	77	25.19	7.3		
	Cáncer	90	30.78	7.7		
Relación interpersonal	Diabetes mellitus	85	17.54	5.6	21.4	0
	Epilepsia	77	16.51	5.3		
	Cáncer	90	22.17	6.9		
Autoeficacia	Diabetes mellitus	85	7.29	2.2	2.1	0.124
	Epilepsia	77	7.34	2.5		
	Cáncer	90	7.94	2.5		

= 16.5). Finalmente, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el número de áreas afectadas en la vida de los cuidadores y en las expectativas de autoeficacia que tenían sobre el cuidado de los pacientes.

Discusión

Los resultados de la investigación muestran que el perfil sociodemográfico de los participantes es similar en los tres grupos, en el sentido de que los cuidadores primarios en su mayoría son mujeres, casadas (o viviendo en unión libre), con educación básica y dedicadas a las labores del hogar, perfil que ya ha sido mencionado en múltiples reportes de investigación (*i.e.*, Arredondo, 2008; Figueroa-Duarte, 2010; Haugstvedt, Wentzel-Larsen, Rokne y Graue, 2011; Kim, Lee, Namkoong, Lee, Lee y Kim, 2010; Kirk, Fedele, Wolfe-Christensen, Phillips, Mazur, Mullins *et al.*, 2011; Klassen, Raina, Reineking, Dix, Pritchard y O'Donnell, 2007; Lafaurie *et al.*, 2009; Martínez, 2008; Medeiros y Baena, 2007; Patiño-Fernández, Pai, Alderfer, Hwang, Reilly y Kazak, 2008; Ramaglia, Romeo, Viri, Lodi, Sacchi y Cioffi, 2007; Schmidt, 2007; Téllez, 2008).

Es posible que lo anterior se deba, en buena medida, a que la educación recibida y los mensajes transmitidos culturalmente por la sociedad favorecen la idea de que la mujer es la que está mejor preparada para atender a un familiar enfermo; a los hombres, por consiguiente, no se les concibe capacitados para realizar las distintas actividades relacionadas con los cuidados que requieren los enfermos, en el supuesto de que son emocionalmente débiles ante la enfermedad y no demuestran un compromiso personal en el cuidado de una enfermedad de larga duración, que suele ser demandante y desgastante (Nigenda, López-Ortega, Matarazzo y Juárez-Ramírez, 2007).

Además, hay que destacar que la educación básica de los cuidadores puede ser un obstáculo para la ejecución de su rol, que afecta principalmente a los niños con diabetes mellitus. En efecto, se ha demostrado que el nivel escolar se relaciona de forma negativa con el adecuado control glucémico (Marques, Fornés y Stringhini, 2011), y en los cuidadores de niños con enfermedades crónicas se observa que cuando reciben el diagnóstico de la enfermedad es mucho más probable que reaccionen con miedo, angustia y estrés, por sentirse incompetentes para la atención adecuada de su paciente (Canning, Harris y Kelleher, 1996; Porterfield y McBride, 2007; Sullivan-Bolyai, Deatrck, Gruppuso, Tamborlane y Grey, 2003).

Un hecho relevante en este estudio fue que en los tres grupos los cuidadores primarios fueron en su mayoría las propias madres, quienes atendían a sus hijos con una enfermedad crónica, como una extensión de sus deberes domésticos, lo que ha sido reportado por otros autores (Arredondo, 2008; Figueroa-Duarte, 2010; Haugstvedt *et al.*, 2011; Kim *et al.*, 2010; Kirk *et al.*, 2011; Klassen *et al.*, 2007; Lafaurie *et al.*, 2009; Martínez, 2008; Medeiros y Baena, 2007a; Patiño-Fernández *et al.*, 2008; Ramaglia *et al.*, 2007; Schmidt, 2007; Téllez, 2008).

En relación con la edad del cuidador, ésta osciló entre 34 y 40 años en todos los grupos, similar a lo reportado recientemente por otros autores (Almunia, 2007; Arredondo, 2008; Martínez, 2010; Téllez, 2008). Lo interesante es hacer notar

en este apartado que la mayor edad se encontró en los cuidadores del grupo de niños con diabetes mellitus, por tratarse de una enfermedad cuya aparición puede ser eventualmente más temprana y de mayor duración que las otras dos. Son cuidadores, pues, en edad productiva, lo que implica que al periodo de sus años productivos se suma la carga de atender a un hijo con un padecimiento crónico (Figueroa-Duarte, 2010; Kirk *et al.*, 2011).

El periodo durante el que los participantes habían cuidado a su paciente fue distinto en los tres grupos, ya que los cuidadores de niños con epilepsia asumieron este rol por un promedio de cuatro años, tiempo en el que pueden derivarse problemas y conflictos familiares que dependerán de la severidad del padecimiento. Cuando las crisis son mal controladas, los padres a menudo se sienten obligados a restringir la vida del niño y no pocas veces sus propias vidas. El niño, por su parte, puede estar preocupado por el temor de que las crisis sean letales o incapacitantes. Inclusive cuando las crisis son más controladas, las interacciones en el seno de la familia que se desarrollan como respuesta a las primeras crisis mal controladas pueden continuar hasta mucho tiempo después, cuando el esfuerzo por controlar al niño se disimula con un deseo de protegerlo. La legítima preocupación de que se desencadene una crisis en una situación de peligro se exagera, lo cual orilla a los padres a controlar y a restringir constantemente las actividades del niño, en ocasiones sin brindarles la oportunidad para el aprendizaje por ensayo y error (Alarcón, 2004). En el caso de los cuidadores que atienden a menores con diabetes mellitus, lo han hecho aproximadamente por tres años, y los cuidadores de niños con cáncer, por un año, diferencias que se pueden atribuir al tipo de padecimiento y a la evolución del mismo. El cáncer, por ejemplo, es una enfermedad de progresión más rápida hacia la curación o hacia la muerte (Jaimes, 1998). Sin embargo, los cuidadores de niños con cáncer en poco tiempo tienen que asumir cambios trascendentales en su estilo de vida, obligándose a desarrollar habilidades para el cuidado de su paciente en casa (Lafaurie *et al.*, 2009).

En cuanto a las horas diarias que utilizaban los participantes para cuidar a los pacientes cuando están en casa, se encontró que los cuidadores de niños con cáncer eran quienes dedicaban más tiempo a atender a los pacientes de nueve a más de 13 horas diarias en 81% de los casos, debido a que por los efectos de la quimioterapia sobre el sistema inmunológico los menores pueden contraer infecciones que ponen en riesgo su salud. Estos datos coinciden con los reportados por Castillo *et al.* (2005), quienes hallaron que los cuidadores de niños con cáncer invertían hasta 19 horas diarias al cuidado del enfermo. Después están los participantes que cuidaban infantes con epilepsia, utilizando de nueve a más 13 horas diarias en 75% de los casos, lo que pone de manifiesto una sobreprotección de la madre, quien se descuida a sí misma y al resto de sus hijos. Esto puede entenderse cuando es esencial una supervisión estricta para el control de las crisis; no obstante, si esa sobreprotección persiste después de que las crisis hayan dejado de ser un

problema, dificultará tanto las relaciones de la madre con el niño, como también el proceso de maduración psicosocial de éste. (Alarcón, 2004). Por otro lado, hay estudios que han encontrado que las madres reportan cuidar a su paciente por un periodo prolongado, que va de 12 a 24 horas diarias (Martínez, 2010). Finalmente, las madres que tienen un hijo con diabetes mellitus dedicaban de nueve a 13 horas diarias en 55% de los casos, puesto que por la edad de los pacientes y el tipo de tratamiento —que incluye una dieta balanceada y la administración de insulina— se tenían que hacer responsables de ellos. Además, la mayoría de éstos tenía una evolución de la enfermedad mayor a tres años.

Adicionalmente, al inicio del tratamiento los cuidadores vigilaban de manera constante a los niños porque se sentían preocupados y responsables de la aparición de un episodio de hipoglucemia (Sullivan-Bolyai *et al.*, 2003), por lo cual trataban de controlar al máximo los estímulos a los que estaban expuestos, sobre todo los relacionados con la ingesta de alimentos; por esta razón, evitaban salir a comer fuera de casa y eran sumamente rígidos en cuanto a no asistir a reuniones sociales donde consideraban que el paciente podría “estar expuesto” (Haugstvedt *et al.*, 2011). Al respecto, en el estudio de Nigenda *et al.* (2007) se señala que 63% del tiempo de las mujeres se dedicaba al trabajo domestico, y que al sumarse el tiempo destinado al cuidado de los hijos enfermos, sus actividades en conjunto llegaban a representar casi 80% del uso total de su tiempo.

En lo tocante al rol de los cuidadores, destacaron las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. En este apartado hubo diferencias entre los grupos, realizando en promedio un menor número de actividades los cuidadores de niños con diabetes mellitus, lo cual se explica porque estos pacientes tenían una media de edad mayor (12 años), una menor discapacidad física que el resto de la población y eran más independientes para realizar actividades de aseo personal como cualquier niño sano (Schmidt, 2007).

Al ejercer el rol de cuidador, se pueden ver afectadas algunas áreas de su vida como el trabajo, la escuela, las tareas del hogar, la vida social, la vida familiar, la vida sexual, los pasatiempos, las vacaciones y/o la convivencia con la pareja. Los cuidadores tenían en promedio dos de las áreas afectadas, independientemente de la enfermedad del paciente que atendían; sin embargo, los participantes que cuidaban a un niño con diabetes mellitus tenían un mayor número de áreas afectadas comparados con los otros grupos. Las áreas que más frecuentemente se veían afectadas en la vida de los cuidadores que atendían a niños con esta enfermedad fueron las tareas del hogar, la vida familiar y social, la convivencia con la pareja, las vacaciones y la vida sexual (Arredondo, 2008; Téllez; 2008). Como consecuencia, había un desgaste emocional en el cuidador, porque los niños mayores asumían una actitud más negativa sobre la diabetes comparada con los pequeños,

lo que influyó en la escasa adhesión al tratamiento médico, es decir, no seguían las recomendaciones del cuidador y eran menos capaces de controlar los niveles de glucosa en sangre, aumentando de ese modo el impacto de la enfermedad en la vida del cuidador (Schmidt, 2007; Yi-Frazier *et al.*, 2012).

Se observó, por otro lado, que los participantes de los tres grupos presentaron sobrecarga, cuyo nivel variaba según los pacientes que cuidaban. Por ejemplo, los cuidadores de niños con cáncer mostraron un nivel excesivo de sobrecarga, que coincide con lo reportado por Medeiros y Baena (2007b) y Patiño-Fernández *et al.* (2008). Lo anterior se debe a que por las características del cáncer los pacientes requerían mayor cuidado y los participantes se desgastaban por las constantes demandas que enfrentaban por la ejecución de su rol, implicando serios daños en la vida de los cuidadores (Medeiros y Baena, 2007a). En una dirección opuesta, en los cuidadores de niños con diabetes mellitus y epilepsia se observaron niveles leves, en coincidencia con lo reportado por Arredondo (2008) para los primeros, aun cuando difiere con lo reportado por Ramaglia *et al.* (2007), quienes hallaron un nivel alto de sobrecarga y preocupación, asociado con la percepción de los cuidadores acerca de la vulnerabilidad y el futuro de los pacientes con epilepsia.

También se encontró una correlación significativa con dirección positiva entre el número de áreas afectadas en la vida de los cuidadores, tanto con sobrecarga como con el impacto del cuidado, en los cuidadores de los tres grupos; sin embargo, en las dos variables las estadísticas señalan una mayor relación en cuidadores de pacientes con diabetes mellitus, cáncer y epilepsia, en ese orden; esto sugiere que a mayor nivel de sobrecarga e impacto del cuidado, mayor afectación a más áreas en la vida del cuidador. Una de las características básicas de la diabetes mellitus es que es progresiva; es decir, si los pacientes no se adhieren al tratamiento, pueden presentarse problemas de salud a largo plazo, los cuales, conforme transcurra el tiempo, se agudizarán, afectando distintos órganos en el paciente; por eso, la sobrecarga en los cuidadores se relaciona con el tratamiento médico y, principalmente, con las mediciones de los niveles de glucosa, que tiene mucho que ver con la hipoglucemia nocturna, la cual puede ocasionar un desajuste en los niños (Haugstvedt *et al.*, 2011).

Además, se encontró una correlación significativa con dirección positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del participante y la relación interpersonal en los grupos de cuidadores de pacientes con diabetes mellitus y cáncer; lo anterior indica que mientras más dificultades existan en la relación interpersonal entre el paciente y el cuidador, un mayor número de áreas en la vida de éste se verán afectadas, debido a que dedica todo su tiempo y su energía a la resolución de estos conflictos. La vida de los cuidadores de niños con diabetes mellitus se ve afectada porque tienen que aprender a observar el comportamiento del paciente y vigilarlo todo el tiempo, con el fin de que cumpla su tratamiento de forma global (dieta, ejercicio y medicamentos), pues las madres experimentan un temor fundado de

que aparezcan episodios de hipoglucemia, que desencadenarían complicaciones médicas graves (Haugstvedt *et al.*, 2011).

Los niños con cáncer presentan diversas alteraciones físicas como consecuencia de la administración de quimioterapia, como vómito y náuseas, que ocasionan que disminuya su apetito y, en consecuencia, su ingesta alimenticia. Aunado a lo anterior, pueden contraer infecciones porque tienen un sistema inmunológico debilitado, lo cual da como resultado que los cuidadores reaccionen con ansiedad (Martínez, 2008), intentando que el niño coma a costa de regaños y chantajes, sobreprotegiéndolos para evitar infecciones (Méndez, 2007). Esto afecta la relación interpersonal entre la díada paciente-cuidador, que ocasiona un desgaste emocional en los cuidadores (Klassen *et al.*, 2007).

En cuanto a las expectativas de autoeficacia se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas, dependiendo del género del paciente en los grupos uno y tres. Los cuidadores de pacientes con diabetes mellitus tenían una mayor expectativa de autoeficacia cuando atendían a una niña, mientras que los cuidadores de pacientes con cáncer, cuando su paciente era un niño. Lo anterior ocurre porque el tratamiento para la diabetes mellitus requiere que los pacientes desarrollen habilidades relacionadas con el autocuidado y el automonitoreo, las cuales es más factible que las realicen las niñas, aunque a veces tienen dificultades en la adhesión a la dieta por sus “antojos” constantes (Schmidt, 2007). En el caso de los niños, en general fueron percibidos como más vulnerables, complicados y poco adherentes por sus cuidadores (Kirk *et al.*, 2011). En el caso del cáncer, el tratamiento es más complicado para las niñas porque los efectos de la quimioterapia implican una alteración de la imagen corporal: se les cae el cabello y se les oscurece la piel, lo cual significa un reto mayor para su atención por parte del cuidador. Se observaron diferencias estadísticamente significativas sólo en el grupo dos de cuidadores de niños con epilepsia, en las expectativas de autoeficacia, con respecto de la edad del cuidador, percibiéndose más autoeficaces los que eran más jóvenes (de 18 a 30 años), lo que puede deberse a que tenían más habilidades físicas y emocionales para contener las crisis compulsivas comunes de esta enfermedad.

En los tres grupos se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador, según la edad del paciente, con una mayor cantidad en las reportadas por los cuidadores de niños más pequeños (de cero a cinco años), debido a que mientras más grandes los pacientes son más autosuficientes para realizar actividades de higiene personal y autocuidado.

Se compararon, asimismo, los tres grupos respecto de la edad del cuidador y del paciente, el tiempo en que el participante destinaba al cuidado, el número de actividades que realizaba el cuidador y el número de áreas que se habían visto afectadas en su vida por la ejecución de su rol; también, el nivel de sobrecarga, el impacto del cuidado, la relación interpersonal y las expectativas de autoeficacia con respecto al tipo de enfermedad que tenía el paciente. Se detectaron dife-

rencias estadísticamente significativas en la edad del cuidador y del paciente, el tiempo destinado al cuidado del paciente, el número de actividades que realizaba el cuidador, la sobrecarga, el impacto del cuidado y la relación interpersonal. El grupo uno de niños con diabetes mellitus tenía a los cuidadores y a los pacientes de mayor edad. El tiempo que tenían los participantes cuidando a los pacientes era diferente en los tres grupos y se distribuyó de la siguiente manera: grupo dos de niños con epilepsia, grupo uno de niños con diabetes mellitus y grupo tres de niños con cáncer. Los participantes del grupo tres de niños con cáncer fueron los cuidadores más desgastados emocionalmente pues presentaron un mayor nivel de sobrecarga, al tener un mayor impacto del cuidado y más dificultades en la relación interpersonal con los pacientes que atendían.

Referencias

- Alarcón, A. (2004), "Impacto de la epilepsia en la familia", *Revista Chilena de Epilepsia*, 5, pp. 46-52.
- Alonso, N. (2002), "Problemática social de la demencia", *Geriátrica*, 18, pp. 21-22.
- Arredondo, T. J. (2008), "Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con diabetes mellitus tipo 1 y madres de niños sanos", tesis de licenciatura no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.
- Begoña, G. E. (1998), "Formación de familias cuidadoras de personas mayores dependientes", *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, pp. 203-220.
- Bergero, T., M. Gómez, A. Herrera y F. Mayoral (2000), "Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, pp. 127-135.
- Beverly, H., C. Siegler, M. Rohe, C. Barefoot, P. Vitaliano, S., Surwit y R. B. Williams (2005), "Neighborhood Characteristics Moderate Effects of Caregiving on Glucose Functioning", *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 752-758.
- Brown, R. T., B. P. Daly y A. U. Rickel (2008), *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*, México, El Manual Moderno.
- Canning, D., S. Harris y J. Kelleher (1996), "Factors Predicting Distress among Caregivers to Children with Chronic Medical Conditions", *Journal of Pediatric Psychology*, 21, pp. 735-749.
- Castillo, E., A. Chesla, G. Echeverry, E. Tascón, M. Charry, J. Chicangana y D. M. Pomar (2005), "Satisfacción de los cuidadores con la atención de adultos y niños con cáncer", *Colombia Médica*, 36, pp. 43-49.
- Charlesworth, G., L. Shepstone, E. Wilson, S. Reynolds, M. Mugford, D. Price y F. Poland (2008), "Befriending Cares of People with Dementia: Randomized Controlled Trial", *The British Journal of Psychiatry*, 328, pp. 1-6.

- Coletto, M., y S. Camara (2009), "Coping Strategies and Illness Perception in Parents of Children with Chronic Diseases", *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5, pp. 97-110.
- Crespo, M., y J. López (2007), "El apoyo de los cuidadores de mayores dependientes: presentación del programa 'Cómo mantener su bienestar'", *Informaciones Psiquiátricas*, 188. Disponible en <http://www.revistahospitalarias.org> [recuperado el 20 de enero de 2010].
- Cuesta, C. (2004), "Family Care in Chronic Conditions: An Approach to the Literature", *Colombia Médica*, 13, pp. 137-146.
- Díaz, V. P. (2002), "Ayudar a los que ayudan", *Servicios Sociales a Fondo*, 4, pp. 22-25.
- Espín, A. (2008), "Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia", *Revista Cubana de Salud Pública*, 34. Disponible en <http://www.scielo.sld.cu> [recuperado el 10 de agosto de 2012].
- Figuroa-Duarte, A. S. (2010), "Estudio clínico, epidemiológico y sociocultural de la epilepsia", *Archivos de Neurociencias*, 15, pp. 139-151.
- Gómez, G. M. (2007), "Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia", *Investigación y Educación en Enfermería*, 25, pp. 60-71.
- Grunfeld, E., D. Coyle, T. Whelan, J. Clinch, L. Reyno, C. Earle y R. Glossop (2004), "Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and their Principal Caregivers", *Canadian Medical Association Journal*, 170, pp. 1795-1801.
- Hankey, G. (2004), "Informal Care Giving for Disabled Stroke Survivors", *The British Journal of Psychiatry*, 328, pp. 1085-1086.
- Haugstvedt, A., T. Wentzel-Larsen, B. Rokne y M. Graue, (2011), "Perceived Family Burden and Emotional Distress: Similarities and Differences between Mothers and Fathers of Children with Type 1 Diabetes in a Population-based Study", *Pediatric Diabetes*, 12, pp. 107-114.
- Jaimés, V. B. (1998), "Estudio comparativo: cohesión y adaptabilidad en familias con un hijo con cáncer y otras enfermedades", tesis de licenciatura no publicada. México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Kim, K. R., E. Lee, K. Namkoong, Y. M. Lee, J. S. Lee y H. D. Kim (2010), "Caregiver's Burden and Quality of Life in Mitochondrial Disease", *Pediatric Neurology*, 42, pp. 271-276.
- Kirk, K. D., D. A. Fedele, C. Wolfe-Christensen, T. M. Phillips, T. Mazur, L. L. Mullins y A. B. Wisniewski (2011), "Parenting Characteristics of Female Caregivers of Children Affected by Chronic Endocrine Conditions: A Comparison between Disorders of Sex Development and Type 1 Diabetes Mellitus", *Journal of Pediatric Nursing*, 26, pp. 29-36.
- Klassen, A., P. Raina, S. Reineking, D. Dix, S. Pritchard y M. O'Donnell (2007), "Developing a Literature Base to Understand the Caregiving Experience of

- Parents of Children with Cancer: A Systematic Review of Factors Related to Parental Health and Well-being”, *Support Care Cancer*, 15, pp. 807-818.
- Lafaurie, M., P. Barón, S. León, M. Martínez, Q. Molina, C. Rojas y M. L. Roncancio (2009), “Mothers Caring for their Children with Cancer”, *Revista Colombiana de Enfermería*, 5, pp. 41-52.
- Lawrence, V., J. Murray, K. Samsi y S. Banerjee (2008), “Attitudes and Support Needs of Black Caribbean, South Asian and white British Caregivers of People with Dementia in the UK”, *The British Journal of Psychiatry*, 193, pp. 240-246.
- López, A., y D. Blanco (2006), “La importancia de un buen cuidador: guía para cuidadores de personas dependientes”, Logroño, España, Gobierno de La Rioja.
- Marques, R. M., N. S. Fornés y M. L. Stringhini (2011), “Socioeconomic, Demographic, Nutritional, and Physical Activity Factors in the Glycemic Control of Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus”, *Arquivos Brasileiros de Endocrinología y Metabología*, 55, pp. 194-202.
- Martínez, L. C. (2010), “Carga y dependencia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa”, tesis de licenciatura no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.
- Martínez, M. (2002), “Las familias ya no podemos más. Riesgo de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves”, *Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, pp. 145-165.
- Martínez, P. E. (2008), “Sintomatología de ansiedad, depresión y enojo en padres de niños con leucemia”, tesis de licenciatura no publicada. México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Mausbach, T., E. Dimsdale, G. Ziegler, J. Mills, S. Ancoli-Israel, L. Patterson y I. Grant, (2005), “Depressive Symptoms Predict Norepinephrine Response to a Psychological Stressor Task in Alzheimer’s Caregivers”, *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 638-642.
- Mausbach, T., R. Kanel, K. Aschbacher, B. Roepke, E. Dimsdale, G. Ziegler y I. Grant (2007), “Spousal Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease Show Longitudinal Increases in Plasma Level of Tissue-type Plasminogen Activator Antigen”, *Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 816-822.
- Medeiros, B. A., y L. M. Baena (2007a), “Caregivers of Children with Cancer: Aspects of Life Affected by the Caregiver Role”, *Revista Brasileira de Enfermería*, 60, pp. 670-675.
- Medeiros, B. A., y L. M. Baena (2007b), “Caregiver’s Role Strain in Caregivers of Children with Cancer”, *Revista Brasileira de Enfermería*, 60, pp. 513-518.
- Méndez, J. (2007), “Aspectos psicológicos del niño con cáncer”, en R. Rivera (ed.), *El niño con cáncer. Los padecimientos comunes para el médico no especialista*, México, Editorial Textos Mexicanos, pp. 275-289.

- Montero, X., S. Jurado, J. Méndez, A. Valencia e I. Mora, 2014, “Escala de Carga del Cuidador de Zarit: evidencia de validez en México”, *Psicooncología*, 11, (1), 2014, pp. 71-85
- Montorio, C., F. Izal, L. López y C. Sánchez (1998), “La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga”, *Anales de Psicología*, 14, pp. 229-248.
- Moreno, T. (2008), “Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar”, *Psicología Científica.com*. Disponible en <http://www.psicologia-cientifica.com> [retirado el 15 de agosto de 2012].
- Nigenda, G., M. López-Ortega, C. Matarazzo y C. Juárez-Ramírez (2007), “La atención de los enfermos discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 286-294.
- Ocampo, M., J. Herrera, P. Torres, J. Rodríguez, L. Loba y C. García (2007), “Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes”, *Colombia Médica*, 38, pp. 40-46.
- Patiño-Fernández, A., L. Pai, M. Alderfer, T. Hwang, A. Reilly y A. Kazak (2008), “Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed with Cancer”, *Pediatric Blood & Cancer*, 50, pp. 289-292.
- Porterfield, S., y T. McBride (2007), “The Effect of Poverty and Caregiver Education Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs”, *American Journal of Public Health*, 97, pp. 323-329.
- Ramaglia, G., A. Romeo, M. Viri, M. Lodi, S. Sacchi y G. Cioffi (2007), “Impact of Idiopathic Epilepsy on Mothers and Fathers: Strain, Burden of Care, Worries and Perception of Vulnerability”, *Epilepsia*, 48, pp. 1810-1813.
- Ramos, R. B. (2008), *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Reyes de los, M. C. (2001), Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. Disponible en <http://www.redadultos.com.ar> [recuperado el 20 de enero de 2010].
- Ribi, K., M. Vollrath, F. Sennhauser, H. Gnehm y M. Landolt (2007), “Prediction of Post-traumatic Stress in Father of Children with Chronic Diseases or Unintentional Injuries”, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1, pp. 1-10.
- Schmidt, C. (2007), “Self-care in Children with Type 1 Diabetes: A Survey of Mothers”, *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32, pp. 223-229.
- Sullivan-Bolyai, S., J. Deatrck, P. Gruppuso, W. Tamborlane y M. Grey (2003), “Constant Vigilance: Mothers’ Work Parenting Young Children with Type 1 Diabetes”, *Journal of Pediatric Nursing*, 18, pp. 21-29.
- Téllez, N. I. (2008), “Estrés en cuidadores primarios informales de niños con diabetes mellitus tipo 1 y madres de niños sanos”, tesis de licenciatura no publicada, México,

Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.

- Vásquez, B. (2006), “La importancia del cuidador en los cuidados paliativos”, *Informe Médico*, 8, pp. 1-4.
- Wallander, J. L., R. J. Thompson y A. Alriksson-Smith (2003), “Psychosocial Adjustment of Children with Chronic Physical Conditions”, en M.C. Roberts (ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*, Nueva York, The Guilford Press, pp. 141-158.
- Yi-Frazier, J. P., K. Hood, D. Case, B. Waitzfelder, A. Anderson, C. A. Bloch y J. M. Lawrence (2012), “Caregiver Reports of Provider Recommended Frequency of Blood Glucose Monitoring and Actual Testing Frequency for Youth with Type 1 Diabetes”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, pp. 68-75.
- Zarit, S. H., B. Johansson y B. Malmberg (1995), “Changes in Functional Competency in the Oldest One”, *Journal of Aging and Health*, 7, pp. 3-23.
- , K. E. Reever y J. Bach-Peterson (1980), “Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden”, *Gerontologist*, 20, pp. 649-655.

4. ROL DEL PSICÓLOGO EN UNA CLÍNICA DE DOLOR

Sofía Sánchez Román

*Departamento de Neurología y Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*

Vania Barrientos Casarrubias

*Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*

Introducción

Durante la década pasada hubo un auge en la investigación sobre el dolor crónico, lo que sin duda se ha traducido en avances significativos en la comprensión de su etiología, evaluación y tratamiento. Se trata de un problema con importantes implicaciones en los planos físico, social, económico y psicológico, razón por la cual, en el caso de este último aspecto, el profesional de la psicología se ha convertido en una pieza clave en su evaluación e intervención, en el contexto de los equipos interdisciplinarios de salud. El presente capítulo tiene como objetivo presentar un panorama general de los fundamentos teóricos y prácticos en los que actualmente se basan los psicólogos que trabajan en las diferentes clínicas de dolor en el mundo. Confiamos en que esta aportación servirá como guía para el psicólogo que empieza a hacerlo con pacientes que acuden a las instituciones del sector salud en busca de ayuda para resolver la problemática asociada con el dolor. Asimismo, se expone cómo ha sido abordado el problema en un hospital de tercer nivel de atención: el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN), que vio nacer la primera clínica interdisciplinaria en la República mexicana.

Definiciones

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor —IASP por sus siglas en inglés (IASP, 1979), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial. Esta definición deja claro que el componente psicológico es fundamental, dado que presenta al dolor como una experiencia compleja y como algo subjetivo. Además, le da importancia al informe verbal de la persona en la definición del cuadro y considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo (Bazako, 2003). En lo que respecta al dolor crónico, éste ha sido definido de diferentes maneras. Destacan las siguientes: un dolor per-

sistente o episódico, con una duración e intensidad que afecta de manera adversa el funcionamiento o bienestar del paciente y que es atribuible a una causa médica (Task Force on Pain Management, 1997), o bien como aquel que se mantiene más allá de tres o seis meses desde su inicio (Tuck y Okifuji, 2001).

Epidemiología

El dolor crónico es una de las causas de incapacidad más frecuentes y una de las razones que con mayor asiduidad lleva a una persona a buscar cuidados médicos. Actualmente se sabe que el dolor crónico afecta a 27% de la población general. Por eso, en diversos países es considerado un problema de salud pública, ya que: *a)* interfiere con la capacidad funcional de la persona; *b)* afecta a los sistemas de salud, y *c)* incrementa su prevalencia en forma proporcional al número de adultos mayores (Covarrubias y Guevara, 2009).

En nuestro país no se han realizado estudios epidemiológicos que nos permitan conocer con relativa precisión cuál es la prevalencia del dolor crónico. Sin embargo, Covarrubias, Guevara, Gutiérrez, Betancourt y Córdova (2010) realizaron una estimación con base en la cual plantean que, si consideramos una prevalencia en la población general de 27% y que en 2007 el país contaba con 105.7 millones de habitantes, entonces es posible que actualmente 28.5 millones de mexicanos padezcan dolor crónico en alguna de sus modalidades. De hecho, en México se han sugerido algunos patrones característicos, como que las causas no oncológicas son las más frecuentes, afectando principalmente a las mujeres y manifestándose predominantemente hacia la sexta década de la vida (Covarrubias, Guevara, Lara, Tamayo, Salinas y Torres, 2008).

Evolución de la aproximación biomédica a la aproximación psicosocial en el estudio del dolor

En oposición a la concepción tradicional de la filosofía biomédica reduccionista que dominaba en el campo de la medicina desde el Renacimiento, cuando la mente y el cuerpo se consideraban entidades separadas, en la tercera parte del siglo pasado surgió una propuesta desarrollada por Engel (1977), quien buscaba unificar las ciencias médicas con las ciencias conductuales, sentando las bases para lo que se conoce hoy día como Modelo Biopsicosocial. En contraposición con el concepto psicofísico que planteaba una relación simple y unívoca entre lesión y dolor, el modelo biopsicosocial representa la perspectiva más heurística para la comprensión y el tratamiento de los síndromes dolorosos. Este modelo visualiza la enfermedad y el dolor como resultado de una interacción compleja y dinámica de factores fisiológicos, psicológicos y sociales (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007).

En la bibliografía se puede encontrar una importante cantidad de artículos en

los que se presentan diferentes tipos de interacción biopsicosocial, como factores sociales y conductuales que actúan sobre el cerebro, para influir en la salud, en la enfermedad e incluso en la muerte (Cohen y Rodríguez, 1995; Gatchel, 2004; Ray, 2004). En uno de esos tipos de interacción se inscribe la conocida Teoría del Umbral de Melzack y Wall (1965), quienes hicieron hincapié en los mecanismos del sistema nervioso central del dolor en una época en que el dolor se explicaba en términos puramente periféricos. La nueva teoría obligó a las ciencias médicas y biológicas a aceptar que el cerebro funcionaba como un sistema activo que filtraba, seleccionaba y modulaba los impulsos dolorosos (Melzack, 1999). Esta propuesta evolucionó en la Teoría del Control de la Compuerta del Dolor, que plantea que existe una “puerta” neural que usa elementos como la atención, la memoria y la emoción para determinar la pertinencia de enviar un patrón específico de señales nerviosas a otra área del cerebro. Esto explica por qué, por ejemplo, cuando una persona está jugando fútbol y se golpea, en el momento del golpe no sienta el dolor pues la distracción es más poderosa que el dolor, “cerrando la puerta” a las señales nerviosas que entraban (Domínguez y Olvera, 2005).

Dicha teoría ha ido evolucionando hasta su reciente Modelo de la Neuromatriz, que destaca la importancia del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema de estrés en el fenómeno del dolor. Melzack ha sugerido que el cortisol puede ser un buen marcador del grado de estrés, de manera que ante una exposición prolongada al estrés, asociado con una liberación sostenida de cortisol—como consecuencia de una falla en los sistemas de regulación de la homeostasis— se preparan las condiciones destructivas necesarias para que aparezcan muchos de los dolores crónicos que hasta la fecha han sido resistentes a los tratamientos desarrollados para controlar el dolor provocado por estímulos sensoriales (Melzack, 2000).

Por otro lado, Flor y Turk (2011), en su Modelo Psicobiológico de Dolor Crónico plantean una serie de factores que pueden contribuir al desarrollo y al mantenimiento del mismo. Dichos factores interactúan entre sí y no son mutuamente excluyentes. En este modelo se propone que hay un *estímulo evocador* aversivo —ya sea externo o interno— que facilita una *respuesta psicofisiológica* y una *respuesta de dolor* (ya sea verbal-subjetiva, conductual o fisiológica). Existen factores predisponentes (genéticos, de aprendizaje u ocupacionales) que influyen en esta respuesta. También existe otra serie de *respuestas evocadoras* que pueden influir en la respuesta de dolor: *a)* la falta de estrategias de enfrentamiento; *b)* la percepción o interpretación inadecuada de los procesos fisiológicos y los síntomas físicos; *c)* la ansiedad anticipatoria; *d)* la memoria del dolor, y *e)* la falta de autoeficacia. Por otro lado, pueden existir *procesos de mantenimiento* relacionados con el aprendizaje asociativo, no asociativo y explícito, que pueden influir ya sea en la respuesta de dolor, en el estímulo o en las respuestas evocadoras.

En resumen, el Modelo Biopsicosocial nos permite reconocer que por lo general no hay una relación directa entre el evento nociceptivo y el dolor. Por el contrario, existen muchas otras dimensiones que deben ser consideradas cuidadosamente para maximizar la probabilidad de obtener resultados exitosos cuando se aplica un tratamiento. En el presente capítulo nos centraremos en algunas dimensiones psicológicas que diferentes teóricos y especialistas han propuesto y comprobado que deben ser evaluadas y atendidas. A continuación presentaremos ciertos modelos psicológicos del dolor que sientan las bases para la evaluación e intervención en estos aspectos.

Modelos psicológicos de dolor crónico

El Modelo de Autorregulación

El uso del Modelo de Autorregulación en este grupo de pacientes se basa en el hecho de que se ha encontrado que quienes padecen ya sea dolor agudo intenso o crónico pueden presentar desregulación autonómica, sobreactivación del sistema simpático o hipoactivación del parasimpático (Barakat *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2012; Schmidt y Carlson, 2009). Aunque todavía no está claro si esta desregulación fisiológica se presenta como consecuencia o como un factor causal en la experiencia de dolor crónico en una persona, se considera que una de las metas del tratamiento con los pacientes puede ser lograr una mayor autorregulación de la activación fisiológica (Sauer, Burris y Carlson, 2010). El Modelo de Autorregulación Conductual (Carver y Scheier, 1982) constituye un marco teórico útil para trabajar con los problemas de regulación autonómica, pues se asume que las personas tienen la capacidad de cambiar su repertorio conductual para regular de mejor manera diferentes dominios (en este caso los fisiológicos que contribuyen al síndrome doloroso). Algunas técnicas acordes con este modelo que pueden ser útiles en el manejo de pacientes con dolor crónico son: *a)* educación acerca del dolor, sus mecanismos etiológicos y su tratamiento, haciendo énfasis en la naturaleza no curativa del mismo; *b)* entrenamiento en relajación progresiva; *c)* respiración diafragmática; *d)* biorretroalimentación; *e)* hipnoterapia, y *f)* la conocida como *mindfulness*.

Miedo-evitación

Con base en trabajos previos, Vlaeyen y Linton (2000) propusieron un modelo cognoscitivo-conductual del dolor crónico de espalda baja, conocido como Modelo de Miedo-Evitación. El principio básico de este modelo es que la manera en que se interpreta el dolor puede llevar a dos diferentes caminos: *a)* si el dolor agudo no es percibido como amenazante, los pacientes pueden seguir involucra-

dos en sus actividades de la vida diaria, o *b*) si el dolor es interpretado de manera catastrófica, puede iniciarse un círculo vicioso en el que las interpretaciones pueden generar miedo relacionado con dolor y conductas de búsqueda de seguridad (escape/evitación e hipervigilancia). Dichas conductas pueden ser adaptativas en la fase de dolor agudo, pero de manera paradójica empeoran el problema en el caso de que el dolor sea crónico, ya que las consecuencias a largo plazo, como la discapacidad y el desuso, pueden disminuir el umbral en el cual se experimentará el dolor posteriormente.

Dicho modelo ha encontrado sustento en diferentes investigaciones. Sin embargo, debe retomarse con cautela y tenerse en cuenta ciertas consideraciones, pues no es una regla que un paciente que responde con miedo relacionado con el dolor inevitablemente entrará al círculo vicioso del mantenimiento del dolor. Existen diferencias individuales (como el número y la duración de los episodios, las fluctuaciones en la intensidad del dolor, el nivel de discapacidad, las consecuencias ocupacionales y el uso de los cuidados de salud) que deben evaluarse en un paciente en particular (Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma y Vlaeyen, 2007).

El miedo relacionado con el dolor se ha convertido en un objetivo de tratamiento en algunos pacientes con dolor crónico. Los programas de tratamiento que se han enfocado en este modelo incluyen técnicas para trabajar con el cambio de cogniciones y para mejorar la participación conductual en algunas actividades (Linton y Ryberg, 2001; Smeets, Vlaeyen, Kester y Knottneris, 2006). También se han enfocado en establecer con el paciente sesiones breves de educación encaminadas a darles consejos con respecto a continuar realizando actividad física razonable y desalentarlos a que formen parte de intervenciones médicas innecesarias.

Otra de las técnicas utilizadas es la exposición en vivo, mediante las cuales se va confrontando gradualmente al paciente con actividades que ha temido y evitado durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que pueden generar dolor. Este tratamiento consta de cuatro componentes: 1) elección de metas funcionales; 2) educación acerca de los efectos paradójicos que pueden tener las conductas encaminadas a estar “seguro”; 3) establecimiento de una jerarquía de miedos, y 4) exposición gradual a las actividades a las que el paciente teme en forma de experimentos conductuales (Leeuw *et al.*, 2007).

Solicitousness

Parece que el modo en que un paciente enfrenta el dolor crónico se ve influido por la forma en que las personas más cercanas a él responden a sus expresiones de disconfort (Newton-John, 2002). El término *solicitous* se traduce al español como *ansioso*, *aprehensivo*, *esmerado* y *solicito*, siendo utilizado en el contexto del estudio del dolor para describir un conjunto de respuestas consistentes emitidas por los allegados a los pacientes que brindan reforzamiento, ya sea positivo o negativo,

a las conductas de dolor (demostraciones de incomodidad y quejas de dolor). Las conductas solícitas incluyen tres tipos de respuestas: 1) el reforzamiento positivo de la conducta de dolor; 2) el reforzamiento negativo de la conducta de dolor, y 3) el reforzamiento insuficiente o desaliento activo de conductas adecuadas (Newton-John, 2002).

Un cónyuge solícito, de manera inadvertida, puede contribuir a la experiencia de sufrimiento (a la expresión del dolor, al funcionamiento físico o emocional) al proveer atención y simpatía a las expresiones de dolor, por lo que de manera pasiva estaría “autorizando” la evitación de responsabilidades o actividades que el paciente no desea realizar. También puede darse el caso de que los pacientes con dolor encuentren que las interacciones maritales estresantes disminuyen ante la presencia de conductas de dolor, por lo que se van condicionando con el uso de dichas conductas como una manera de suprimir conflictos potenciales (Newton-John, 2002).

Por otro lado, se ha descubierto que esta variable se asocia con disminución de las conductas de salud. En una cohorte de 466 pacientes con dolor crónico que ingresaron a un centro de rehabilitación del dolor (Cunningham, Hayes, Townsend, Laures y Hooten, 2012) se encontró que una elevación en la subescala *solicitousness* en el West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (*MPI*) se asoció con un mayor consumo de opiodes, con independencia de la edad, el sexo, la etnicidad, los años de educación, el estatus laboral, la depresión y la duración y la severidad del dolor.

En la actualidad se han planteado modelos cognoscitivo-conductuales para trabajar con esta variable, que van más allá del Modelo del Condicionamiento Operante y que se enfocan en las transacciones activas entre los pacientes con dolor y los miembros de la familia con respecto al mantenimiento de la salud y el manejo de la enfermedad. Dichos modelos de intervención confieren un papel importante a las variables cognoscitivas como mediadoras de la experiencia de dolor y destacan la importancia de la interacción entre las vulnerabilidades previas del que tiene dolor, los retos específicos y el estrés que el problema del dolor crónico impone en el sistema familiar (Otis, Cardella y Kerns, 2004; Turk, Kerns y Rosenberg, 1992).

Terapia de aceptación y compromiso

Una de las terapias de la conducta de tercera generación que ha tenido más difusión es la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), que tiene su fundamento en la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). En contraste con otros modelos que se enfocan en reducir la severidad del dolor, en este modelo se plantea que en muchas ocasiones los esfuerzos para cambiar ciertas experiencias internas aversivas (como el dolor crónico)

pueden ser útiles e inclusive contribuir a un aumento en el malestar emocional (McCracken, 2005). Así, esta terapia consiste en llevar al paciente a la aceptación de todas las experiencias (tanto positivas como negativas), estando alerta a las mismas, sin juzgarlas, además de conducir al paciente a un contexto en el que se tienen que enfrentar ciertos síntomas o malestares, para finalmente aceptarlos.

Se trata de una terapia orientada al proceso que busca promover la flexibilidad psicológica a través de un conjunto de procesos interrelacionados que se agrupan en variables: 1) de aceptación y *mindfulness*, y 2) de compromiso y cambios conductuales. El objetivo no es modificar sentimientos, emociones, pensamientos o recuerdos del paciente, sino apoyarlo para que éstos dejen de interferir con sus objetivos vitales. Cada vez existe más bibliografía que apoya los fundamentos teóricos de esta terapia. Los resultados en pruebas de laboratorio en las que se induce dolor, ya sea con sujetos- controles (Masedo y Esteve, 2007; McMullen, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart, Luciano y Cochrane, 2008) o con personas con dolor crónico (Richardson, Ness, Doleys, Baños, Cianfrini y Richards, 2010), han demostrado que la aceptación se asocia con un aumento en la tolerancia del dolor y con una disminución en el tiempo de recuperación.

En estudios en los que se han comparado estrategias basadas en la aceptación con estrategias basadas en el control se ha puesto en evidencia que las primeras se asocian con un mejor funcionamiento en pacientes con dolor crónico (McCracken y Eccleston, 2005; McCracken, Vowles y Gauntlett-Gilbert, 2007; Wetherell *et al.*, 2011) y en general comienza a haber cada vez más bibliografía que avala la eficacia de este tratamiento (Mo'tamedi, Rezaieamaram y Tavallaie, 2012).

Intervención psicológica

Primer acercamiento

Cuando un paciente con dolor crónico acude por primera vez a una clínica de dolor, lo más probable es que previamente tanto él como sus médicos han realizado muchos y diferentes esfuerzos —por lo regular poco exitosos— para controlarlo. Debido a lo anterior, debemos considerar que existe la posibilidad de que en el primer acercamiento con el paciente nos encontremos con una persona que puede estar experimentando enojo, frustración, desesperanza o, en el otro extremo, expectativas poco reales e ideales acerca del tratamiento que se le puede ofrecer en la clínica. También es probable que en algunos casos, ya sea sus familiares o el equipo médico, le hayan sugerido que el origen de su dolor pudiera ser “psicológico” o “se lo está inventando”, que puede llegar a generar defensividad o recelo frente a la posibilidad de alguna intervención de tipo psicológico. De este modo, el establecimiento de una relación de confianza fundada en la empatía

y en la que se valide la emoción que el paciente presente en el momento, cobra especial importancia en este grupo de pacientes. Se considera que además de la validación emocional, el primer acercamiento con el paciente debe incluir algún elemento educativo mediante el cual se le proporcione información que le permita adquirir una mejor comprensión de la complejidad del dolor. Esta información permitirá apoyar al paciente a librarse de estigmatizaciones, si es el caso (*i.e.*, ante expresiones del tipo: “Me dicen que ya no me creen cuando me quejo, que estoy loca...”, se podría explicar al paciente el efecto que las conductas de dolor pueden tener en los demás). Por otro lado, al explicarle que aunque hay situaciones que el paciente no puede cambiar o no están bajo su control (por ejemplo, el hecho de tener una lesión tisular), sí existen factores que influyen en el dolor sobre los que el paciente puede trabajar y que podrían incidir en la manera de percibirlo, enfrentarlo o manifestarlo, así como en su percepción de control. Por lo tanto, será importante aclarar al paciente que la meta de asistir a una clínica de dolor no será “curar”, “eliminar” el dolor o “librarse” del mismo; además, será necesario exponerle que el objetivo del trabajo con el psicólogo se fundamentará en brindar apoyo para enfrentar su vida con dolor de una manera adaptativa, lograr adquirir estrategias que le permitan la disminución de la percepción del mismo y mejorar su calidad de vida. Un prerrequisito para la intervención psicológica es que se haya realizado un examen físico (por parte del equipo médico y paramédico), así como una evaluación específica psicológica completa que permita lograr una descripción adecuada del síndrome doloroso y un análisis funcional que haga posible realizar un plan de cuidado individual, que deberá ser discutido conjuntamente con el paciente (Schulz-Gibbins, 2010).

Aun cuando cualquier paciente con dolor crónico se puede beneficiar de la intervención psicológica, la realidad del sistema de salud en México pone en evidencia que en las clínicas de dolor suele haber poco personal de psicología y una gran demanda de pacientes, por lo que en muchas ocasiones el psicólogo se ve obligado a proporcionar a los médicos criterios de inclusión específicos o bien perfiles de pacientes a los que podrían referir para valuación o intervención psicológica con la finalidad de optimizar la atención. En la Guía del Manejo de Dolor de la International Association for the Study of Pain (IASP, 2010), pensada para escenarios en los que se cuenta con pocos recursos humanos (Schulz-Gibbins, 2010), se proponen algunas indicaciones para la referencia de pacientes al psicólogo:

1. Evidencia de la presencia de algún trastorno psicológico —como ansiedad, depresión, somatomorfos y de estrés postraumático— que esté causando o contribuyendo a la cronificación del dolor.
2. Incapacidad para enfrentar el dolor crónico.
3. Alto riesgo de cronificación.
4. Abuso o adicción a medicamentos.

5. Problemas psicosociales derivados de la muerte o la enfermedad de algún ser querido, dificultades financieras, pérdida de trabajo, etcétera, que se relacionan con el dolor o son independientes del mismo.

Evaluación

En un contexto interdisciplinario, la evaluación psicológica siempre debería formar parte de la investigación diagnóstica del dolor. El propósito fundamental de la evaluación psicológica es obtener una “fotografía” completa del síndrome doloroso con todas sus dimensiones: somática, afectiva, cognoscitiva y conductual, así como de las consecuencias individuales para el paciente (Schulz-Gibbins, 2010). Olivares y Cruzado (2008), en una revisión de la bibliografía acerca de la evaluación psicológica del dolor plantean los siguientes objetivos de la misma:

- 1) Determinar la frecuencia, intensidad y localización del dolor, y la cronología temporal (duración y variación cíclica) del dolor; 2) determinar cuál es el estado emocional (ansiedad, depresión, ira u otros), las cogniciones (creencias, atribuciones, significados, autoinstrucciones y expectativas) y las conductas (quejas, toma de medicación, adherencia a tratamientos, etcétera) ante el dolor; 3) determinar los factores antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia del dolor; 4) determinar las consecuencias a corto y largo plazos de las conductas y experiencias del dolor, en lo personal, en lo familiar y en las actividades; 5) determinar el grado de adaptación al dolor crónico, que incluye el estado emocional, el afrontamiento y el funcionamiento físico, social, de pareja y familiar; 6) poner de manifiesto el rol de los factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y exacerbación del dolor; 7) llevar a cabo la formulación del caso clínico, de modo que se determinen los factores causales modificables que están en la base del mantenimiento o exacerbación del trastorno de dolor crónico; 8) llevar a cabo el diagnóstico psicopatológico, en caso de ser pertinente; 9) valorar la probabilidad de desarrollo de incapacidad relacionada con dolor crónico; 10) determinar qué intervenciones psicológicas y médicas son las más apropiadas para cada paciente, en conjunto con el equipo interdisciplinario; 11) diseñar el plan de tratamiento idóneo y el método de valorar los resultados; 12) predecir el resultado de intervenciones médicas, tales como la implantación de estimuladores espinales o bombas de infusión continuas [p. 323].

Una de las herramientas que pueden ser altamente útiles y confiables como parte de la evaluación psicológica del paciente con dolor crónico lo constituye el Análisis Funcional de la Conducta (AFC). Éste es un tipo de formulación de caso que pro-

viene de la tradición conductual que se define como “identificación de las relaciones funcionales pertinentes, controlables y causales, que se aplican a las conductas particulares de un individuo” (Virués-Ortega y Haynes, 2005).

Otra opción proveniente de esta misma aproximación es el Modelo EORC de Kanfer y Phillips, planteado en los años setenta del pasado siglo (Trull y Phares, 2000), mediante el cual pueden explorarse diversos elementos relevantes del dolor a través del análisis de los estímulos que le preceden, así como de las consecuencias que le siguen. Para esos fines puede utilizarse la fórmula EORC, en donde: (E) = estímulo o condiciones que anteceden la conducta; (O) = variables orgánicas relacionadas con la conducta problema; (R) = respuesta o conducta problemática, y (C) = consecuencias de la conducta problemática. Con base en dicho modelo puede desarrollarse un medio por el cual se identifiquen los diversos componentes involucrados en la modulación y mantenimiento del dolor. A continuación se muestra un ejemplo de análisis funcional de la conducta (cuadro 1).

Asimismo, Olivares y Cruzado (2008) exponen los principales instrumentos que suelen utilizarse para realizar la evaluación psicológica del dolor, que se resumen en el cuadro 2. Para fines ilustrativos también se incluyen la entrevista, un tipo de escala computarizada (la análogo-visual), la observación conductual y diferentes instrumentos de medida en varios formatos.

Técnicas de intervención comúnmente utilizadas con pacientes con dolor crónico

Moix y Casado (2011) proponen un protocolo sistematizado para aplicar el tratamiento cognoscitivo-conductual en pacientes con dolor crónico. En su artículo-resumen las técnicas más utilizadas son las siguientes:

1. Introducción a la terapia cognoscitivo-conductual, con la finalidad de que el paciente comprenda en qué consiste la terapia y qué beneficios puede alcanzar.
2. Respiración y relajación.
3. Manejo de la atención.
4. Reestructuración cognoscitiva.
5. Solución de problemas.
6. Manejo de emociones y asertividad.
7. Valores y establecimientos de objetivos.
8. Organización del tiempo y actividades reforzantes.
9. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, así como prevención de recaídas.

Cuadro 1. *Ejemplos de análisis funcional de la conducta en el paciente con dolor crónico en el que se detecta el fenómeno de solicitoussness*

A Antecedentes		C Conducta	C Consecuencia	
Externos	Esposa. Casa. Hora de toma de medicamentos.	Conducta disfuncional identificada	A corto plazo	
Personas Lugares Situaciones			Positivas Negativas	Puedo tomar mi medicina si mi esposa me trae los medicamentos. Mi esposa me quiere y se interesa por mí. Mi dolor aumenta y se descontrola si no tomo mi medicamento cuando me lo trae mi esposa.
Internos	No puedo controlar el dolor. Se me olvida tomar mis medicamentos. Me siento frustrado.	No toma medicamentos si la esposa no se los facilita: problema de adhesión al tratamiento	A largo plazo	
Pensamientos Emociones Sensaciones físicas			Positivas Negativas	Se llega a controlar mi dolor y mi esposa entiende que necesito la ayuda. Si mi esposa no me presta esta ayuda, mi dolor seguirá descontrolado.

Aunque el planteamiento ideal sería poder ofrecer al paciente un paquete con todas estas técnicas, en realidad solemos encontrarnos con que en muchas ocasiones se tiene la oportunidad de trabajar con una o dos de estas técnicas, por lo que una adecuada evaluación será determinante para elegir la que apoyará más al paciente en una situación particular.

Adicionalmente, consideramos que la Entrevista Motivacional o EM (Miller, Rollnick y Butler, 2008) constituye en la actualidad una herramienta útil desde la cual puede enmarcarse el trabajo con el paciente con dolor, dado que representa una forma de ayudar a las personas a trabajar su ambivalencia y a comprometerse

Cuadro 2. *Principales instrumentos utilizados para realizar la evaluación psicológica del dolor*

Instrumentos y otras modalidades para obtener información	Objetivos
Entrevista (al paciente y/o al cuidador)	Permite la exploración de todos los objetivos de la evaluación.
Escala análogo-visuales o categóricas	Permiten contar con un reporte subjetivo de dolor y/o nivel de malestar emocional.
Autorregistros	Permiten evaluar la frecuencia y la duración del dolor, así como las situaciones, momentos o actividades en las que éste aumenta o disminuye.
Observación	Permite detectar conductas de dolor.
<p>Cuestionarios generales de evaluación del dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuestionario de Dolor de McGill o McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975). ➤ Inventario Multidimensional del Dolor o West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (Kerns et al., 1985). ➤ Inventario Breve del Dolor o BPI (Cleeland y Ryan, 1994). 	Valoran la intensidad y la experiencia del dolor.
<p>Cuestionario de Afrontamiento al Dolor o VPMI (Brown y Nicassio, 1987).</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento o CSQ (Rosentiel y Keefe, 1983). ➤ Cuestionario de Afrontamiento al Dolor o CAD (Soriano y Monsalve, 2002). 	Valoran el grado o frecuencia de uso de diferentes estrategias de enfrentamiento.
<p>Instrumentos indicadores de psicopatología</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inventario de Depresión de Beck o BDI (Beck <i>et al.</i>, 1988). ➤ Escala de Desesperanza de Beck o BHS (Beck <i>et al.</i>, 1974). ➤ Escala de Ideación Suicida o SSI (Beck <i>et al.</i>, 1979). ➤ Inventario de Ansiedad Beck o BAI (Beck, 1988). ➤ Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional o INI (Ferrando <i>et al.</i>, 1998). 	Son mecanismos de evaluación de síntomas psicopatológicos.

con el cambio a través de la implementación de sus cuatro principios básicos: 1) resistirse al reflejo de corregir al paciente; 2) entender y explorar las motivaciones del propio paciente; 3) escuchar con empatía, y 4) empoderar al paciente (Hettinger, Steele y Miller, 2005). El uso de la EM es un método destacado para este grupo de pacientes, ya que promueve el trabajo colaborativo entre el terapeuta y el paciente: se concentra en el área problemática; busca evocar y activar los recursos que posee el paciente para propiciar el cambio en el área deficiente; respeta en todo momento su autonomía, es decir, su toma de decisiones (Miller, Rollnick y Butler, 2008). Esta forma de entrevista ha sido utilizada en el contexto del dolor crónico como un elemento agregado al uso de terapias psicológicas, como la conductual operante, con el propósito de abordar a pacientes que no muestran cambios mediante el tratamiento o quienes sí mejoran pero recaen (Novy, 2004). Por eso, mediante el uso de la EM puede facilitarse y fomentarse la motivación intrínseca necesaria para lograr una modificación conductual benéfica en esta población.

Vulnerabilidad adictiva en pacientes con dolor crónico/abuso y dependencia a opioides

Una de las razones por las que el equipo médico suele interconsultar al psicólogo es debido a la necesidad de determinar si un paciente al que están pensando asignarle tratamiento crónico con opioide tiene riesgo de desarrollar abuso o dependencia al mismo (vulnerabilidad adictiva), o bien cuando se detecta un patrón de uso inapropiado de los medicamentos prescritos para el dolor. Generalmente se plantea la necesidad de realizar una evaluación cuando el médico identifica alguna conducta que impliquen: a) el uso de opioides que no es indicado por el médico, por ejemplo: escalamiento de dosis, abandono por anticipado de su uso, “atracones” de opioides, o b) conductas fuera de los límites acordados en el plan de tratamiento. Éstas pueden dar como resultado una fuerte dependencia, pero también pudieran reflejar un dolor tratado inadecuadamente y/o determinadas actitudes del paciente con respecto a la medicación. La prevalencia de dependencia a opioides varía de acuerdo con el escenario clínico, encontrándose prevalencias que van desde 3 a 31%. Debido a todo esto, consideramos necesario plantear en el presente capítulo un apartado especial para este tema. Es importante destacar que para evaluar e intervenir en estos problemas, el psicólogo debe tener conocimientos acerca de conceptos como abuso, dependencia de sustancias y adicción. Además, en el contexto de las clínicas de dolor existe un fenómeno que puede presentarse: la *pseudoadicción*, que ocurre cuando los pacientes, con un tratamiento inadecuado del dolor, exhiben conductas de búsqueda de sustancias similares a las que muestran los que en realidad tienen una adicción (Kahan, Srivastava, Wilson, Gourley y Midmer, 2006). Existe consenso en la opinión de expertos que sugiere que esta conducta

se resuelve con un razonable aumento de la dosis, por lo que debe tomarse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial de adicción, considerando que la *pseudo-adicción* es una razón poco común para el mal uso de los opioides (Passik, Kirsch y McDonald, 2000).

Existen diferentes guías clínicas dirigidas a los médicos para la prescripción de opioides o para el tratamiento de su dependencia. Entre ellas destaca la realizada por un panel de expertos en el manejo del dolor que representan a la Sociedad Americana del Dolor y a la Academia Americana de Medicina del Dolor (Chou *et al.*, 2009). Allí se sugiere que antes de iniciar un tratamiento crónico con opioides es importante realizar una evaluación completa que determine el riesgo adictivo. Para dicha valoración deberá realizarse una entrevista a profundidad que, explore entre otras cosas, historia personal o familiar de abuso de alcohol o drogas, así como presencia de comorbilidad psicológica. En las mismas guías se plantea el uso de diferentes instrumentos, que se resumen en el cuadro 3. Además, proponen el uso de un consentimiento informado, en el cual el paciente explícitamente hace constar que conoce los riesgos y los beneficios que conlleva el tratamiento con opioides y hace compromisos con respecto a su uso.

Los elementos que se sugiere debe contener dicho consentimiento son los siguientes:

1. Conciencia acerca de la posible aparición de efectos adversos (con la finalidad de evitar errores cognoscitivos).
2. Compromiso explícito (énfasis en la responsabilidad compartida, con un enfoque biopsicosocial y de entrevista motivacional).

Cuadro 3. *Instrumentos para valorar riesgo de desarrollo de conductas aberrantes relacionadas con el uso de opioides*

Instrumentos	Descripción
Opioid Risk Tool u ORT (Webster y Webster, 2005).	Instrumento de tamizaje que ayuda a predecir cuáles individuos pueden llegar a desarrollar conductas aberrantes cuando se les prescriben opioides para el manejo de dolor crónico.
Screeners and Opioid Assessment for Patients with Pain o SOAPP (Butler <i>et al.</i> , 2004).	Tamizaje de riesgo potencial para uso indebido de sustancias entre personas con dolor crónico.
Puntuación DIRE (Belgrade <i>et al.</i> , 2006).	Puntuación que predice qué pacientes con dolor crónico (no causado por cáncer) tendrán una analgesia efectiva y se adherirán al tratamiento de opioides a largo plazo.

3. Información clara y explícita (que permite la anticipación de eventos adversos y por lo tanto ayuda a desarrollar conductas preventivas).
4. Delimitación de expectativas y metas de tratamiento.
5. Encuadre de conducta de consumo de opioide, para promover una adecuada adherencia.

Posteriormente, se sugiere realizar un monitoreo continuo una vez que ha dado inicio el tratamiento con opioides. Dicho monitoreo idealmente debería incluir el uso de notas de progreso creadas *ad hoc* para la valoración de diferentes áreas, así como de pruebas aleatorias de orina y una constante evaluación de la presencia de conductas disruptivas. Generalmente al psicólogo que se encuentra en una clínica de dolor le corresponde la evaluación del riesgo adictivo y la detección de problemas que requirieran una intervención a largo plazo. De detectarse esto último, la sugerencia es referir con especialistas en adicciones.

Contexto del problema en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La misión de una clínica del dolor es proporcionar alivio, no solamente del dolor sino también de los síntomas que se asocian con éste o con su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente y cubriendo sus principales necesidades como ser biopsicosocial. Una clínica del dolor suele estar compuesta por algólogos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. La primera clínica del dolor interdisciplinaria fue creada en 1960 por el doctor John Bonica. En nuestro país, fue fundada por el doctor Ramón De Lille Fuentes en el INCMN a principios de la década de los setenta del pasado siglo (Covarrubias y Guevara, 2006). Aun cuando nunca ha existido un psicólogo adscrito a esta clínica, ésta ha sido por muchos años un escenario de entrenamiento para estudiantes de la maestría en psicología profesional de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes realizan su residencia en medicina conductual supervisados por una psicóloga adscrita a otro departamento del INCMN: el Departamento de Neurología y Psiquiatría. Así, nos encontramos con un lugar que carece de un psicólogo de base, no obstante que dicha omisión se ha subsanado a través del trabajo de estudiantes que tienen conocimientos específicos ideales para el manejo de estos pacientes.

Qué se hace desde el ámbito psicológico

El trabajo que realizan los residentes de la maestría que han brindado atención psicológica a los pacientes con dolor crónico tiene la finalidad de promover su adaptación a la condición médica, mejorar su bienestar psicosocial, así como

coadyuvar con aspectos del tratamiento médico (por ejemplo, adhesión a dicho tratamiento y conductas de autocuidado). Su trabajo en la clínica comienza por la detección de necesidades, que puede hacerse de manera directa o indirecta.

En la primera, el psicólogo acompaña al médico en la exploración y escucha las principales molestias de los pacientes cuando son interrogado por él o identifica, a través de la revisión del expediente, elementos que sugieran la necesidad de incorporar la atención psicológica a su tratamiento. La segunda consiste en la petición expresa de un médico residente o de algún médico adscrito. Debido a estas formas de identificación de casos para la atención psicológica, es importante hacer notar que debe ser un quehacer diario el mostrarle a los residentes médicos, idealmente en los primeros meses de trabajo, la relevancia y la utilidad de los componentes psicológicos implicados en el dolor crónico, es decir, establecer un proceso de sensibilización en el equipo médico, que haga posible la mejora en la detección de casos así como la optimización en el interdisciplinario. Como resultado de esta inducción a las dimensiones psicosociales del dolor crónico, será posible que el médico algólogo comprenda cuáles son las características o particularidades que pueden ser atendidas por el psicólogo. Finalmente, este trabajo permitirá que se comparta una visión en conjunto del complejo fenómeno del dolor crónico con todo el equipo interdisciplinario, además de que permitirá que los propios médicos afinen sus estrategias para la identificación de casos.

Dentro de la clínica del dolor del INCMN, este proceso de sensibilización en el equipo médico ha sido establecido por los residentes de psicología a partir de dos medios, principalmente: clases de temas psicológicos selectos con respecto al dolor crónico y sesiones diarias de revisión de casos de pacientes hospitalizados. En lo tocante a estas últimas, las reuniones cotidianas constituyen un foro invaluable para el psicólogo, ya que puede exponer el panorama psicosocial de cada paciente así como dar sugerencias acerca de las acciones terapéuticas a seguir, lo cual sienta las bases para la toma de decisiones conjuntas entre el médico y el psicólogo.

Como ejemplo de lo que se ha realizado como parte de la labor del psicólogo dentro de una clínica del dolor, Barrientos (2011) reporta las actividades particulares que durante su residencia en la clínica realizó durante un año, y que se resumen en el cuadro 4. Durante ese año se atendieron 482 casos en la consulta de dolor crónico, tomando en cuenta la atención tanto hospitalaria como ambulatoria. En cuanto a las características de la población atendida se encontró que el sexo fue mayoritariamente femenino (287 de un total de 482 pacientes) y el rango de edad en esta muestra fue de 15 a 90 años, con un promedio de 56.34 años. Considerando el lugar o la ubicación del paciente al momento de ser atendido, se halló aproximadamente la misma proporción de casos en hospitalización (260 casos) que en consulta externa (222 casos). Lo anterior refleja la conveniencia de contar con un mayor número de psicólogos que puedan atender estos dos ámbitos. Con respecto al síndrome doloroso que presentaron los pacientes atendidos,

Cuadro 4. *Principales actividades realizadas durante un año por el personal de psicología de la Clínica de Dolor del INCMN*

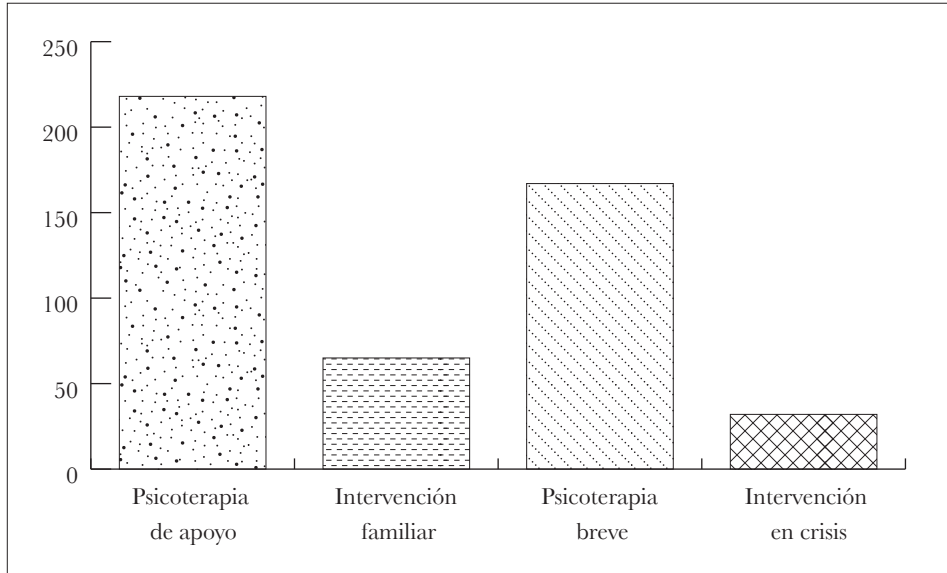
1. Administración de instrumentos para la detección de problemas psicológicos (como depresión o ansiedad) o trastornos de la personalidad.
2. Evaluación multiaxial a través del DSM-IV.
3. Autorregistro de dolor, en el que se identificaran momentos del día, horas, actividades, posturas y estados emocionales asociados con la experimentación de dolor exacerbado o dolor leve/nulo.
4. Adhesión: Al tratamiento farmacológico. A la consulta de dolor. A la atención psiquiátrica/psicológica (en caso de ser prescrita).
5. Psicoeducación acerca de adicción y consumo de opioides: consiste en la identificación de barreras para el consumo de medicamentos opioides, explorando las creencias y las atribuciones relacionadas para después reestructurarlas cognoscitivamente y lograr un mejor control del dolor.

se encontró que la mayoría tuvo dolor neuropático (176 casos), seguidos por casos con coexistencia de dolor nociceptivo y neuropático (159), y en último lugar con dolor nociceptivo (147 casos).

Tomando en cuenta esta caracterización de la muestra, la principal modalidad de intervención psicológica utilizada con estos casos fue la psicoterapia de apoyo, según se puede observar en la gráfica 1. Es importante mencionar que el trabajo realizado como parte de la categoría “psicoterapia de apoyo” implicó el abordaje de problemas latentes, claramente delimitados y con una duración reducida de una a dos sesiones, en las que se brindó seguimiento. El elemento distintivo de esta forma de abordaje terapéutico fue la presencia de un número reducido o nulo de obstáculos para el trabajo psicológico en términos de las capacidades conductuales y cognoscitivas del paciente. Como parte de los resultados obtenidos después de la instrumentación de la intervención psicológica se observó la modificación de errores cognoscitivos —particularmente en el caso de consumo de opioides— que interferían en la realización de conductas de autocuidado o en la participación activa del paciente dentro del tratamiento. Un elemento que hizo posible la modificación conductual mediante una aproximación de psicoterapia de apoyo —que fue la más utilizada y en la cual se implementaron pocas sesiones— fue la puesta en práctica de estrategias de entrevista motivacional, destacando el papel de la escucha activa y la retroalimentación de los motivos de cambio del paciente, lo que alentaba para que se pusieran en marcha las conductas alternativas desarrolladas en las sesiones de tratamiento.

Asimismo, una estrategia que fue de gran utilidad para el manejo del dolor fue la utilización del análisis funcional de la conducta, ya que éste hizo posible la iden-

Gráfica 1. *Modalidad de intervención utilizada en la atención psicológica prestada a pacientes con dolor crónico del INCMNSZ*



tificación de elementos psicosociales asociados con exacerbaciones del dolor, lo cual produjo una mayor conciencia en los pacientes acerca del fenómeno del dolor y de las posibilidades de actuación, que no se limitaban al área médica (toma de rescates). Esto mismo fomentó la autoeficacia en los pacientes para realizar planes de acción que combinaran los aspectos psicosociales identificados y los recursos médicos según la intensidad del dolor y las circunstancias alrededor de éste. La ejecución de estos planes de acción produjo mejoras considerables en el bienestar y la rehabilitación integral, que implicaba una menor interferencia percibida y la reincorporación a actividades cotidianas relevantes para el paciente, tomando medidas para su autocuidado. Las conductas problema más frecuentes abordadas en los diferentes escenarios y servicios hospitalarios en los que se prestó servicio fueron las siguientes:

- * Creencias irracionales acerca del uso de opioides y su adicción.
- * Interferencia del dolor en actividades cotidianas.
- * Falta de conciencia de la enfermedad (desconocimiento de la enfermedad asociada con el dolor experimentado).
- * Depresión.
- * Ansiedad.
- * Problemas de afrontamiento a la enfermedad.
- * Atribuciones relacionadas con la enfermedad y dolor crónico.
- * Problemas de adaptación a la enfermedad.

Como resultado de la inserción de diferentes psicólogos en la clínica del dolor del instituto, se observan alcances obtenidos en términos de fortalecimiento del trabajo colaborativo entre el área psicológica y el área médica, el fomento de conocimientos psicosociales implicados en procesos de salud-enfermedad en el equipo médico y una mayor canalización de pacientes al área de psicología, lo que podría traducirse en mayor confianza y mejor percepción de relevancia de la atención interdisciplinaria.

Otra de las áreas en las que el equipo de psicología ha estado involucrado con la Clínica de Dolor del INCMN es la de atención al personal médico, específicamente a los residentes que se encuentran realizando cursos de algología. A lo largo de varios años se han conformado grupos de trabajo semanales con los residentes que inicialmente tuvieron un enfoque de tipo grupos Balint. Estos grupos tienen su origen en la tradición psicoanalítica y a grandes rasgos se conforman por diversos médicos y/o profesionales de la salud, así como por un psicoterapeuta con formación en psicoanálisis. Los grupos normalmente inician sus sesiones con la pregunta que el terapeuta hace a los médicos: “¿Alguien tiene un caso?”, después de lo cual un miembro del grupo expone un caso particular en el que se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados en el mismo. Un grupo Balint no es propiamente dicho un grupo didáctico, ni psicoterapéutico. En cuanto al contenido, se diferencia de otros tipos de grupos en que no se ocupa sólo, ni básicamente, de la psicopatología o la psicodinámica del paciente, ni de las emociones o los conflictos de los profesionales participantes; se distingue de todos ellos porque el terapeuta invita a los profesionales de la salud a hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con sus familiares y con los demás profesionales con los que comparten el caso (Daurella, 2008). Actualmente, y desde hace aproximadamente seis años, los grupos de trabajo con los médicos conservan algunos elementos originales del grupo Balint, alternándolos con sesiones de trabajo en las que se realizan talleres con los médicos para apoyarlos a mejorar la relación médico-paciente. Los temas que suelen abordarse en dichos talleres son: comunicación asertiva, intervención en crisis, manejo de paciente difícil, trastornos de personalidad, manejo de ansiedad, solución de problemas y comunicación médico-paciente, entre otros.

El objetivo de estos grupos de trabajo es promover un aumento de la sensibilidad de los médicos hacia lo que necesitan los pacientes y sus familiares y que los doctores tengan un foro de expresión y de manejo de conflictos. Estos grupos cobran importancia debido al perfil profesional con el que suele llegar el médico especialista a una clínica de dolor, ya que en su trabajo previo como anestesiólogo en un quirófano generalmente no suele tener mucha comunicación con sus pacientes, por lo que ingresar a una clínica de dolor en la que se puede encontrar con pacientes con diversas complicaciones médicas, quejas o demandas constantes, comorbilidades psicológicas, etcétera, constituye un reto no sólo profesional sino personal que puede generar el conocido síndrome de Burnout.

Qué se ha hecho y qué resultados han obtenido, con qué metodología; qué se sugiere hacer y por qué

El trabajo de los estudiantes de maestría es y ha sido reconocido por todos los integrantes de la Clínica de Dolor del INCMN pues ha rendido diferentes frutos traducidos en tesis de grado y artículos de investigación (Alfaro-Ramírez del Castillo, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos del Río y Guevara, 2008; Plata, Castillo y Guevara, 2004; Morales, Alfaro-Ramírez del Castillo, Sánchez, Guevara y Vázquez, 2008; Sánchez *et al*, 2007), así como presentaciones en congresos nacionales e internacionales. Sin embargo, es un hecho que las investigaciones realizadas en esta área se han quedado en un nivel exploratorio, o a lo mucho descriptivo, además de que se carece de registros sistemáticos de las intervenciones. El reto es estructurar protocolos de evaluación e intervención, así como diseñar proyectos de investigación que nos permitan valorar la efectividad de los mismos.

Aunque sabemos que existen muchos otros temas relevantes para el paciente con dolor crónico que se podrían haber desarrollado de una manera más profunda (como la psicofisiología o la aportación de la neuroimagen, los perfiles de personalidad, la adhesión al tratamiento, las conductas de autocuidado, el enfrentamiento, etcétera), en el presente capítulo nos dimos a la tarea de mostrar de manera general (desde bases tanto teóricas como prácticas) aquellos aspectos que a lo largo del tiempo hemos visto que han sido útiles para trabajar con este grupo de pacientes, en el contexto de un instituto nacional de salud.

Consideramos que lo que aporta este capítulo también puede ser útil para cualquier psicólogo que comience a trabajar en alguna clínica de dolor o que se enfrente en su práctica diaria con un paciente con dolor crónico. Además, se puso especial énfasis en plantear que el trabajo del psicólogo se puede extender al equipo de atención, que también es susceptible de manifestar problemáticas (como el síndrome Burnout o conflictos en la relación médico-paciente) debido a la carga que representa trabajar con este tipo de pacientes.

Hasta el momento hemos podido ocupar un lugar relevante en el abordaje del dolor crónico a través de las siguientes estrategias:

- * Fortalecimiento del trabajo colaborativo entre el área psicológica y el área médica.
- * Impartición de clases de temas psicológicos selectos en torno al dolor crónico.
- * Participación y debate en la revisión de casos de los pacientes que están recibiendo tratamiento para dolor crónico y que se encuentran hospitalizados.
- * Colaboración en la planificación del tratamiento de los pacientes.
- * Participación activa en la generación y realización de protocolos de investigación.
- * Atención psicológica (evaluación y tratamiento) a pacientes con dolor crónico.

- * Presentación de casos clínicos de forma conjunta con los residentes algólogos.
- * En reuniones y foros médicos, utilización de terminología psicológica actual que contribuya al reconocimiento de la presencia y el trabajo del servicio psicológico brindado a los pacientes con dolor crónico.
- * Mayor canalización de pacientes al área de psicología, lo cual podría traducirse en mayor confianza y mejor percepción de la relevancia de una atención interdisciplinaria.

Lo anterior podría representar un esquema de trabajo que se propone utilicen los psicólogos que deseen incorporarse a una clínica del dolor, como una estrategia para sensibilizar acerca de los alcances de la psicología en este contexto. Ciertamente, debemos de reconocer que existen limitaciones que circunscriben el tipo de papel que ha tenido el psicólogo en una clínica del dolor. Dentro de estas limitaciones destaca la existencia de un bajo número de recursos humanos para cubrir la alta demanda y la gran necesidad de servicios psicológicos que se pueden encontrar en una institución de tercer nivel. No podemos pasar por alto, asimismo, la carencia de espacio disponible, así como el tiempo otorgado para la atención psicológica.

Aun cuando ha habido un camino recorrido por múltiples psicólogos en la clínica del dolor del INCMN, existen retos y metas a largo plazo que se desea conseguir:

- * Promover la gestión de cargos a ocupar por psicólogos en las clínicas de dolor ubicadas en instituciones hospitalarias.
- * Seguir promoviendo habilidades para la práctica interdisciplinaria (médicos, enfermeras, psiquiatras, etcétera).
- * Consolidar un equipo especializado de psicólogos de base que trabajen como parte del equipo de especialistas de dolor crónico, realizando actividades fundamentales como: *a)* evaluación desde el punto de vista psicológico a todos los pacientes que acudan a la clínica del dolor; *b)* detección de casos en los que se documente que existen necesidades particulares a abordar mediante tratamiento psicológico a través de la labor de escrutinio, que incluye el empleo de instrumentos de tamizaje, y *c)* evaluación complementaria que coadyuve en el tratamiento psicológico.
- * Desarrollar protocolos de investigación que ayuden a mejorar la atención psicológica prestada a los pacientes, además de difundir los hallazgos psicológicos en foros médicos.
- * Brindar tratamiento a miembros próximos significativos al paciente (*i. e.*, familia) como parte de programas para el reforzamiento de actividades saludables (*i. e.*, actividades de autocuidado y autonomía).

Referencias

- Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., T. Morales, F. Vázquez, S. Sánchez, B. Ramos del Río y U. M. Guevara (2008), “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, pp. 485-494.
- Barakat, A., N. Vogelzangs, C. M. Licht, R. Geenen, G. J. Macfarlane, E. de Geus y J. Dekker (2012), “Dysregulation of the Autonomic Nervous System is Associated with Pain Intensity, Not with the Presence of Chronic Widespread Pain”, *Arthritis Care & Research*, 64, pp. 1209-1216.
- Barrientos, V. (2011), “El papel de los procesos cognitivo-sociales en enfermedades oncológicas y no oncológicas”, tesis de maestría no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Bazako, E. (2003), “Intervención psicológica en una unidad de dolor”, en E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (eds.), “*El psicólogo en el ámbito hospitalario*”, Bilbao, Desclee de Brouwer, pp. 569-590.
- Beck, A. T. (1988), “An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- , A. T., M. Kovac y A. Weissman (1979), “Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 343-352.
- , A. R. Steerm y G. M. Garbin (1988), “Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation”, *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 77-100.
- Beck, A. T., A. Weissman, D. Lester y L. J. Trexler (1974), “The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scales”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, pp. 861-865.
- Belgrade, M. J., C. D. Schamber y B. R. Lindgren (2006), “The DIRE Score: Predicting Outcomes of Opioid Prescribing for Chronic Pain”, *Journal of Pain*, 7, pp. 671-681.
- Brown, G., y P. Nicasio (1987), “Development of a Questionnaire for the Assessment of Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients”, *Pain*, 31, pp. 53-64.
- Butler, S. F., S. H. Budman, K. Fernandez y R. N. Jamison (2004), “Validation of a Screener and Opioid Assessment Measure for Patients with Chronic Pain”, *Pain*, 112, pp. 65-75.
- Carver, C. S. y M. F. Scheier (1982), “Control Theory: A Useful Conceptual Framework for Personality—Social, Clinical, and Health Psychology”, *Psychological Bulletin*, 92, pp. 111-135.
- Chou, R., G. J. Fanciullo, P. G. Fine, J. A. Adler, P. Davies, M. I. Donovan y C. Miaskowski (2009), “Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid

- Therapy in Chronic Noncancer Pain”, *The Journal of Pain*, 10, pp. 113-130.
- Cleeland, C. S., y K. M. Ryan (1994), “Pain Assessment: Global Use of the Brief Pain Inventory”, *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23, pp. 129-138.
- Cohen, S., y M. S. Rodríguez (1995), “Pathways Linking Affective Disturbances and Physical Disorders”, *Health Psychology*, 14, pp. 371-393.
- Covarrubias, A., y U. Guevara (2006), “¿Qué son las clínicas de dolor?”, *Revista Digital Universitaria*, 7, pp. 1-7.
- , y Guevara (2009), “Evaluación del consumo de medicina herbal en el enfermo con dolor: un estudio piloto”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 32, pp. 156-162.
- , U. Guevara, C. Gutiérrez, J. A. Betancourt y J. A. Córdova (2010), “Epidemiología del dolor crónico en México”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33, pp. 207-213.
- , U. Guevara, A. Lara, A. C. Tamayo, J. Salinas y R. Torres (2008), “Características de los enfermos que acuden a las clínicas del dolor por primera vez”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, pp. 467-472.
- Cunningham, J. L., S. E. Hayes, C. O. Townsend, H. J. Laures y W. M. Hooten (2012), “Associations between Spousal or Significant Other Solicitous Responses and Opioid Dose in Patients with Chronic Pain”, *Pain Medicine*, 13, pp. 1034-1039.
- Daurella, N. (2008), *Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria*. Disponible en <http://www.camfic.cat> [retirado el 17 de agosto de 2012].
- Domínguez, B., e Y. Olvera (2005), *Dolor y sufrimiento humano. Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*, México, Trillas.
- Engel, G. (1977), “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, *Science*, 196, pp. 129-136.
- Ferrando, L., A. L. Franco, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco y O. Gilbert (1998), *MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview* (versión en español 5.0.0. DSM-IV), Madrid, IAP.
- Flor, H., y D. Turk (2011), *Chronic Pain. An Integrated Biobehavioral Approach*, Seattle; IASP Press.
- Gatchel, R. J. (2004), “Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health: The Biopsychosocial Perspective”, *American Psychologist*, 59, pp. 792-794.
- , Y. B. Peng, M. L. Peters, P. N. Fuchs y D. C. Turk (2007), “The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions”, *Psychological Bulletin*, 133, pp. 581-624.
- Hayes, S. C., D. Barnes-Holmes y B. Roche, (2001), “*Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*”, Nueva York; Plenum Press.
- , K. Strosahl y K. G. Wilson (1999), *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*, Nueva York, The Guilford Press.

- Hettema, J., J. Steele, y W. R. Miller (2005), "Motivational Interviewing", *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 91-111.
- IASP (1979), "Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage", *Pain*, 6, pp. 249-252.
- (2010), *Definición del dolor*. Disponible en <http://www.iasp-pain.org> [retirado el 2 de agosto de 2010].
- Kahan, M., A. Srivastava, L. Wilson, D. Gourley y D. Midmer (2006), "Misuse of and Dependence on Opioids. Study of Chronic Pain Patients", *Canadian Family Physician*, 52, pp. 1081-1087.
- Kerns, R. D., D. C. Turk y T. E. Rudy (1985), "The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)", *Pain*, 23, pp. 345-356.
- Leeuw, M., M. E. Goossens, S. J. Linton, G. Crombez, K. Boersma y J. W. Vlaeyen (2007), "The Fear-avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence", *Journal of Behavioral Medicine*, 30, pp. 77-94.
- Linton, S. J., y M. Ryberg (2001), "A Cognitive-behavioral Group Intervention as Prevention for Persistent Neck and Back Pain in a Non-patient Population: a Randomized Controlled Trial", *Pain*, 90, pp. 83-90.
- Masedo, A. I., y R. Esteve (2007), "Effects of Suppression, Acceptance and Spontaneous Coping on Pain Tolerance, Pain Intensity and Distress", *Behavior Research and Therapy*, 45, pp. 199-209.
- McCracken, L. M. (2005), "*Contextual Cognitive-behavioral Therapy for Chronic Pain. Progress in Pain Research and Management*", Seattle, IASP Press.
- , y C. Eccleston (2005), "A Prospective Study of Acceptance of Pain and Patient Functioning with Chronic Pain", *Pain*, 118, pp. 164-169.
- , L. M., K. E. Vowles y J. Gauntlett-Gilbert (2007), "A Prospective Investigation of Acceptance and Control-oriented Coping with Chronic Pain", *Journal of Behavioral Medicine*, 30, pp. 339-349.
- McMullen, J., D. Barnes-Holmes, Y. Barnes-Holmes, I. Stewart, C. Luciano y A. Cochrane (2008), "Acceptance versus Distraction: Brief Instructions, Metaphors and Exercises in Increasing Tolerance for Self-delivered Electric Shocks", *Behavior Research and Therapy*, 46, pp. 122-129.
- Melzack, R., y P. D. Wall (1965), "Pain Mechanisms: A New Theory", *Science*, 150, pp. 971-979.
- , (1975), "The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods", *Pain*, 1, pp. 277-299.
- , (1999), "From the Gate to the Neuromatrix", *Pain*, 6 (Suppl.), pp. S21-S26.
- , (2000), "From the Gate to the Neuromatrix", *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, pp. 149-156.
- Miller, W. R., S. I. Rollnick y C. C. Butler (2008), "*Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*", Nueva York, The Guilford Press.

- Moix, J., y M. I. Casado (2011), "Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor Crónico", *Clínica y Salud*, 22, pp. 41-50.
- Morales, T., O. I. Alfaro-Ramírez del Castillo, S. Sánchez, S. Guevara y F. Vázquez (2008), "Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, pp. 479-484.
- Mo'tamedi, H., P. Rezaiemaram y A. Tavallaie (2012), "The Effectiveness of a Group-based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients with Chronic Headache: Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impact", *Headache*, 52, pp. 1106-1119.
- Newton-John, T. (2002), "Solicitousness and Chronic Pain: A Critical Review", *Pain Reviews*, 9, pp. 7-27.
- Novy, D. M. (2004), "Psychological Approaches for Managing Chronic Pain", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, pp. 279-288.
- Olivares, M. E., y J. A. Cruzado (2008), "Evaluación psicológica del dolor", *Clínica y Salud*, 19, pp. 321-341.
- Oliveira, L. R., V. U. de Melo, F. N. Macedo, A. S. Barreto, D. J. Badaue-Passos, M. R. Viana dos Santos y V. J. Santana-Filho (2012), "Induction of Chronic Non-inflammatory Widespread Pain Increases Cardiac Sympathetic Modulation in Rats", *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 167, pp. 45-49.
- Otis, J. D., L. A. Cardella y R. D. Kerns (2004), "The Influence of Family and Culture on Pain", en R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (eds.), *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers*, Seattle, IASP Press, pp. 29-45.
- Passik, S. D., K. L. Kirsch y M. V. McDonald (2000), "A pilot Survey of Aberrant Drug Taking Attitudes and Behavior in Samples of Cancer and AIDS Patients", *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, pp. 274-286.
- Plata, M. E., M. E. Castillo y U. M. Guevara (2004), "Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico", *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27, pp. 16-23.
- Ray, Q. (2004), "How the Mind Hurts and Heals the Body", *American Psychologist*, 59, pp. 29-40.
- Richardson, E. J., T. J. Ness, D. M. Doleys, J. H. Baños, L. Cianfrini y J. S. Richards (2010), "Catastrophizing, Acceptance, and Interference. Laboratory Findings, Subjective Report, and Pain Willingness as a Moderator", *Health Psychology*, 29, pp. 299-306.
- Rosenstiel, A. K., y F. J. Keefe (1983), "The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment", *Pain*, 17, pp. 33-44.
- Sánchez, S., J. F. Téllez, F. Zermeño, G. García, A. Velázquez, M. Hernández y U. M. Guevara (2007), "Personality in Patients with Migraine Evaluated

- with the ‘Temperament and Character Inventory’,” *The Journal of Headache and Pain*, 8, pp. 94-104.
- Sauer, S. E., J. L. Burris y C. R. Carlson (2010), “New Directions in the Management of Chronic Pain: Self-regulation Theory as a Model for Integrative Clinical Psychology Practice”, *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 805-814.
- Schmidt, J., y C. R. Carlson (2009), “A Controlled Comparison of Emotional Reactivity and Physiological Response in Masticatory Muscle Pain Patients”, *Journal of Orofacial Pain*, 23, pp. 230-242.
- Schulz-Gibbins, C. (2010), “Psychological Evaluation of the Patient with Chronic Pain”, en A. Kopf y N.B. Patel (eds.), *Guide to Pain Management in Low-resource Settings*, Seattle, IASP Press, pp. 93-100.
- Smeets, R. J., J. W. Vlaeyen, A. D. Kester y J. A. Knottneris (2006), “Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain”, *The Journal of Pain*, 7, pp. 261-271.
- Soriano, J., y V. Monsalve (2002), “CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico”, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, pp. 13-22.
- Task Force on Pain Management (1997), “Practice Guidelines for Chronic Pain Management: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section”, *Anesthesiology*, 86, pp. 995-1004.
- Trull, T., y J. Phares (2000), “Evaluación conductual”, en T. Trull y J. Phares (eds), *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*, México, El Manual Moderno, pp. 240-264.
- Turk, D. C., R. D. Kerns y R. Rosenberg (1992), “Effects of Marital Interaction on Chronic Pain and Disability: Examining the Downside of Social Support”, *Rehabilitation Psychology*, 37, pp. 259-274.
- Turk, D. C. y A. Okifuji (2001), “Pain Terms and Taxonomies of Pain”, en J. D. Loeser y J. D. Bonica (eds.), *Bonica’s Textbook of Pain Management*, Filadelfia, LWW, pp. 17-25.
- Virués-Ortega, J., y S. N. Haynes (2005), “Behavioral Foundations and Clinical Application”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, pp. 567-587.
- Vlaeyen, J. W. y S. J. Linton (2000), “Fear-avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: A State of the Pain”, *Pain*, 85, pp. 317-332.
- Webster, L. R. y R. M. Webster (2005), “Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-treated Patients: Preliminary Validation of the Opioid Risk Tool”, *Pain Medicine*, 6, pp. 432-442.
- Wetherell, J. L., N. Afari, T. Rutledge, J. T. Sorrell, J. A. Stoddard, A. J. Petkus y J. H. Atkinson (2011), “A Randomized, Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-behavioral Therapy for Chronic Pain”, *Pain*, 152, pp. 2098-2107.

5. LA SEXUALIDAD, SUS ALTERACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS VÍNCULOS AMOROSOS Y PARENTALES

Claudia Sánchez Bravo,
Alejandra Watty Martínez
y Alba Ivette Belmont Sánchez
*Departamento de Psicología
Instituto Nacional de Perinatología*

Introducción

Por sus características y su complejidad, el fenómeno de la sexualidad humana incluye tanto factores biológicos como psicológicos y socioculturales. En tal sentido, se puede afirmar que es multidimensional y multideterminado, lo que lo hace susceptible de ser abordado a la luz de diferentes perspectivas teóricas. Desde el ámbito de lo propiamente psicológico, el estudio de dicho fenómeno y sus alteraciones —en particular el de la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales— tiene como objetivo medular comprender por qué una persona adulta vive una sexualidad sin ningún tipo de complicación, mientras que otra experimenta alguna disfunción sexual. Ciertamente, es importante dejar en claro que en ambos casos se parte del entendido de que, si bien la respuesta sexual se manifiesta conductualmente, en su origen y desarrollo es posible analizar la influencia de los mundos *interno* (que se alimenta de la interacción con los demás, empezando por las figuras parentales) y *externo* (por requerimientos y por una información a veces fragmentada y superficial). Se trata, pues, de un fenómeno que puede verse afectado por cada uno de esos mundos y los elementos que los conforman y su interacción.

Aun cuando desde la década de los cincuenta del siglo pasado ya se venían realizando algunos estudios sobre sexualidad, formalmente su planificación y su conducción alcanzaron su auge en la primera mitad de la siguiente década en particular con los estudios conducidos por Masters, Johnson y Kolodny (1995), quienes propusieron un Modelo de la Respuesta Sexual Humana. Éste consiste en una secuencia ordenada de un acontecimiento unitario e inseparable que se vincula con distintos niveles de excitación sexual, lo que los llevó a entender el desempeño sexual de las personas, con sus variantes individuales, que incluía no sólo a la respuesta fisiológica sino también aspectos psicológicos y sociales. Sus estudios mostraron cómo se comportaba el ciclo de la respuesta sexual humana, la cual dividieron en deseo, excitación, meseta, orgasmo y eyaculación. Como consecuencia, el estudio de la respuesta sexual humana y la delimitación de esas fases condujeron a los autores a especificar con mayor precisión las alteraciones

sexuales que se presentan en cada una de ellas. Estas alteraciones son las conocidas como disfunciones sexuales, que se definen como una serie de síndromes que se distinguen por ser procesos con cuatro características comunes:

1. Son de naturaleza erótica, cuyos resultados giran en torno a las construcciones psicológicas y a la calidad placentera de esas vivencias.
2. Se consideran indeseables.
3. Se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.
4. Se presentan en forma de síndromes, o sea, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que los provocan (Rubio y Díaz, 1994).

En términos generales su clasificación, de acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), incluye las siguientes disfunciones sexuales:

1. *Deseo sexual hipoactivo*: disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.
2. *Trastorno de la excitación en la mujer*: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
3. *Trastorno de la erección*: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.
4. *Trastorno orgásmico femenino*: ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
5. *Trastorno orgásmico masculino*: ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
6. *Eyacuación precoz*: eyacuación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.
7. Finalmente, se tienen dos trastornos sexuales femeninos por dolor: *a) dispareunia*: dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual, y *b) vaginismo*: aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

La última destaca la vivencia social en cuanto al mundo sexualizado y la congruencia que hay entre este mundo, el ejercicio de la sexualidad de la persona y sus vínculos amorosos. Dicho de otra manera, dependiendo de cómo se hayan establecidos los vínculos en el pasado —parentales— y en el presente —amorosos— será posible comprender su sexualidad y sus alteraciones sexuales, pues los vínculos son los que median y permiten la inserción de la persona en el campo

simbólico de la sociedad (Pichón-Riviere, 1957). Los vínculos poseen una estructura con una cara interna y otra externa, donde se contempla la percepción de sus relaciones parentales, sexuales, amorosas, así como la percepción del mundo sexualizado.

En virtud de lo expuesto, al estudiar la vida sexual de las personas es posible obtener información concreta respecto de si su sexualidad es o no satisfactoria. Partiendo de este binomio satisfacción-insatisfacción, para los fines de dilucidar los elementos que la conforman y su complejidad, es preciso dar cuenta de todos aquellos indicadores con el objeto de identificar justamente qué elementos la median, algunos de los cuales tienen como antecedentes procesos de interacción acaecidos en la infancia. Para ello se analizan aspectos que van desde la construcción de la función parental hasta otros elementos más actuales: qué elementos fueron distintos en los lazos parentales y si hay evidencia de una influencia decisiva en la construcción de su vida sexual. Si analizamos qué es parentalidad, podremos considerar que ésta constituye el estudio de los lazos de parentesco y de los procesos psicológicos inherentes, que requiere de un proceso de preparación y de aprendizaje, no en el sentido de una pedagogía parental, sino como el trabajo que pone en evidencia el carácter complejo y los aspectos paradójicos del fenómeno natural de la reproducción humana. Tanto la parentalidad como la cultura se ponen de manifiesto como una organización fundadora del ser humano, de acuerdo con su propio contexto y genealogía, construyendo un mundo psicológico como producto de la intersubjetividad y la transmisión intergeneracional.

Si se analizan los elementos que componen esta reflexión sobre los lazos parentales en la construcción de los mismos es importante conocer: *a)* cómo se van incorporando los procesos psicológicos de los padres, que finalmente impactan en la sexualidad de las personas y en los procesos de interacción, y *b)* qué elementos están desfasados en el proceso de globalización entre lo que se piensa, lo que se quiere y lo que realmente se puede, lo cual se representa como un conflicto entre su mundo interno y lo que el mundo externo les manifiesta y les demanda. De ahí que los estudios sobre sexualidad humana deben ser delimitados, puntuales y precisos en cuanto a la especificación de sus objetivos. Partiendo de este principio, en este trabajo nos planteamos un doble propósito: por un lado, la búsqueda de indicadores sobre los factores psicológicos y los antecedentes sexuales relacionados con cada una de las disfunciones sexuales referidas; por el otro, mostrar que en la construcción de la vida sexual están implicados elementos que permiten ver cómo se transmiten los modelos de parentalidad, la apropiación de influencias sociales en el mundo psicológico que condicionan las relaciones parentales, los vínculos amorosos y sexuales, que terminan influyendo en el ejercicio actual de la sexualidad, con los elementos internos entrando en abierta confrontación con el mundo sexual globalizado.

Finalmente, es importante destacar que el presente trabajo es resultado del desarrollo de una línea de investigación sobre sexualidad humana y parejas que se formuló en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que encuentra su justificación en la alta prevalencia de disfunciones sexuales reportada por las pacientes que acuden a la institución para resolver problemas de alto riesgo en su vida sexual reproductiva.

Esta línea inició con un estudio exploratorio para detectar la prevalencia de disfunciones sexuales, tanto en mujeres como en hombres, en el cual se registró una prevalencia de 52% en mujeres y 38.8% en hombres (Sánchez, Carreño y Martínez, 2005). Posteriormente, en el desarrollo de la misma se han realizado otros estudios empleando tanto métodos de análisis cuantitativo —con procedimientos comparativos y correlacionales— como cualitativo, con la finalidad de identificar indicadores y aportar elementos para la generación de modelos de intervención con mayor especificidad, partiendo de la experiencia clínica de que no en todas las disfunciones sexuales operan los mismos factores de riesgo (Sánchez, 2007).

Método

Antecedentes y escenario

Dando continuidad a la mencionada línea de investigación, en este trabajo se describen algunos resultados encontrados en esas investigaciones, tomando como eje rector el binomio disfunción/no disfunción sexual, como indicador que nos da entrada al mundo de la sexualidad. En éste se encuentran implicados factores diversos, tanto protectores como de riesgo, que incluyen algunos antecedentes sexuales, de personalidad, y otros elementos internos como la construcción y la calidad de los vínculos pasados y presentes, parentales y amorosos de los individuos.

Participantes

Participaron 400 mujeres y hombres con y sin disfunciones sexuales, que fueron agrupados en cuatro grupos: 100 mujeres sin disfunciones sexuales (grupo A), 100 mujeres con disfunciones sexuales (grupo B), 100 hombres sin disfunciones sexuales (grupo C) y 100 hombres con disfunciones sexuales (grupo D). La edad promedio para el grupo A fue de 31.9 años (± 5.32) y para el grupo B de 33.1 años (± 5.33). El estado civil del grupo A se distribuyó de la siguiente manera: 5% se mantenía soltera, 63% era casada y 32% vivía en unión libre; en el B se distribuyó así: 5% se mantenía soltera, 68% era casada y 27% vivía en unión libre. En cuanto a la escolaridad de la muestra, se encontró que en el grupo A obtuvo un promedio de 10.9 años de escolaridad (± 3.17), que corresponde al nivel de

bachillerato. En el grupo B se encontró un promedio de 10.1 años de escolaridad (± 2.69), también correspondiente a este mismo nivel. Por otro lado, las muestras de hombres estuvieron conformadas por 100 participantes sin disfunción sexual (grupo C) y 100 con disfunción sexual (grupo D), con una edad promedio para el grupo C de 32 años (± 4.97) y para el grupo D de 33 años (± 5.20). Respecto del estado civil, en el grupo C la muestra se distribuyó así: 80% estaba casado y 20% vivía en unión libre, mientras que en el grupo D 1% vivía en soltería, 78% se encontraba casado y 21% vivía en unión libre. En cuanto a los años de escolaridad, se encontró que el grupo C obtuvo un promedio de 11.7 años (± 2.88), valor que corresponde al nivel de bachillerato. En relación con los años de escolaridad, en el grupo D se encontró un promedio de 11 años (± 3.33), en los mismos términos que el grupo anterior.

Variables e instrumentos

El estudio consistió en identificar la relación de cada una de las disfunciones sexuales ya mencionadas con un conjunto de variables que para fines descriptivos hemos agrupado en dos rubros, incluyendo en cada uno los factores estudiados:

Antecedentes sexuales: a) presencia de abuso sexual en la infancia y/o experiencia sexual infantil traumática; b) falta de información sexual; c) temores a la sexualidad; d) ejercicio o no de la masturbación y e) presencia de problemas conyugales.

Factores de personalidad: a) roles de género, que son prescripciones, normas y expectativas sociales de comportamiento para hombres y mujeres en sus cuatro dimensiones: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión (Lara, 1993), y b) autoestima, que es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que cada persona refiere sobre sí misma. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o mediante la conducta manifiesta (Coopersmith, 1967).

Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina o HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987) y *Cuestionario de Sexualidad para Hombres* (Morales, Pimentel y Aranda, 1998). Ambas historias clínicas se utilizaron para la clasificación de los grupos, para el diagnóstico de la disfunción sexual y para la detección de los antecedentes sexuales. La primera consta de 170 preguntas y fue diseñada con el propósito de explorar la psicosexualidad femenina con ventajas técnicas prácticas que reducen la posibilidad de emitir juicios de valor; su estructura permitió obtener información clara y precisa, empezando por los datos sociodemográficos, en un orden sistemático, hasta llegar a la exploración de la sexualidad. Su validez fue puesta a prueba en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE y su

objetivo fundamental fue detectar la presencia de disfunciones sexuales definidas con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). El segundo consta de 90 preguntas y fue diseñado en el propio INPer; es una adaptación del anterior que sirve para explorar la psicosexualidad masculina (Morales *et al.*, 1998).

Inventario de Masculinidad y Femenidad o IMAFE (Lara, 1993). El rol de género se midió con este inventario, teniendo como objetivo principal el de dar cuenta de las características femeninas y masculinas de la personalidad, basadas en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana, incluidos el machismo y la sumisión. El cuestionario mide cuatro orientaciones de género divididas en cuatro escalas: masculino (mas), femenino (fem), machismo (mach) y sumisión (sum), el cual fue validado en población mexicana. Es un cuestionario que consta de 60 preguntas —15 para cada escala—, con opciones de respuesta en un formato tipo Likert. Las preguntas se califican de manera independiente: el valor más alto que obtenga la persona en las cuatro escalas da como resultado la orientación de género, según la clasificación antes mencionada.

Inventario de Autoestima (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). Este inventario, estandarizado en población mexicana, fue diseñado para medir el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la persona toma respecto de sí misma; consta de 25 preguntas que se miden en una escala nominal, con opciones de respuesta de *sí* y *no*; para el estudio se consideró un punto de corte de 17 ± 5 .

Para evaluar la construcción y la calidad de los vínculos del pasado y del presente, tanto los parentales como los amorosos, se utilizó el método cualitativo interpretativo, con el apoyo de entrevistas a profundidad semiestructuradas.

Procedimiento

Este estudio se condujo a partir de dos fases. La primera contempló el uso de los instrumentos de medida referidos. En la segunda se utilizó el método cualitativo-interpretativo con base en la modalidad de entrevistas a profundidad semiestructuradas: fueron entrevistadas tres mujeres, dos con disfunciones sexuales asociadas con dolor (dispareunia y vaginismo) y una que no presentó disfunción sexual; el propósito era detectar tanto factores de protección como de riesgo; se obtuvieron categorías por medio del análisis de contenido según cada objetivo específico planteado, que fueron cuatro, a saber:

1. Identificar factores que en su vida sexual actual influyeran en la posterior presencia de disfunciones sexuales.

2. Identificar factores que hayan influido en un desarrollo insatisfactorio de su sexualidad.
3. Identificar elementos de la percepción que tiene el participante sobre la vida sexual de sus padres y que pudieron haber influido en el desarrollo de su sexualidad.
4. Identificar factores en el seno de la familia que se relacionaran con el manejo de la sexualidad y que también influyeron su vida sexual. Con la integración de los resultados obtenidos en las dos fases se construyeron perfiles (primera fase) y categorías explicativas (segunda fase), detectando factores protectores y de riesgo que impactaron en el ejercicio de la sexualidad y que se constituyeron en indicadores de una problemática que va más allá de la respuesta sexual instrumental.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos utilizados fueron los siguientes: para identificar posibles diferencias entre los grupos en lo tocante a los antecedentes sexuales se utilizó la prueba no paramétrica de la ji al cuadrado (χ^2), por tratarse de variables dicotómicas, así como también para identificar diferencias en cada disfunción sexual. La prueba de la t de Student se empleó con el objeto de comparar los grupos, tanto de mujeres como de hombres, con y sin disfunciones sexuales, en particular sobre los factores de personalidad (rol de género y autoestima), así como también para identificar posibles diferencias en cada disfunción sexual. Posteriormente se realizó un análisis de correlación de cada una de las disfunciones sexuales y los factores psicológicos con la prueba de correlación producto-momento de Pearson (r) y con la V de Cramer para los antecedentes. Para analizar la combinación de los factores que resultaron significativos con cada disfunción sexual se utilizó un análisis discriminante que permitió generar un perfil explicativo para cada disfunción sexual.

Resultados fase 1: análisis cuantitativo

Las muestras se trabajaron con base en los análisis estadísticos pertinentes para la obtención de los datos. Los puntos de corte obtenidos se establecieron con base en los criterios que se definen para cada instrumento. Se presentan primero los resultados de las mujeres y posteriormente los de los hombres, aclarando que sólo se expondrán los cuadros con los resultados por grupo, incluyendo únicamente aquéllos en los que se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas. Finalmente, se detallan los perfiles que se construyeron con las variables que fueron significativas con el análisis discriminante.

Diferencias entre mujeres y hombres en antecedentes y factores de personalidad

Antecedentes en las mujeres. Tal como se puede observar en el cuadro 1, se encontraron tres diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres: en los factores información sexual ($\chi^2 = 3.12$; $p = 0.078$), temores asociados con la sexualidad ($\chi^2 = 5.60$; $p = 0.018$) y problemas conyugales ($\chi^2 = 17.88$; $p = 0.000$), en estos dos últimos casos atribuibles a las mujeres pertenecientes al grupo B, con alguna disfunción sexual.

Cuadro 1. *Antecedentes en los grupos de mujeres*

Experiencia sexual infantil traumática	Grupo A sin disfunción sexual	Grupo B con disfunción sexual	χ^2	p
Sí	15	25	3.12	0.078
No	85	75		
Información sexual				
Recibió	56	41	4.5	0.034*
No recibió	44	59		
Temores a la sexualidad				
Sí	12	25	5.6	0.018**
No	88	75		
Masturbación				
Practica	12	19	1.87	0.172
No practica	88	81		
Problemas conyugales				
Sí	15	42	17.88	0.000***
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.				

Nótese, para posteriores fines de análisis, que este grupo reportó menos experiencias traumáticas en la infancia, así como disposición de menor información sobre sexualidad; paradójicamente, este grupo fue el que reportó menos problemas conyugales.

Antecedentes en los hombres. En comparación con las mujeres, en los hombres únicamente se encontraron dos diferencias estadísticamente significativas (cuadro 2): en los factores experiencia sexual infantil traumática ($\chi^2 = 6.79$; $p = 0.009$) y problemas conyugales ($\chi^2 = 16.26$; $p = 0.026$), en ambos casos atribuibles a los hombres del grupo D, con alguna disfunción sexual. Nótese que ahora, en este grupo, y a diferencia del grupo de las mujeres, fueron precisamente quienes reportaron una disfunción sexual los que tuvieron una experiencia infantil traumática, a la vez que disponían de una mayor información en materia sexual. Empero, coinci-

dente con el grupo de mujeres, también en el de los hombres con alguna disfunción sexual se presentaron menos problemas conyugales.

Factores de personalidad en las mujeres. En la prueba de la t de Student, según se muestra en el cuadro 3, llaman la atención dos de las tres diferencias estadísticamente significativas: en sumisión ($t = -4.556$; $p = 0.000$) y autoestima ($t = 5.561$; $p = 0.000$), cuyas puntuaciones fueron más altas y más bajas, respectivamente, en el grupo B, de mujeres con alguna disfunción sexual. Asimismo, en sumisión la puntuación obtenida fue muy cercana al punto de corte (2.96 ± 5) reportado por Lara casi dos décadas atrás (Lara, 1993).

Cuadro 2. *Antecedentes en los grupos de hombres*

Experiencia sexual infantil traumática	Grupo C sin disfunción sexual	Grupo D con disfunción sexual	x2	p
Sí	3	13	6.79	0.009***
No	97	87		
Información sexual				
Recibió	72	68	0.38	0.538
No recibió	28	32		
Temores a la sexualidad				
Sí	18	29	3.36	0.067
No	82	71		
Masturbación				
Practica	74	84	3.01	0.083
No practica	26	16		
Problemas conyugales				
Sí	11	35	16.26	0.000***
	89	65		
* $p \leq 0.01$; ** $p \leq 0.001$.				

Factores de personalidad en los hombres. En los hombres se encontraron cuatro diferencias estadísticamente significativas: dos relacionadas con el binomio masculinidad ($t = 3.459$; $p = 0.001$) y feminidad ($t = 3.193$; $p = 0.002$), así como en las variables sumisión ($t = -2.568$; $p = 0.001$) y autoestima ($t = 4.824$; $p = 0.000$). Aun cuando en estas dos últimas las puntuaciones promedio fueron más bajas en sumisión y más altas en autoestima, es interesante hacer notar que entre los grupos C y D las diferencias fueron más acusadas en sumisión que en autoestima, en ambos casos siendo atribuibles a los hombres del grupo con alguna disfunción sexual (cuadro 4).

Cuadro 3. Descripción de los factores de la personalidad en los grupos de mujeres

Factores de personalidad	Punto de corte	Grupo A sin disfunción sexual	Grupo B con disfunción sexual	t	p
	X DE	X DE	X DE		
Masculinidad	4.69 ± 0.97	4.22 ± 1.07	3.85 ± 1.04	2.523	0.012**
Femineidad	5.23 ± 1.02	5.05 ± 1.10	4.92 ± 1.14	0.843	0.4
Machismo	3.05 ± 0.86	2.55 ± 0.80	2.76 ± 0.92	-1.725	0.086
Sumisión	2.96 ± 0.73	2.44 ± 0.69	2.92 ± 0.78	-4.556	0.000***
Autoestima	17 ± 5	18.76 ± 4.8	14.63 ± 5.6	5.561	0.000***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

Cuadro 4. Descripción de los factores de la personalidad en los grupos de hombres

Factores de personalidad	Punto de corte	Grupo C sin disfunción sexual	Grupo D con disfunción sexual	t	p
	X DE	X DE	X DE		
Masculinidad	4.74 ± 0.96	4.98 ± 0.81	4.51 ± 1.08	3.459	0.001**
Feminidad	4.74 ± 1.13	5.18 ± 0.87	4.75 ± 1.03	3.193	0.002**
Machismo	3.25 ± 0.88	3.11 ± 0.96	3.10 ± 0.98	0.093	0.926
Sumisión	2.79 ± 0.72	2.38 ± 0.73	2.66 ± 0.78	-2.568	0.001**
Autoestima	17 ± 5	20.33 ± 3.51	17.33 ± 5.1	4.824	0.000***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

Correlación entre las disfunciones sexuales y los factores psicológicos

Antecedentes sexuales en mujeres: en cuanto a las relaciones de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y los antecedentes sexuales en que se había encontrado una significancia estadística con la prueba de la χ^2 , para su análisis se procedió a utilizar la prueba V de Cramer. Se encontró que en el deseo sexual hipoactivo y la experiencia sexual infantil traumática había una relación débil aunque significativa ($V = 0.190$; $p \leq 0.01$), así como con temores a la sexualidad ($V = 0.234$; $p \leq 0.01$) y con problemas conyugales ($V = 0.344$; $p \leq 0.001$), que fue la relación más fuerte en términos de significancia estadística. En cuanto al trastorno de la excitación se encontraron dos relaciones, con temores a la sexualidad ($V = 0.221$; $p \leq 0.01$) y con problemas conyugales ($V = 0.435$; $p \leq 0.001$). Para el trastorno del

orgasmo las relaciones observadas fueron con información sexual ($V = 0.163$; $p \leq 0.05$), temores a la sexualidad ($V = 0.227$; $p \leq 0.01$) y problemas conyugales ($V = 0.367$; $p \leq 0.001$). Dispareunia se relacionó con temores a la sexualidad ($V = 0.181$; $p \leq 0.05$) y con problemas conyugales ($V = 0.342$; $p \leq 0.001$). Finalmente, vaginismo hizo lo propio con información sexual ($V = 0.210$; $p \leq 0.05$), temores a la sexualidad ($V = 0.298$; $p \leq 0.01$) y problemas conyugales ($V = 0.196$; $p \leq 0.05$).

Cuadro 5. *Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales femeninas*

Antecedentes sexuales	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo	Dispareunia	Vaginismo
Experiencia sexual infantil traumática	0.190**				0.210*
Información sexual			0.163*		
Temores a la sexualidad	0.234**	0.221**	0.227**	0.181*	0.298**
Masturbación					
Problemas conyugales	0.344***	0.435***	0.367***	0.342***	0.196*
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.					

Antecedentes sexuales en hombres: en primer término se encontró que en deseo sexual hipoactivo y masturbación había una relación que, aunque significativa, fue débil ($V = 0.155$; $p \leq 0.05$), así como con problemas conyugales ($V = 0.267$; $p \leq 0.01$), que fue la más fuerte de las dos. En cuanto al trastorno de la erección, se relacionó con experiencia sexual infantil traumática ($V = 0.215$; $p \leq 0.01$), temores a la sexualidad ($V = 0.237$; $p \leq 0.01$) y problemas conyugales ($V = 0.251$; $p \leq 0.01$). El trastorno del orgasmo también se relacionó con los factores experiencia sexual infantil traumática ($V = 0.333$; $p \leq 0.001$), masturbación ($V = 0.209$; $p \leq 0.05$) y problemas conyugales ($V = 0.435$; $p \leq 0.001$). Eyacuación precoz y experiencia sexual infantil traumática obtuvieron una relación positiva ($V = 0.216$; $p \leq 0.01$), así como de la primera con problemas conyugales ($V = 0.313$; $p \leq 0.001$).

Factores psicológicos en mujeres: en estos resultados, para los cuales se utilizó la correlación producto-momento de Pearson (r), se obtuvieron correlaciones significativas tanto positivas como negativas. Se encontró una relación positiva entre las mujeres con deseo sexual hipoactivo y las características de sumisión ($r = 0.321$; $p \leq 0.001$), así como negativas con masculinidad ($r = -0.171$; $p \leq 0.05$) y autoestima

Cuadro 6. *Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales masculinas*

Antecedentes sexuales	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la erección	Trastorno del orgasmo	Eyacuación precoz
Experiencia sexual infantil traumática		0.215**	0.333***	0.216**
Información sexual				
Temores a la sexualidad		0.237**		
Masturbación	0.155*		0.209*	
Problemas conyugales	0.267**	0.251**	0.435***	0.313***
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.				

($r = -0.439$; $p \leq 0.001$), en el sentido de que al incrementarse las características de sumisión, decrecieron las de masculinidad y autoestima. En cuanto al trastorno de la excitación, se observa una doble relación positiva con machismo ($r = 0.318$; $p \leq 0.001$) y con sumisión ($r = 0.327$; $p \leq 0.001$), pero negativa con los niveles de autoestima ($r = -0.411$; $p \leq 0.001$), es decir que se incrementan las características de las primeras, pero decrecen las de autoestima.

En trastorno del orgasmo se encontró una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.275$; $p \leq 0.01$) y negativa con las de masculinidad ($r = -0.264$; $p \leq 0.01$) y los niveles de autoestima ($r = -0.403$; $p \leq 0.001$), lo que significa que se incrementan las características de sumisión y decrecen las de masculinidad y autoestima. Por lo que hace a la dispareunia, se encontró una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.342$; $p \leq 0.001$) y negativa tanto con las características de masculinidad ($r = -0.205$; $p \leq 0.05$) como con los niveles de autoestima ($r = -0.417$; $p \leq 0.001$), lo cual significa que se incrementan las características de sumisión y decrecen las de masculinidad y autoestima. En vaginismo se encontró una relación positiva con sumisión ($r = 0.330$; $p \leq 0.001$) y negativa con los niveles de autoestima ($r = -0.267$; $p \leq 0.01$), en el sentido de que se incrementan las características de sumisión y decrecen las de autoestima. En síntesis, es interesante hacer notar que en todas las disfunciones sexuales femeninas está presente la relación positiva con las características de sumisión y la opuesta con los niveles de autoestima.

Factores psicológicos en hombres: aquí se observa que en los hombres con deseo sexual hipoactivo hay una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.177$; $p \leq 0.01$) y negativas con las características de masculinidad ($r = -0.231$;

Cuadro 7. *Correlaciones entre los factores de personalidad y cada una de las disfunciones sexuales femeninas*

Factores de personalidad	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo	Dispareunia	Vaginismo
Masculinidad	-0.171*		-0.264**	-0.205*	
Feminidad					
Machismo		0.318***			
Sumisión	0.321***	0.327***	0.275**	0.342***	0.330***
Autoestima	-0.439***	-0.411***	-0.403***	-0.417***	-0.267**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

$p \leq 0.01$), de feminidad ($r = -0.25$; $p \leq 0.01$) y con los niveles de autoestima ($r = -0.361$; $p \leq 0.001$); luego entonces, se incrementan las características de sumisión y decrecen las tres últimas. En el trastorno de la erección se encontró una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.198$; $p \leq 0.05$) y negativas con las características de masculinidad ($r = -0.221$; $p \leq 0.05$), de feminidad ($r = -0.183$; $p \leq 0.05$) y los niveles de autoestima ($r = -0.363$; $p \leq 0.001$), en el mismo sentido que el trastorno anterior.

En el caso del trastorno del orgasmo se encontró una relación negativa con las características de feminidad ($r = -0.235$; $p \leq 0.05$) y con los niveles de autoestima ($r = -0.369$; $p \leq 0.001$), lo cual sugiere que decrecen las características de feminidad y autoestima. En eyaculación precoz se observó una relación negativa con las características de masculinidad ($r = -0.312$; $p \leq 0.001$), de feminidad ($r = -0.261$; $p \leq 0.01$) y con los niveles de autoestima ($r = -0.391$; $p \leq 0.001$), lo que significa que decrecen las características de los tres factores.

Después de realizar los análisis correspondientes se encontraron relaciones significativas con algunos de los indicadores estudiados y con diferente combinación en cada disfunción sexual, lo que permitió la construcción de los perfiles finales

Cuadro 8. *Correlaciones entre los factores de personalidad y cada una de las disfunciones sexuales masculinas*

Factores de la personalidad	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la erección	Trastorno del orgasmo	Eyaculación precoz
Masculinidad	-0.231**	-0.221*		-0.312***
Femineidad	-0.257**	-0.183*	-0.235*	-0.261**
Machismo				
Sumisión	0.177*	0.198*		
Autoestima	-0.361***	-0.363***	-0.369***	-0.391***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

que se describen gráficamente en las (figuras 1 a 9). Allí se describen los factores intervinientes más importantes para los principales trastornos sexuales, tanto en la muestra de mujeres como en la de hombres:

Figura 1. Factores intervinientes en el deseo sexual hipoactivo en mujeres (correctamente clasificada el 75% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

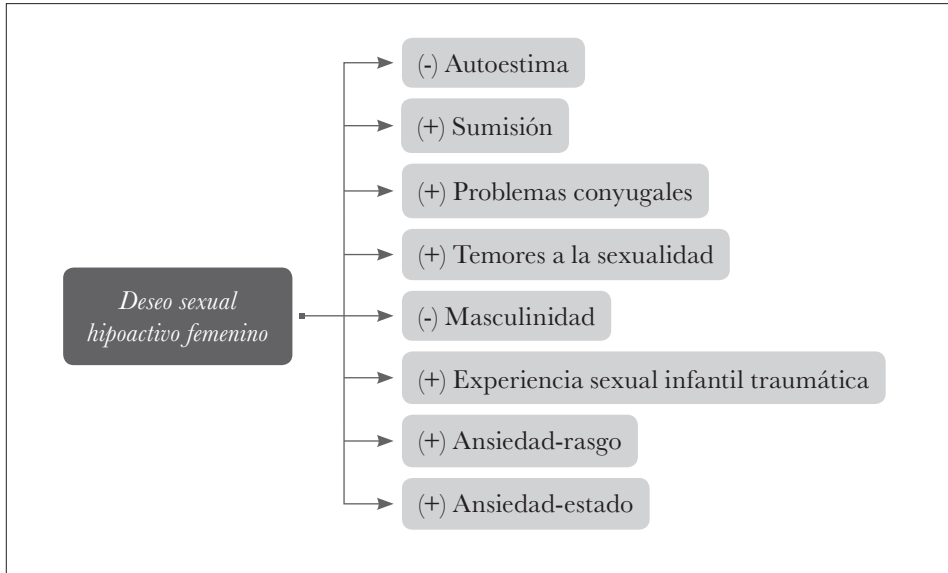


Figura 2. Factores intervinientes en el trastorno de la excitación en mujeres (correctamente clasificada el 82.9% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

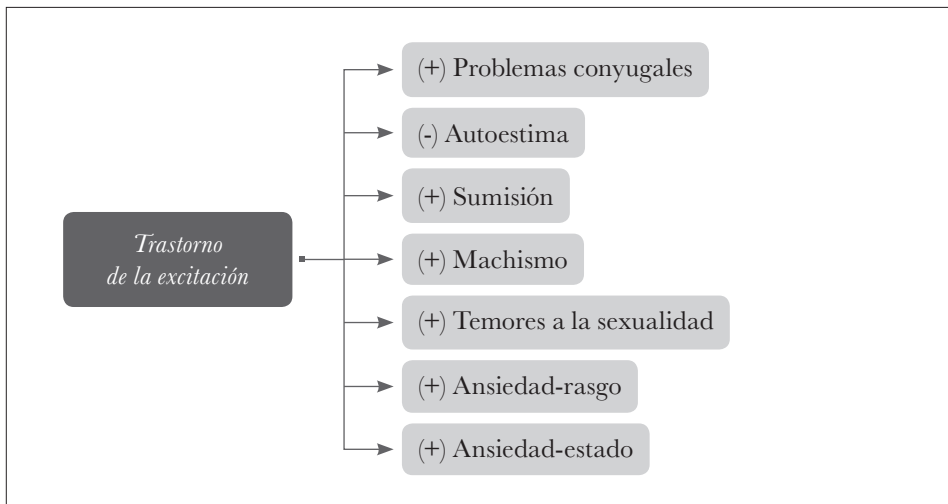


Figura 3. Factores intervinientes en el trastorno del orgasmo en mujeres (correctamente clasificada el 71.7% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

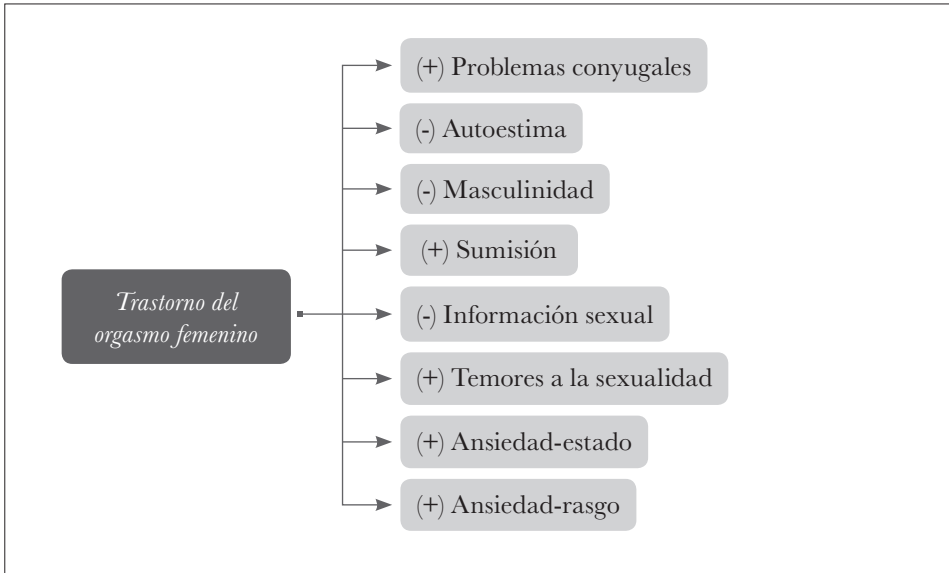


Figura 4. Factores intervinientes en la dispareunia (correctamente clasificada el 75.9% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

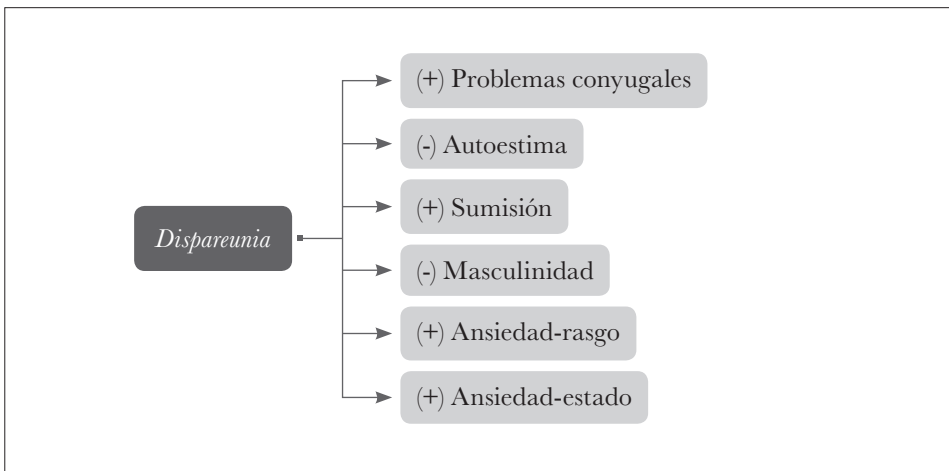


Figura 5. Factores intervinientes en vaginismo (correctamente clasificada el 84.1% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

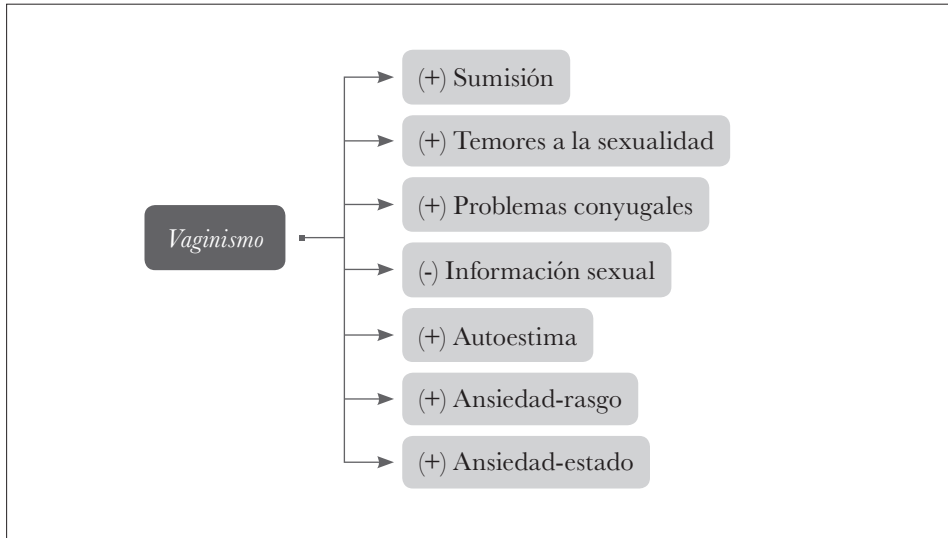


Figura 6. Factores intervinientes en deseo sexual hipoactivo en hombres (correctamente clasificada el 68.6% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

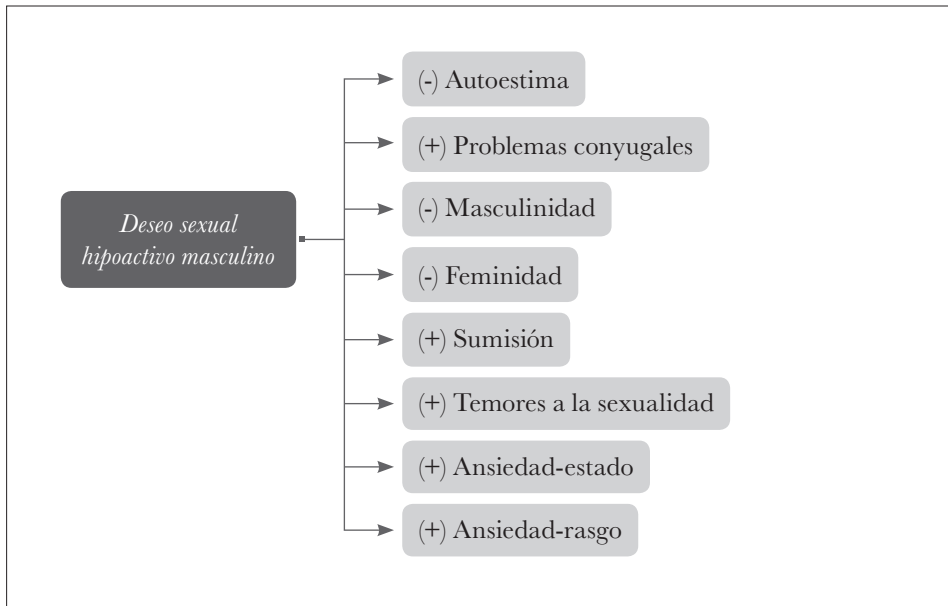


Figura 7. Factores intervinientes en el trastorno de la erección en hombres (correctamente clasificada el 66.7% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

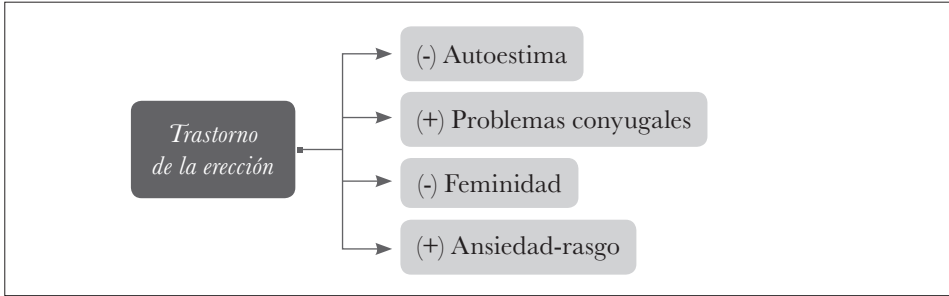


Figura 8. Factores intervinientes en el trastorno del orgasmo en hombres (correctamente clasificada el 83.1% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

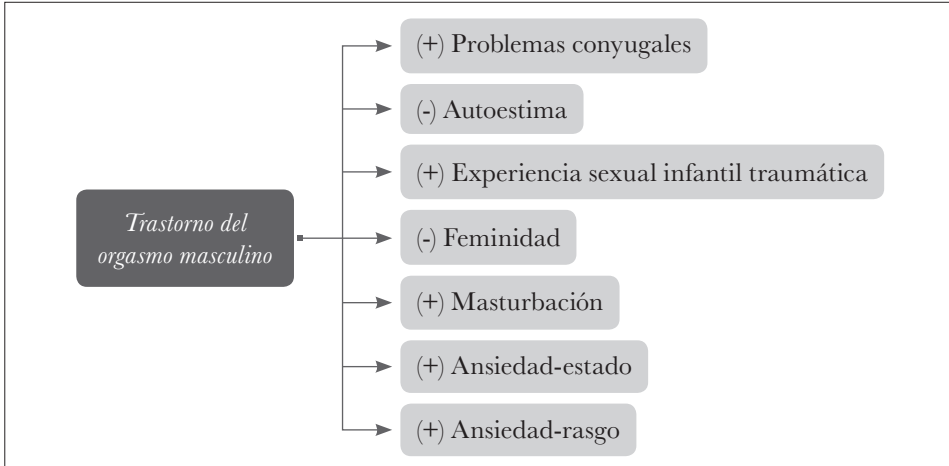
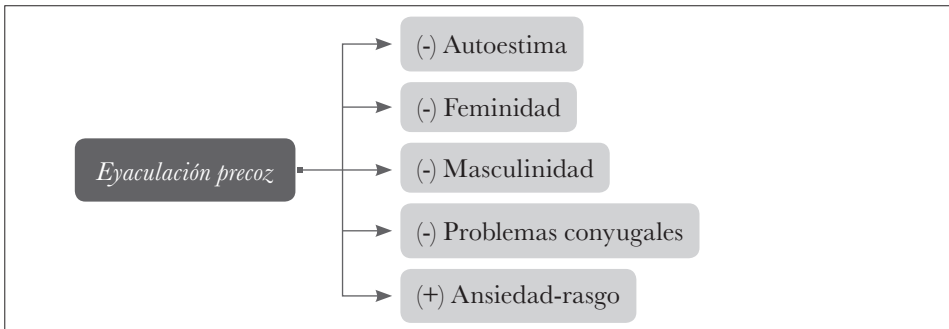


Figura 9. Factores intervinientes en la eyaculación precoz (correctamente clasificada el 69.4% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)



Como se puede observar, hay indicadores que se presentan en todas las disfunciones sexuales, tanto en las femeninas como en las masculinas, que corresponden a la autoestima disminuida y a la presencia de problemas conyugales. De los demás factores, sólo la tendencia a la sumisión está presente en la mayoría, lo que nos da la especificidad y la direccionalidad esperada. Cabe señalar, asimismo, que hay algunos factores que sólo se relacionaron con dos disfunciones sexuales, como la experiencia sexual infantil traumática, que únicamente se asoció con el deseo sexual hipoactivo en las mujeres y con el trastorno del orgasmo en los hombres.¹

En cuanto al papel de género se observa una constante, en el sentido de que tanto la masculinidad como la feminidad se relacionaron negativamente con algunas disfunciones sexuales. Respecto de los polos patológicos que tienen que ver con la personalidad, es importante hacer notar que en los casos de la sumisión y la autoestima, el primero se relacionó siempre y de manera positiva con diferentes disfunciones sexuales en ambos grupos, aunque destacando que la autoestima lo hizo en un sentido opuesto con casi todas las disfunciones.

Estos indicadores ofrecen información puntual que nos permite sugerir una aproximación explicativa, de manera que el objetivo principal que debe perseguirse en estudios posteriores es el de generar estrategias de intervención con una mayor especificidad y basados en los resultados de la investigación clínica.

Resultados fase 2: análisis cualitativo

La interpretación cualitativa se realizó mediante el análisis de contenido, que es un enfoque convencional que prepara los datos cualitativos para un examen en términos de códigos y conteos de frecuencias. Es una manera de analizar la conducta de las personas a través de los mensajes que producen, con el material que proporcionaron las participantes y que fueron obtenidos por medio de las entrevistas a profundidad semiestructuradas. El análisis de contenido es uno de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos; busca examinar mensajes, identificar rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos; la interpretación de los datos se realiza mediante la codificación, pues a través de ésta se detectan y se señalan los elementos relevantes del discurso verbal y no verbal, que es posible agrupar en distintas categorías. Constituye, pues, un procedimiento general por excelencia del análisis cualitativo (Álvarez-Gayou, 2003).

¹ Al respecto valdría la pena realizar una investigación con esa variable, pues el abuso sexual al menor tiene muchas vertientes y puede ser de grave a muy grave dependiendo de las circunstancias que están ligadas al problema, como la complicidad familiar o violencia añadida, fundamentalmente.

La estrategia metodológica del análisis de contenido requirió que los datos fueran examinados en tres fases: 1) se elaboró un sistema de categorización para la construcción de un texto de campo de donde surgieron las unidades de registro; 2) se preparó una categorización de las unidades de registro, de donde se generaron las distintas categorías y subcategorías, y 3) se elaboró una codificación especial para cada uno de los factores.

El sistema de categorización y su código correspondiente fue resultado de los objetivos planteados, basados en el marco teórico que sustenta este trabajo y que respetó en todo momento las dos normas básicas mencionadas por Ruíz-Olabuénaga (1996), que se refieren, primero, a que la codificación empieza siempre con un sistema abierto de categorías para acabar con un sistema cerrado de las mismas, y segundo, a que, a partir del texto de campo se elabora otro texto con base en las categorías y la codificación de su contenido.

Participantes

Fueron entrevistadas tres mujeres, una de las cuales no presentó ninguna disfunción sexual, una tuvo dispareunia y la última vaginismo. La elección de la participante sin disfunción sexual tuvo el propósito de diferenciar cuáles serían los indicadores que no compartían y que pudieran impactar el ejercicio de la sexualidad. Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada y focalizada, elaborándose una guía temática basada en los objetivos específicos para la exploración de su sexualidad. La primera participante, Alfa, de 32 años de edad, con cinco años de casada y una escolaridad de nivel medio (secundaria), ingresó al Inper por embarazo, después de realizada la historia clínica en el Servicio de Psicología de la institución, de donde se desprendió que no presentaba ningún tipo de disfunción sexual. La segunda participante, Beta, de 36 años, tenía seis años de casada, y una escolaridad de nivel medio superior (preparatoria), quien acudió al Inper por no haber logrado embarazarse; fue remitida al Servicio de Psicología por referir problemas sexuales, por lo que al realizar su historia clínica se le diagnosticó vaginismo. La tercera participante, Gama, de 33 años de edad, vivía en unión libre, tenía problemas de separación y contaba con estudios de nivel universitario; acudió al Inper por esterilidad primaria y la remitieron al Servicio de Psicología por referir problemas de pareja asociados con otros de índole sexual; al realizar su historia clínica se le diagnosticó dispareunia y problemas conyugales.

Plan del análisis de la información

Atendiendo las sugerencias de Souza-Minayo (1995), el proceso que se siguió para el análisis y la posterior interpretación de la información recabada constó de tres pasos: 1) evidenciar las conexiones del binomio sin disfunción sexual/

con disfunción sexual, como resultado de condiciones pasadas y actuales, tanto internas como externas, en relación con el fenómeno; 2) encontrar en la anécdota estas conexiones, para elaborar las categorías que mostraran las relaciones esenciales de cada objetivo específico, y 3) finalmente, ubicar las conexiones esenciales con el objeto de estudio.

Obtención de datos

La sistematización de los datos se efectuó dividiendo las unidades de análisis por cada participante y las partes de los relatos más significativos de cada objetivo específico, con sus respectivas categorías, utilizando el proceso inductivo —partiendo de lo particular a lo general, según los requerimientos metodológicos. El proceso implicó el cumplimiento de cuatro tareas:

1. *Conceptualizar*, donde se ordenaron los datos por ideas y/o pensamientos, que fueron categorizados por unidades de análisis.
2. *Categorizar*, donde se reunieron ideas y/o pensamientos en grupos que las contenían, esquematizándose las unidades de análisis, creando un nombre para la categoría y la subcategoría con base en un criterio unificador y elaborando un mapa conceptual.
3. *Organizar*, donde se visualizó la forma como se estructuraba un todo, para conocer la organización lógica de las categorías.
4. *Estructurar*, donde se distribuyeron y ordenaron las partes en un todo, elaborándose un esquema en el que se incluyeron las categorías organizadas, considerando el número total de unidades de análisis, las frecuencias y los participantes que las aportaron.

Resultados de las categorías a partir de las unidades de análisis

En esta parte se expone el número de unidades de análisis, respetando las ideas que las participantes vertieron en cada objetivo, y descubriendo y nombrando las categorías y las subcategorías, para la construcción del texto de campo, detectadas a partir de éstas.

Organización de las categorías y las subcategorías asociadas con cada disfunción sexual y con la sexualidad normal

Lo anterior nos permitió conceptualizar el fenómeno en estudio, que en este caso correspondió al conjunto de factores relacionados con la presencia o no

Primer objetivo: identificar factores actuales que influyen en la presencia de disfunciones sexuales

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Imagen corporal y relación con el cuerpo	Autocuidado.	Rigidez.	Autocuidado, violencia al propio cuerpo, reconciliación con el cuerpo.
Relaciones sexuales	Comunicación sexual, expresión del deseo a la pareja, conducta sexual activa, identificación de necesidades.	Rigidez, frustración sexual.	Frustración sexual, sensación de incapacidad de regulación en su vida sexual, devaluación.
Temores a la sexualidad			Ante el deseo sexual, a la autoexploración.
Vida afectiva			Carencias afectivas; fragilidad, vulnerabilidad; inseguridad con su cuerpo; sentimiento de devastación.
Concepto de sí misma	Activa, autoafirmada; búsqueda de alternativas para la solución de problemas.		Devaluación, sensación de desventaja, sentimientos de inutilidad, fragilidad.
Relación de pareja	Comunicación marital eficaz	Pobreza en la comunicación; frustración, enojo, angustia; problemas reactivos a la frustración sexual.	Confusión, angustia, miedo al abandono por la propia incapacidad sexual, sometimiento.
Calidad en la vida sexual	Búsqueda de satisfactores sexuales.	Pobreza sexual.	Pobreza sexual, vergüenza sexual.

de disfunciones sexuales. Esta primera sistematización se realizó dividiendo las unidades de análisis en dos grupos de categorías y subcategorías; en el primero se incluyeron las categorías y las subcategorías de las dos participantes que presentaron disfunción sexual, mientras que en el segundo se contemplaron los de la participante que no presentó disfunción sexual (con la cual se invirtió la pregunta en el primer objetivo).

En relación con el primer objetivo, se describen para las participantes cómo se organizaron los factores asociados con su sexualidad normal.

Organización de los factores asociados con la sexualidad normal

Participante Alfa

1. *Imagen corporal y relación con el cuerpo*: autocuidado.
2. *Relaciones sexuales*: comunicación marital sexual; se detecta la importancia del bienestar sexual de los dos, la preocupación por enriquecer la vida sexual y evitar la frustración sexual a través de la comunicación, el reconocimiento y la expresión de las necesidades sexuales; hay deseos de complacer al otro y variantes sexuales para enriquecer la vida sexual.
3. *Problemas de pareja*: funcionalidad marital; manifestación de la importancia de la pareja en la vida personal, sus problemas, sus necesidades y sus preocupaciones; reconocimiento de un malestar ante situaciones difíciles y ubicación de los problemas.
4. *Actitud ante la sexualidad*: hay una mayor búsqueda de explicaciones que dan un mejor conocimiento de la sexualidad y de la vida en pareja; se detectan conductas instrumentales y se identifica la búsqueda de alternativas; hay apertura en la comunicación con la madre, ella como educadora de la madre, y búsqueda de información de las vivencias de la madre.
5. *Calidad en la vida sexual*: se encuentra una mayor riqueza en la vida sexual, con búsqueda de opciones para evitar la frustración.

Participantes Beta y Gama

1. *Imagen corporal y relación con el cuerpo*: presencia de violencia, desconocimiento, borramiento, hostilidad, falta de autocuidado; negación hacia el propio cuerpo, miedo ante el deseo sexual y vergüenza del cuerpo, lo que impide un adecuado desarrollo de la sexualidad, con la imposibilidad de tener un conocimiento y un dominio del propio cuerpo, por lo que la capacidad de desarrollar el placer es limitado; esto se manifiesta en dos disfunciones relacionadas con

el dolor, (vaginismo y dispareunia) donde hay deseo, pero éste desaparece por la rigidez ante la penetración. En el vaginismo hay negación y rigidez, lo que finalmente impide el coito, a diferencia de lo encontrado en la dispareunia, donde hay una mayor presencia del cuerpo pero con automaltrato, falta de autocuidado, sentimientos de hostilidad hacia la pareja y una imagen negativa del propio cuerpo.

2. *Relaciones sexuales*: incapacidad de regulación sexual; se detectaron límites difusos ante el manejo de la sexualidad, que tienen como consecuencia la polarización, la rigidez ante el desempeño sexual o la hipersexualidad en la búsqueda de satisfacción sexual, con fracasos repetidos, lo que lleva nuevamente a la rigidez, con incapacidad de sostener el placer hasta llegar a una resolución; en conjunto, favorece la insatisfacción y una sensación subjetiva de plenitud, de forma que el deseo y el placer iniciales se transforman en dolor, lo que deriva en enojo y frustración.
3. *Temores a la sexualidad*: se distinguen varios tipos de temores: miedo al fracaso, a la pérdida de control, a las sensaciones de deseo sexual, al desempeño sexual (por sentirse incapaz o en desventaja al tener una disfunción sexual); hay temores infantiles que se actualizan frente a la relación sexual, por considerar el placer como algo prohibido.
4. *Vida afectiva*: se detectan problemas de devaluación, tristeza y angustia; prevalece una autoimagen deteriorada y en desventaja frente a otras mujeres, con un pobre juicio de sí misma por la incapacidad sexual; búsqueda constante de aprobación, refugio en la fantasía, inseguridad ante el desempeño sexual y frente a la relación de pareja; miedo a la soledad, al abandono por sentirse incapaz de complacer plenamente al otro.
5. *Concepto de sí misma*: se relaciona fundamentalmente con su incapacidad sexual, que es asociada con sentimientos de devaluación y desventaja, lo que influye en su interacción con los demás.
6. *Problemas de pareja*: aquí se detecta miedo al abandono de la pareja por la propia incapacidad sexual, lo que provoca una sensación de desventaja que se compensa con el sometimiento hacia el otro para controlar la angustia de separación; esto trae consigo sentimientos de ambivalencia, provocando enojo, agresión pasiva, frustración y depresión; también hay pobreza en la comunicación por miedo a exponer los sentimientos y las necesidades; confusión entre demandas reales actuales y demandas infantiles, lo que repercute en un “borramiento” del otro y de sus necesidades; además, se detecta confusión en la ubicación de los conflictos (diferenciación de objeto), pérdida de control de impulsos, hostilidad hacia la pareja y sobreinterpretación de la conducta que percibe en torno de su incapacidad sexual.
7. *Actitud ante la sexualidad*: en esta categoría encontramos fundamentalmente ambivalencia, culpa sexual y angustia ante los propios deseos de placer por sentirse

incapaz de manejar la interacción con la pareja, con una sensación de pecado, incomodidad y miedo a la crítica.

8. *Calidad en la vida sexual*: pobreza en la vida sexual y falta de información, lo que da como resultado fracasos en el ejercicio de la vida sexual, fracasos que se presentan de manera persistente; esto empobrece la intimidad, convirtiéndola en monótona y frustrante, lo que provoca vergüenza por la propia incapacidad sexual.

Segundo objetivo: identificar factores que hayan influido en el desarrollo insatisfactorio de la sexualidad
Segundo objetivo: identificar factores que hayan influido en el desarrollo insatisfactorio de la sexualidad

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Relación con su cuerpo durante el desarrollo.		Anulación y vergüenza del cuerpo y de los genitales, desconocimiento del cuerpo.	Hostilidad al cuerpo, borramiento del cuerpo, episodios de anorexia, maltrato y miedo de su cuerpo.
Inicio de vida sexual.	Problemas sexuales, frustración sexual.	Problemas y frustración sexual, prohibiciones, evitación del placer, anulación del deseo.	Sexo satanizado, evitación del placer, prohibiciones, anulación del deseo, confusión de la identidad.
Concepto de sí misma durante el desarrollo.	Asertividad, reconocimiento de sus necesidades.	Inseguridad, aislamiento, encierro.	Sensación de fealdad, devaluación, inseguridad, búsqueda constante de aprobación.
Temores a la sexualidad durante el desarrollo.	Ante los cambios de su cuerpo.	Temor ante el deseo sexual, miedo a defraudar a los demás.	
Relación con el hombre.		Pobreza en las relaciones.	Pobreza en las relaciones, miedo al fracaso en la relación con el hombre; imagen del hombre: abusivo, poderoso.
Erotización temprana.			Abuso sexual, doble moral del adulto, prohibición sexual vs. erotización de los vínculos familiares.

Factores que influyeron en el desarrollo y que predisponen su vida sexual actual

Participante Alfa

1. *Relación con su cuerpo durante el desarrollo:* autocuidado del cuerpo; hay conciencia de la importancia y la necesidad de cuidar el cuerpo, lo que habla de una adecuada autoestima y una preocupación por la búsqueda de información sexual.
2. *Inicio de la vida sexual:* fracasos en las primeras incursiones de la práctica sexual, pero con una búsqueda de soluciones para evitar la frustración; características del papel de género que tienen que ver con la acción ante la frustración: búsqueda de alternativas, asertividad, con cambios en el estilo de comportamiento después de los fracasos; identificación de los problemas y búsqueda de soluciones, lo que se refleja en la vida sexual y de pareja.
3. *Relación con el hombre:* se observa mayor interacción en las relaciones con los hombres y búsqueda de opciones para la solución de problemas.

Participantes Beta y Gama

1. *Relación con su cuerpo durante el desarrollo:* pobre aceptación de su feminidad; confusión entre el rechazo a la actitud sumisa de la madre y el rechazo a la actitud agresiva e impositiva del padre, tomando elementos de los dos y escondiéndose tras la anulación de su feminidad, por medio de mostrarse fea, con conductas autolesivas como trastornos de la alimentación (crisis de anorexia), anulación de toda posibilidad de vivencias placenteras, y actitudes agresivas hacia los demás (huraña, arisca y aislada, como una defensa para no socializar, pues la intimidad les provoca angustia). Hubo hostilidad y maltrato al cuerpo durante el desarrollo sexual, cuando el deseo se anuló para neutralizar la ambivalencia entre sentir placer y la prohibición; prevalecen fantasías de autodestrucción y pobre autocuidado.
2. *Inicio de la vida sexual:* pobreza en el desarrollo de la sexualidad; se observa una nula o inadecuada educación sexual; el sexo es satanizado, pues no hubo una adecuada enseñanza sobre los cambios que trae consigo el desarrollo sexual; manejo inadecuado del ámbito sexual debido a las prohibiciones y una atmósfera represiva y rígida.
3. *Concepto de sí misma durante el desarrollo:* el concepto de sí misma está ligado a las vivencias afectivas tempranas, las cuales se actualizan durante el desarrollo sexual, con sensación de fealdad y devaluación, además de que su autoestima depende de la aprobación de los demás.

Tercer objetivo: identificar elementos de la percepción del participante de la vida sexual de los padres y que pudieron influir en el desarrollo de la sexualidad

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Vida sexual de los padres	Madre utilizada, insatisfecha.	Padre frío y distante, sexualidad escondida.	Madre utilizada, insatisfecha, violentada.
Imagen materna	Madre sumisa, objeto sexual.		Madre sumisa, objeto sexual, débil, sin poder, temerosa, devaluada, resignada; falta de cuidado en la infancia.
Imagen paterna	Padre macho y poderoso.	Distante, frío e inalcanzable.	Padre macho y poderoso, con problemas psicológicos, irracional, odiado, abusivo, violento.
Percepción de los padres	Rígidos y sin expresiones de afecto entre sí; establecimiento de la comunicación con ellos, flexibilidad.	Rígidos y sin expresiones de afecto entre sí; pobreza en la comunicación.	Rígidos y sin expresiones de afecto entre sí.

4. *Temores a la sexualidad durante el desarrollo*: se presentan temores ante la aparición del deseo sexual; miedo a explorar y a mostrar su cuerpo, a los cambios y a la sexualización de su cuerpo durante el desarrollo.
5. *Relación con el hombre*: los hombres son satanizados; tiene miedo al hombre y a la interacción con él; evita todo tipo de relación con el sexo masculino.
6. *Erotización temprana*: se encuentran dos polos opuestos: entre la prohibición y la anulación de la sexualidad y la erotización de los vínculos familiares; también hay una doble moral familiar, que puede propiciar el abuso sexual y que se traduce en conductas rígidas y temerosas, o en hipersexualidad; se presenta sólo con la negación y anulación de la sexualidad, lo que genera rigidez.

Percepción de la vida sexual de los padres que impactaron el desarrollo de su propia sexualidad

Participante Alfa

1. *Vida afectiva de los padres:* percepción de una nula expresión de la afectividad entre ellos.
2. *Imagen materna:* la imagen materna es predominantemente de sumisión y debilidad, negada al placer, temerosa ante la autoridad del hombre, pero con una apertura hacia el diálogo sin ser mediado por el padre. La hija se convierte paulatinamente en educadora de la madre; hay comunicación sobre la vida sexual de ambas.
3. *Imagen paterna:* en la percepción del padre predomina la imagen de un padre poderoso y autoritario, sin apertura al diálogo.
4. *Percepción de los padres:* percibe estereotipos de género polarizados en las figuras paternas: madre sumisa, ignorante, objeto sexual; padre poderoso, inflexible.

Participantes Beta y Gama

1. *Vida afectiva de los padres:* percepción de una comunicación pobre, indiferencia y violencia, descuido de la familia, negación de la sexualidad, angustia e ignorancia ante los cambios de los hijos en el desarrollo, culpa sexual; el ambiente familiar se polariza entre la represión y la sexualidad agresiva; incoherencia en los mensajes y simulación ante los demás.
2. *Imagen materna:* la imagen materna es predominantemente sumisa y débil, proclive al maltrato, negada al placer, temerosa ante la autoridad del hombre y con poco cuidado hacia las necesidades y el cuidado de los hijos.
3. *Imagen paterna:* en la percepción del padre predomina la imagen de un padre frío, distante afectivamente, cuyos acercamientos están condicionados a la obediencia; hay violencia en varias modalidades, castigos y prohibiciones.
4. *Percepción de los padres:* se percibe como una relación asimétrica, insatisfactoria, sin expresiones afectivas.

Cuarto objetivo: Identificar factores que en el manejo sexual que le dio su familia, impactaron su vida sexual

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Vida afectiva		Niñez feliz, adolescencia infeliz.	Con represión, con soledad, con pobreza afectiva.
Esteretipos de género	Polarización en los papeles de género, hombre negativo, mujer ignorante.	Hombre libre y macho.	Hombre libre y macho, mujer sumisa y restringida.
Ambiente sexual en la familia	Pobre comunicación sexual.	Pobre comunicación sexual, represivo hacia la sexualidad femenina, permisivo en relación con la sexualidad masculina.	Pobre comunicación sexual, erotizado, violentado, simulado; abuso sexual, incoherencia.
Socialización		Pobre socialización, encierro.	Pobre socialización, encierro.
Actitud familiar frente a la sexualidad	Prohibiciones en lugar de educación.	Prohibiciones en lugar de educación, negación de la sexualidad.	
Educación sexual	Búsqueda de educación e información sexual; pobre, nula o irracional información sexual.	Pobre, nula o irracional información sexual.	Pobre, nula o irracional información sexual.

Factores que, por el manejo de la sexualidad en la familia, impactaron su vida sexual

Participante Alfa

1. *Esteretipos de género*: polarización en los papeles de género de las figuras paternas.
2. *Actitud familiar frente a la sexualidad*: prohibiciones en lugar de educación.
3. *Educación sexual*: la educación sexual familiar es pobre; hay iniciativa de búsqueda de educación sexual.

Participante Beta y Gama

1. *Vida afectiva*: carencias afectivas; el afecto está condicionado a la obediencia del padre; hay maltrato, indiferencia, descuido, pobre comunicación y pobre flujo de los afectos.
2. *Estereotipos de género*: polarización en los papeles de género de las figuras paternas. Madre: sumisa, restringida, maltratada, temerosa, utilizada como objeto sexual, encerrada, ignorante, con baja autoestima, débil. Padre: macho, irracional, libre, odiado, distante, frío, inalcanzable, abusivo, poderoso en el hogar, sumiso ante los demás.
3. *Ambiente sexual en la familia*: predominio de dos formas de manejo de la sexualidad; familia con una doble moral: vínculos erotizados con los hijos, por un lado, y actitudes y discurso represivo, por el otro; es una relación que se establece de manera cotidiana, en un ambiente represivo hacia las manifestaciones sexuales a partir de la adolescencia, que se traduce en una infancia feliz y una adolescencia infeliz.
4. *Socialización*: pobreza en el aprendizaje a través de la interacción social; anulación de los deseos.
5. *Actitud familiar frente a la sexualidad*: la angustia familiar ante los cambios en el desarrollo sexual de los hijos lleva a los padres a tener pocos recursos para dar una educación sexual adecuada; repertorio conductual muy limitado que se traduce en represión sexual, prohibiciones, sobreprotección y rechazo, y temor al qué dirán.
6. *Educación sexual*: no hay educación sexual; existe incoherencia entre las sensaciones propias y las actitudes de la familia. En estas actitudes hay una carga reprobatoria y satanizada hacia las expresiones, las necesidades y los cambios en la sexualidad.

Discusión

Los resultados presentados en las dos fases de esta investigación permitieron aislar algunos indicadores, así como incursionar en una aproximación exploratoria al objeto de estudio. De los factores relacionados y de las combinaciones encontradas hay que señalar que existen factores que están presentes en todas las disfunciones sexuales, como la baja autoestima y los problemas conyugales; sin embargo, hay otros que sólo se relacionaron con algunas disfunciones sexuales, lo que nos acerca a la especificidad buscada, en el entendido de que se consideran indicadores.

Ya autores como Masters, Johnson y Kolodny (1995), y Kaplan (1990), habían incursionado con éxito al identificar las causas que generan las disfunciones sexuales, para lo cual realizaron análisis de dos fuentes principales de causalidad:

las distales y las inmediatas, refiriendo que la psiquiatría antes sólo se ocupaba de las primeras, ignorando las barreras inmediatas. Posteriormente hubo un auge de las terapias sexuales que sólo se ocuparon de los problemas recientes, ignorando las causas distales. Por lo tanto, la propuesta de Kaplan se centró en conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas distales como recientes, por lo que la intervención debe tomar en cuenta ambos niveles. Este estudio y los resultados previamente descritos vienen a corroborar lo expuesto arriba, pues en el manejo de parejas con disfunciones sexuales fue posible identificar que cuando los miembros de dichas parejas, sea de manera individual o sea, en la construcción de la pareja tienen problemas, la terapia sexual no funciona; por eso se deben planear tratamientos combinados para que paralelamente a la terapia sexual tengan la atención psicoterapéutica adecuada.

Un elemento importante que se identificó aquí es la inseguridad, ligada con los temores, los cuales están presentes en las disfunciones sexuales femeninas —exceptuando la dispareunia—, a diferencia de su presencia en las disfunciones sexuales masculinas donde únicamente está presente en el deseo sexual hipoaactivo. También se coincide con los autores mencionados en que la falta de información sexual puede influir en el desempeño sexual de la pareja, factor que se relacionó con el trastorno orgásmico femenino y con vaginismo, al contrario de los hombres, en quienes no se relacionó con ninguna disfunción sexual. Llama la atención, en el trastorno orgásmico masculino, la relación positiva con el ejercicio de la masturbación, cuya interpretación nos permite inferir que esta práctica no es de calidad, ni favorece la exploración y el conocimiento del propio cuerpo; antes bien es una práctica precipitada que cumple con la función de cubrir una necesidad cargada de emociones que pueden ser desagradables, como ansiedad o culpa, lo cual condiciona un ejercicio sexual de mala calidad.

De las causas remotas, Kaplan (1990) refería ya la importancia de resolver este tipo de conflictos, muchos de los cuales se deben a influencias culturales que predisponen el conflicto sexual, pues la sexualidad es confinada al terreno de la confusión y la represión, repitiéndose de generación en generación por la institución familiar, sin considerar que en el núcleo del conflicto está la contradicción entre los deseos sexuales y los temores al castigo divino, social o familiar. Justamente por eso los antiguos temores, adquiridos durante la infancia o la adolescencia, se reactivan ante cualquier expresión sexual en la edad adulta, pues la díada inmoralidad-sexualidad es algo profundamente arraigado en culturas como la nuestra, y al obstaculizar el deseo sexual éste se desplaza y se manifiesta en conductas destructivas o en ansiedad. Las experiencias infantiles son decisivas para un funcionamiento sexual adecuado en la edad adulta. El pobre desarrollo en la infancia de la capacidad para relacionarse con los demás, el miedo al rechazo, la desconfianza, la inseguridad y la baja autoestima, son todos elementos críticos que influyen e impactan la sexualidad adulta, pues la intimidad les resulta

amenazante. Otros sentimientos capaces de condicionar la respuesta sexual son la culpa y la depresión, aunque resulta difícil establecer si estos sentimientos estaban presentes antes de la disfunción sexual o fue ésta la que los provocó.

Otra aportación medular en este estudio es el reconocimiento de los vínculos entre las disfunciones sexuales y los problemas conyugales, lo cual se considera una aportación importante en la búsqueda de algunas etiologías de las dificultades sexuales. Estos problemas pueden manifestarse en distintos ámbitos de la relación afectando el ejercicio de la sexualidad; por eso debe darse un tratamiento integral para atender y resolver satisfactoriamente ambos, pues limitarse a ofrecer terapia sexual como una primera intervención eventualmente podría ser contraproducente. Sin embargo, hay que tener presente que no siempre los problemas conyugales se asocian con disfunciones sexuales.

Algunos sucesos que influyen enormemente la vida sexual de las personas tienen que ver con las experiencias infantiles sexuales traumáticas, pues, como describen Masters *et al.* (1995), las mismas desempeñan un papel importante en la causa de las disfunciones sexuales; sin embargo, en este estudio ese factor sólo se asoció con el deseo sexual hipoactivo en las mujeres y con el trastorno orgásmico en los hombres, aun cuando cabría la posibilidad de sugerir que el abuso sexual sí predispone, en algunos casos, el desarrollo de una disfunción sexual, debido a una carga emocional muy intensa que hay que explorar y abordar. Cabe señalar que de las disfunciones con más factores de riesgo asociados encontramos, tanto en las mujeres como en los hombres, el deseo sexual hipoactivo y el trastorno del orgasmo.

Conclusiones y recomendaciones

La finalidad de este estudio fue aportar elementos que en otros momentos y en otras circunstancias nos permitan una mayor especificidad en los planes de tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres y hombres que acuden al Inper. Como se mencionó antes, previamente al diseño de programas de intervención es requisito fundamental explorar a fondo y de manera sistemática qué factores de la vida más distal y mediata, o más cercana e inmediata, se constituyen en facilitadores de diferentes disfunciones sexuales.

Aquí, ampliando la experiencia que nuestro equipo de investigación ha venido acumulando con el paso de los años, fue posible dar cuenta de algunos de esos factores y de cómo influyen en la vida sexual de un grupo de mujeres y hombres que acuden al Inper. Los datos recabados, su análisis y su interpretación a la luz de dos recursos metodológicos alternativos, aunque complementarios, no hacen sino avalar el supuesto de que el diseño, instrumentación y evaluación de cualquier programa de intervención debe distinguirse por su especificidad (Sánchez, 2007). Esto último resulta entendible si se considera, por un lado, la alta prevalencia de disfunciones

sexuales en hombres y mujeres que acuden al Servicio de Psicología en el Inper, así como el hecho de que se trata de una problemática multifactorial y multideterminada: diversos factores que forman parte del mundo psicológico de la persona y que necesariamente influyen en la construcción de sus vínculos, sobre todo los que implican un mayor compromiso afectivo, o sea, los de pareja y de parentalidad.

Estos factores son producto no sólo de la vida actual, sino que se van incorporando a lo largo de la vida relacional y pasan a formar parte del aparato psicológico de la persona; destaca el modelo de relación establecido por los padres, que en muchos casos resulta insatisfactorio y limitante, sobre todo para el desarrollo sexual de la mujer. En esa misma dirección no se puede pasar por alto la actual crisis del tradicional modelo de pareja, que siendo justificado por su propia rigidez ofrece una realidad que se muestra fragmentada y llena de contradicciones. La mayor de ellas se nos presenta en un mundo sexualizado (producto de la globalización) y en una intimidad insatisfactoria, lo que lleva a reflexionar sobre si realmente hay un avance claro o se trata simplemente de una época de transición. Para obtener resultados favorables es necesario entender todos los elementos que están en juego, tomando como punto de partida, para los profesionales de la salud psicológica el mundo interno del individuo, la construcción de la pareja y los vínculos parentales.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003), *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*, México, Paidós Educador.
- American Psychiatric Association (2002), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, Madrid, Masson.
- Coopersmith, S. (1967), "A Method for Determining Types of Self-esteem", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, pp. 87-94.
- Kaplan, H. (1990), *La nueva terapia sexual*, México; Alianza Editorial.
- Lara, C. A. (1993), *Inventario de masculinidad y feminidad*, México, El Manual Moderno.
- Lara, C. A., M. A. Verduzco, M. Acevedo y J. Cortés (1993), "Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana", *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, pp. 247-255.
- Masters, H. W., E. V. Johnson y C. Kolodny (1995), *La sexualidad humana*, Barcelona, Grijalbo.
- Morales, F., D. Pimentel y C. Aranda (1998), "Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico", *Perinatología y Reproducción Humana*, 12, pp. 17-18.

-
- Pichón-Riviere, E. (1957), "Aplicaciones de la psicoterapia de grupo", *Revista de Psicoanálisis*, 13, pp. 367-371.
- Rubio, A. E. y M. J. Díaz (1994), "Las disfunciones sexuales", en Consejo Nacional de Población (ed.), *Antología de la sexualidad humana*, tomo 3, México, Miguel Ángel Porrúa, pp. 17-46.
- Ruíz-Olabuénaga, J. I. (1996), *Metodología de la investigación cualitativa*, España, Universidad de Deusto.
- Sánchez, C. (2007), "Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales", tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , M. J. Carreño y R. S. Martínez (2005), "Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México", *Salud Mental*, 28, pp. 74-80.
- Souza-Minayo, M. C. (1995), *Etapas del trabajo de campo. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires, Paidós.
- Souza, M., J. Cárdenas, M. C. Montero e I. Mendoza (1987), "Historia clínica de la sexualidad femenina", *Ginecología y Obstetricia de México*, 55, pp. 277-287.

SECCIÓN II

6. ADHESIÓN EN PERSONAS CON VIH-SIDA: ROL DE LA TOLERANCIA A LA AMBIGÜEDAD, LOS MOTIVOS Y EL DESEMPEÑO COMPETENCIAL

José Luis Ybarra Sagarduy
Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano
Universidad Autónoma de Tamaulipas

Ismael García-Cedillo
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de San Luis Potosí

Julio Alfonso Piña López
Programa de Salud Institucional
Universidad de Sonora

Epidemiología del VIH-sida en México

Según el Centro Nacional del SIDA (CENSIDA), hasta junio de 2012 se habían notificado 157 529 casos de sida a lo largo y ancho del país, estimándose que poco más de 179 mil personas podrían estar viviendo con el VIH o el sida (CENSIDA, 2012). Desde el inicio de la epidemia y hasta el día de hoy las principales entidades que concentran el mayor número de casos son el Distrito Federal y los estados de México, Veracruz, Jalisco y Puebla. Asimismo, la distribución de los casos de sida en función del género era en ese entonces de 129 366 hombres (82.1%) y 28 163 mujeres (17.9%), si bien hay que hacer notar que a partir de 2005 se viene observando un creciente número de casos en este último sector de la población. Por otro lado, la epidemia del sida en nuestro país por grupos de edad se concentra básicamente en aquellos cuyas edades oscilan entre 20 y 49 años, siendo más elevada la cantidad de casos en los subgrupos que van de 25 a 29 y de 30 a 34 años: 28 298 (18%) y 30 887 (19.6%) casos, respectivamente (CENSIDA, 2012). Finalmente, según el propio CENSIDA, hasta ese mismo año habían fallecido 88 893 personas diagnosticadas con sida, así como 18 de los casos registrados como seropositivos al VIH. En conjunto, representan 44.6% de los casos de VIH/sida debidamente registrados y notificados (cuadro 1).

Cuadro 1. *Defunciones por sida en México en el periodo 2000-2011*

Año	Número de defunciones	Tasa
2000	4 219	4.2
2001	4 324	4.2
2002	4 479	4.3
2003	4 615	4.4
2004	4 723	4.5
2005	4 654	4.5
2006	4 949	4.7
2007	5 099	4.8
2008	5 189	4.9
2009	4 987	4.6
2010	4 860	4.5
2011	4 727	4.3
Por cada 100 mil habitantes.		
Fuente: 2000-2010 (INEGI, 2011): información preliminar del SEED/DEG/SS.		

Lo que resulta particularmente interesante, dados los propósitos que se persiguen en este trabajo, es la cantidad de defunciones que se han registrado en el país desde principios de la pasada década, en particular si se tiene en cuenta que desde el año 2000 ya se disponía, en buena parte de las instituciones de salud, de los medicamentos antirretrovirales (Calva y Vargas, 2009). Tal como se puede observar en este cuadro, salvo ligeros repuntes en la cantidad de defunciones acaecidas entre 2006 y 2010, las variaciones en sus correspondientes tasas son mínimas.

El problema de la adhesión a los tratamientos

El de adhesión a los tratamientos en personas con VIH o sida (PCVS) se ha venido a constituir en un serio problema para las autoridades sanitarias de todos los niveles que, sin embargo, adquiere todavía mayor relevancia en países cuyas instituciones de salud se caracterizan por no contar con los recursos humanos y/o económicos que garanticen el cabal cumplimiento de distintas acciones, que para fines ilustrativos resumimos en tres:

1. Brindar una atención expedita, oportuna y de calidad tanto a las PCVS como a sus familiares cercanos (UNAIDS, 2010).
2. Proveer a las primeras de los medicamentos antirretrovirales u otros que sean

necesarios, según lo requiera cada caso y de acuerdo con los estándares actualmente aceptados en el nivel internacional (Baveewo, Ssali, Karamagi, Hahn, Ekoru, Mugenyi *et al.*, 2011).

3. Proporcionar una atención integral en la que se considere la participación decisiva del conjunto de profesionales de la salud, es decir, una que inscribiríamos en el ámbito del quehacer interdisciplinario (Hosseinipour y Schechter, 2010; Wools-Kaloustian y Kimaiyo, 2006).

Sostenemos aquí la tesis de que, para la debida consecución de esas acciones, es requisito indispensable que las instituciones de salud incorporen, como uno de sus componentes medulares, programas de investigación, a partir de los cuales los profesionales de la psicología, por ejemplo, provean a las autoridades del sector con información confiable y válida sobre las variables psicológicas que facilitan o dificultan la práctica de las conductas de adhesión en las PCVS expuestas a los diferentes regímenes de tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV). Se trata de que esa información se traduzca en propuestas viables de intervención, que sirvan para los propósitos de promover el ajuste psicológico y social a las nuevas demandas que derivan de la enfermedad y del tratamiento, en especial aquellas que se relacionan expresamente con la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión (Calmy, Pizziccolo, Pizarro, Brücker, Murphy y Katlama, 2008; Sánchez-Sosa, 2002; Simoni, Amico, Smith y Nelson, 2010).

Ciertamente, hoy día se podría afirmar que se dispone de un importante bagaje de información en lo tocante a diversas variables psicológicas que se ha encontrado afectan negativamente la práctica de las mencionadas conductas. Destacan, entre otras, la carencia de habilidades o competencias conductuales en los planos individual y/o social (González, Ybarra y Piña, 2012; Peltzer, Friend-du Preez, Ramiagan y Anderson, 2010), un pobre funcionamiento neurocognoscitivo (Bragança y Palha, 2011; Lovejoy y Suhr, 2009), la depresión clínica, la ansiedad y el estrés (García-Cedillo, Alfaro-Castro, Rodríguez-Delgado y Sánchez-Armaás, 2011; Kacanek, Jacobson, Spiegelman, Wanke, Isaac y Wilson, 2010), así como el consumo de sustancias como alcohol o drogas (Harris *et al.*, 2011).

Empero, el asunto de fondo y sobre el que ponemos especial énfasis, es que en general una considerable cantidad de esos estudios carece de sustento teórico, es decir, no son unos que se hayan apoyado explícitamente en modelos teóricos debidamente articulados en lo conceptual. Tal como hemos sugerido recientemente (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), los modelos potencialmente aplicables a los problemas de la salud en general y a la infección por el VIH en particular encuentran su razón de ser en la medida en que harían posible *predecir*, con un grado razonable de certeza, qué tan probable es que una persona se comportará de determinada manera según lo haya hecho en el pasado en circunstancias funcionalmente similares. Para ello, los modelos teóricos deben contar con categorías

tipo “interfase” o “puente” que permitan vincular de manera expresa tanto los niveles básico y aplicado, así como lo psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad; un ejemplo conspicuo de dichas categorías se tiene con la de personalidad (Piña, Fierros, García e Ybarra, 2011).

Al respecto, es importante mencionar que si se está trabajando con PCVS de las que interesa analizar cómo se comporta cada una en relación con la enfermedad y los tratamientos, todo análisis que se realice será incompleto si para dicho fin no se considera el rol del fenómeno de personalidad. Tal como hemos señalado en otro lugar (Piña, 2011), si Juan es diferente de Pedro, éste de Arturo, y éste de Manuel... lo que habría que entender es en qué sentido, por qué y bajo qué circunstancias Juan, Pedro, Arturo y Manuel se comportan de manera diferente; por qué unos, como en el caso que nos ocupa, se adhieren a los tratamientos de acuerdo con las indicaciones del personal de salud y otros simple y sencillamente no lo hacen.

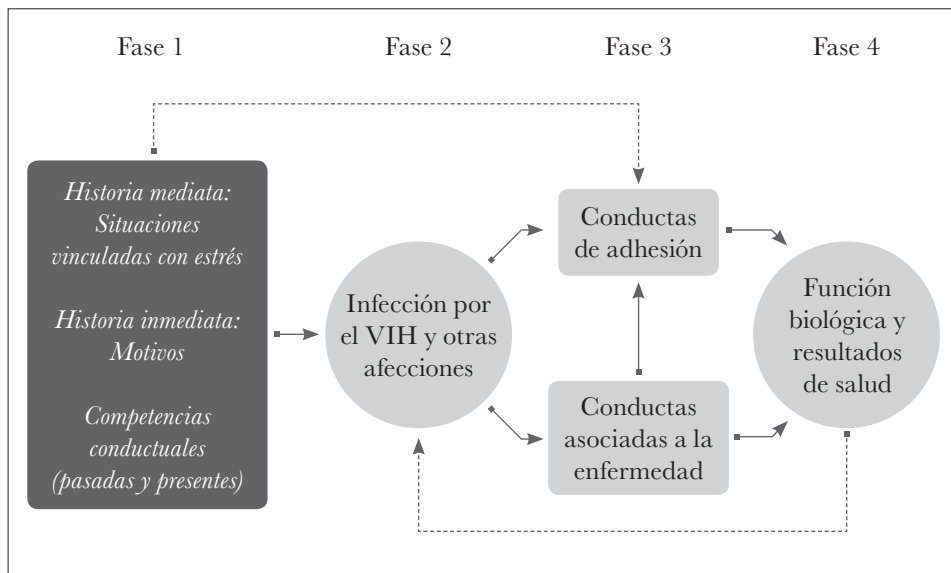
Y si bien es cierto que hoy día podemos encontrarnos con diversos modelos teóricos “aplicados” al problema de la adhesión a los tratamientos, lo que llama la atención es que en ninguno de ellos se ha considerado de manera puntual aquella variable. En esa tesitura se encuentran, entre otros, el de información-motivación-habilidades conductuales (Amico, Barta, Konkle-Parker, Fisher, Cornman, Shuper y Fisher, 2009; Starace, Massa, Amico y Fisher, 2006), el de la conducta planeada (Saal y Kagee, 2011), el autorregulatorio (Reynolds, 2003), el de auto-determinación (Kennedy, Goggin y Nollen, 2004) y el de estrés y afrontamiento (Weaver *et al.*, 2005). En otro nivel se encontrarían aquellos que, propiamente dicho, se inscriben más en el ámbito de lo social que en el psicológico: el de cognición social (Tarakeshwar *et al.*, 2007), el de solución de problemas (Johnson, Elliot, Neilands, Morin y Chesney, 2006) y el de posición social (Arrivillaga, Ross, Useche, Alzate y Correa, 2009).

Con base en las consideraciones anteriores, años atrás nos dimos a la tarea de desarrollar en México un Modelo Psicológico de Adhesión o (MPA) (Piña y Sánchez-Sosa, 2007), el cual ha recibido un fuerte soporte empírico según se desprende de los resultados arrojados en estudios en los que se ha utilizado el modelamiento con ecuaciones estructurales y análisis de regresión lineal múltiple. Respecto de los primeros, se trata de estudios que han incluido muestras de PCVS de los estados de Michoacán (Rosas y González, 2012) y Sonora (González y Piña, 2011; Piña y González, 2010). En éstos, la interacción entre las diferentes variables del modelo (en dos incorporando el apoyo social como variable exógena) ha permitido explicar la varianza de las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de medicamentos antirretrovirales (ARV) en porcentajes que oscilan entre 49 y 68%. Nos referimos a cómo dos de las tres situaciones vinculadas con estrés (toma de decisiones y tolerancia a la frustración) se han relacionado directamente con los motivos, que han mediado la relación de aquéllas con las competencias conductuales pasadas y/o presentes, así como con las conductas de

adhesión en cuestión. En lo tocante a los segundos, destacan los resultados en los que se ha identificado una asociación entre los niveles intermedios de estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad con los bajos niveles de depresión en la predicción de las conductas de adhesión, con una varianza explicada por ambas variables de 38.2% (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008), así como de la interacción entre los bajos niveles de estrés en sus modalidades de toma de decisiones y tolerancia a la frustración con los motivos que subyacen a las mencionadas conductas, con una varianza explicada por las tres variables de 62.9% (Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009).

El supuesto general que subyace al modelo es que la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión (*i.e.*, consumir los medicamentos, realizarse los estudios de laboratorio y asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud, principalmente) se puede ver afectada por la interacción entre un conjunto de variables psicológicas y biológicas de proceso, estado y resultado que se ubican a lo largo de cuatro fases (véase la figura 1). En la fase 1 se encuentran tres variables psicológicas: las *situaciones* vinculadas con estrés en sus modalidades de toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración; también, los motivos que subyacen a la práctica de las conductas de adhesión, así como el desempeño competencial pasado y presente. En la fase 2 se tienen a la infección por el VIH y otras afecciones, las conocidas en la bibliografía especializada como infecciones oportunistas. En la fase 3 se incluyen dos tipos de conductas: las de adhesión y las asociadas a la enfermedad. Por último, en la fase

Figura 1. Modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007)



4, a los marcadores biológicos convencionales (cuentas de linfocitos CD4 y niveles de carga viral) y otros resultados de salud.

Por situaciones vinculadas con estrés nos referimos a una variable de proceso en la que la conducta de una persona, configurada históricamente, hace menos o más probable la aparición de reacciones de estrés cuando se enfrentan situaciones que según Ribes (1990) se caracterizan porque: 1) las consecuencias al practicar determinada conducta son impredecibles y opcionales: *impredecibilidad*; 2) las señales de estímulo a las que hay que responder son ambiguas: *ambigüedad*, y 3) las consecuencias de estímulo al responder, o su pérdida, son independientes de lo que se haga: *incertidumbre*. Son, pues, situaciones que se caracterizan por que harían posible identificar un *perfil funcional* o *idiosincrásico* de conducta, a partir de la manera en que cada PCVS ha interactuado en el pasado con situaciones funcionalmente similares de la vida cotidiana, o bien con aquellas que se relacionan con otras enfermedades y sus respectivos tratamientos.¹

Por motivos se entiende una inclinación o propensión a comportarse de cierta forma en circunstancias socialmente valoradas; esto es, cuando una persona *quiere* hacer algo porque lo considera oportuno y pertinente, en virtud de que la práctica de una conducta (*i.e.*, consumir los medicamentos ARV) se ha visto acompañada de alguna consecuencia de estímulo reforzante; ésta puede adoptar la forma de un halago, una expresión manifiesta de apoyo, una recompensa económica, etcétera (Haug y Sorensen, 2006). Finalmente, las competencias conductuales se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas por una persona, que le permiten responder de manera ajustiva en situaciones en las que se prescriben criterios explícitos sobre qué hacer. Cuando se dice que una persona es competente, se parte del entendido de que dispone de los recursos necesarios y suficientes para *poder* hacer aquello que se espera (Ribes, 2005).

Aun cuando las tres variables de la fase 1 comportan una historia interactiva o de contacto, la diferencia entre ellas radica en que las situaciones vinculadas con estrés nos remiten a la historia más distal y mediata en la vida de las personas, en tanto que la de motivos y competencias conductuales, a la historia más inmediata, acumulable y continuamente modificable (Ribes, 2005).

Ahora bien, una vez que una persona ha sido diagnosticada con la infección por el VIH y, dependiendo de si practica o no consistente y eficientemente las conductas de adhesión, o en su defecto las asociadas a la enfermedad (tradicionalmente enmarcadas en los rubros de ansiedad, depresión, ira, impulsividad, etcétera), será menos o más probable que se mantenga estable la funcionalidad biológica como

¹ En su propuesta original, Ribes y Sánchez (1990) hacen mención de estilos interactivos, como un concepto que daría cuenta del fenómeno de personalidad. Por razones de índole teórico-conceptual, Piña (2011) optó por hacer referencia a situaciones vinculadas con estrés en vez de aquella categoría, a efecto de evitar duplicidades conceptuales.

parte de la fase 4, es decir, que se obtengan o no óptimos resultados de salud. Si no se practican las primeras, bien por la influencia de las variables de proceso de la fase 1 o por la manifestación también práctica de las conductas asociadas a la enfermedad, se facilitará la progresión clínica de la enfermedad y la eventual aparición de otras afecciones, propias de la fase 2; en México destacan, principalmente, el citomegalovirus, el sarkoma de Kaposi, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la tuberculosis y la toxoplasmosis cerebral (Irribarren, Rivas, Amador y Velasco, 2008).

En síntesis, en el MPA se propone que la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión se puede ver influenciada por variables históricas y del contexto presente. Las primeras tienen que ver con la historia más distal o mediata (situaciones vinculadas con estrés en sus tres modalidades, como descriptoras del fenómeno de personalidad) y con la historia más inmediata, acumulable y continuamente modificable (motivos y competencias); las segundas tienen que ver con el papel de las conductas asociadas a la enfermedad y con el apoyo social en su modalidad de relaciones de intercambio, ésta como variable exógena. Nótese, pues, que se trata de un modelo de corte psicológico que se inscribe dentro de la propuesta interconductual y en el que se hace explícito un respeto a la naturaleza y a las características de las variables implicadas, en la medida en que forman parte de las categorías y los conceptos de proceso, otras de las de estado, otras de las de inclinaciones y propensiones, y otras más de las de resultado.

Partiendo de estas consideraciones teórico-conceptuales y de los resultados obtenidos en los estudios conducidos con base en el modelamiento con ecuaciones estructurales referidos, la hipótesis de trabajo que dio lugar a éste fue la siguiente: dependiendo de si se incluyen muestras de PCVS con problemas manifiestos o no de adhesión al tratamiento con medicamentos ARV en términos de la frecuencia y los porcentajes con que se les consume, eventualmente encontraremos una influencia de las situaciones vinculadas con estrés en interacción tanto con los motivos como con el desempeño competencial.

Método

Participantes

Este estudio se llevó al cabo en una institución del sector salud que se localiza en la ciudad de Hermosillo (Sonora), México, a la cual acuden para recibir atención médica, psicológica y la provisión de medicamentos ARV las PCVS de la misma o de otras ciudades del estado. La selección de los participantes se realizó con base en un muestreo probabilístico que incluyó un universo de 350 PCVS, de las cuales 288 se encontraban expuestas a alguno de los regímenes de tratamiento con medicamentos ARV (equivalentes a 57.1% del total). Como criterios de inclusión se considera-

ron los siguientes: *a)* contar con un diagnóstico confirmado de seropositividad al VIH igual o mayor que seis meses; *b)* tener 18 o más años; *c)* que de acuerdo con los expedientes clínicos no presentaran problemas médicos y/o psicológicos que limitaran su capacidad para responder a los instrumentos, y *d)* que tuvieran los últimos resultados de laboratorio en los que se especificaran las cuentas de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral. De los 288 participantes potencialmente elegibles, únicamente 149 acudieron a las instalaciones que albergan el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA (CAPASITS) y aceptaron colaborar de manera voluntaria; 35 de ellos no cumplieron con algunos de los criterios de inclusión, por lo que la muestra definitiva quedó conformada por 114 PVCS (cuadro 2).

Variables e instrumentos

Cuadro 2. *Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los participantes (n = 114)*

Variables	X	DE	Rango observado	N	%
Edad	37.8	10.4	20-69		
Sexo					
Masculino				65	57
Femenino				49	43
Años de estudio					
0-6				29	25.4
7-doce				19	16.7
13 o más				66	57.9
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de seropositividad (en meses)	60.6	39	27-176		
Linfocitos CD4 (células/mm ³)	222.2	178.1	16-1 117		
Carga viral (copias/ml)					
Indetectable				38	33.3
Menos que 30 mil copias				53	46.5
Más que 30 mil copias				23	20.2
Toma de decisiones	10	8.2	3-30		
Tolerancia a la ambigüedad	11.8	8.5	3-30		
Tolerancia a la frustración	16.4	11.3	6-51		
Motivos	14	2.4	6-16		
Competencias pasadas	17.7	5.3	5-25		
Competencias presentes	16.4	3.4	5-20		

Cuestionario de Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión (VPAD-24), diseñado y validado en México (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006). Consta de 24 preguntas agrupadas en cuatro factores, que arrojan una confiabilidad de 0.85 (obtenida con el coeficiente alfa [α] de Cronbach) y una varianza explicada de 48.6%: el factor uno tiene que ver con tres tipos de conductas de adhesión (consumo de medicamentos, asistir puntualmente a las citas y evitar el consumo de sustancias como alcohol o drogas) y con variables relacionadas con el tratamiento; el dos, con los motivos que subyacen a esas conductas; tanto el tres como el cuatro con el desempeño competencial presente y pasado, respectivamente. Para los fines que se perseguían en este estudio, del factor uno se consideró únicamente la pregunta que tenía que ver con las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de medicamentos, que fue definida en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que iban de uno (no los consumí ningún día de la semana) a cinco (los consumí los siete días de la semana). Por su parte, el factor dos, *motivos*, incluía cuatro preguntas en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de uno (no fue un motivo determinante) a cuatro (fue un motivo determinante); un ejemplo de pregunta fue el siguiente: “De los motivos que se enlistan a continuación, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno para que usted consumiera los medicamentos todos los días de la semana?” (“porque he experimentado sus beneficios, “porque mi médico me lo pidió”, “lo hice por personas cercanas a mí” y “porque quiero mantenerme saludable el mayor tiempo posible”); a menor puntuación, menor motivación para comportarse, y viceversa. Por su parte, el *desempeño competencial pasado* incluía cinco preguntas en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que iban de uno (nunca) a cinco (siempre); un ejemplo de pregunta fue el siguiente: “Antes de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, si usted enfermaba de gripe, del estómago, etcétera, ¿consumía los medicamentos tal como lo indicó su médico?” Por último, el *desempeño competencial presente* incluía cuatro preguntas definidas en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de uno (muy difícil) a cuatro (nada difícil); a menor puntuación menor desempeño competencial, y viceversa.

Escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12), diseñada y validada en México (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006). Incluye 12 preguntas agrupadas en tres subescalas, con las cuales se alcanzó una óptima confiabilidad de 0.90 (obtenida con el coeficiente alfa [α] de Cronbach) y una varianza explicada de 70.4%: toma de decisiones (tres preguntas), tolerancia a la ambigüedad (tres preguntas) y tolerancia a la frustración (seis preguntas); cada pregunta se encontraba definida en una escala de 10 puntos, donde uno representaba una situación valorada como nada amenazante y 10 como demasiado amenazante. Un ejemplo de pregunta sobre *toma de decisiones* fue el siguiente: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da instrucciones que debe seguir al pie de la letra,

pero usted decide seguir un tratamiento alternativo (consumir remedios caseros o naturistas), entonces ello le resulta...” Uno sobre *tolerancia a la ambigüedad* fue: “A usted se le diagnosticó una enfermedad que no sabe si tendrá cura en el corto o mediano plazos, pero debe seguir un tratamiento, entonces ello le resulta...” Uno sobre *tolerancia a la frustración* fue: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y hace todo lo que se le indica, pero no recibe consecuencias positivas por parte del personal de salud, entonces ello le resulta...” A menor puntuación, menor valoración del estrés en cada situación, y viceversa.

Finalmente, de los expedientes clínicos se obtuvo información acerca del régimen antirretroviral bajo el que se encontraban los participantes y de las variables biológicas, que incluían al tiempo de infección en meses desde el diagnóstico de seropositividad al VIH, así como los resultados de los últimos estudios de laboratorio en los que se detallaran las cuentas de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral.

Procedimiento

En primer término, personal de la institución previamente entrenado invitó a las PCVS a participar de manera voluntaria en el estudio. A quienes aceptaron hacerlo y cumplieron con los criterios de inclusión se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado, en el que se detallaban los objetivos que se perseguían en el mismo y los compromisos que tendrían que cumplir cada una de las partes. Se les aclaró que sus respuestas a los instrumentos serían anónimas y confidenciales, además de que los resultados serían utilizados con fines de investigación. Por último, se les mencionó que sería necesario contar con su autorización para revisar sus expedientes clínicos y obtener información sobre los últimos resultados de laboratorio en los que se especificaran las cuentas de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral. No se entregó remuneración alguna por participar en el estudio. El protocolo fue previamente aprobado por el Comité de Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora.

Análisis estadístico

Se obtuvieron estadísticas descriptivas (medias, desviaciones estándar, rango de respuestas, frecuencias y porcentajes) de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de interés. La prueba de la ji (χ^2) al cuadrado se utilizó para diferenciar entre las PCVS que reportaron problemas de adhesión y quienes fueron 100% adherentes. Con el objeto de examinar posibles correlaciones entre la variable dependiente (conductas de adhesión relacionadas con el consumo de medicamentos) y las independientes del modelo psicológico (situaciones vinculadas con estrés, motivos y competencias conductuales) se empleó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Asimismo, se utilizó un análisis de regresión jerárquico (ARJ) para identificar los predictores de las conductas de adhesión; se trata de un procedimiento que resulta pertinente cuando los estudios se basan en un modelo teórico para el cual se sugiere un orden particular en el que las variables de predicción deben ser introducidas a partir de su relación conceptual, previamente definida. Para minimizar los efectos de la multicolinealidad se tomaron en consideración los valores de la media de cada una de las variables independientes, según las recomendaciones de Aiken y West (1991). Para evaluar la bondad de ajuste de los datos al modelo se utilizó el coeficiente de determinación R^2 ajustado, que constituye un estimado de qué tan bien los datos se ajustan al modelo en una población estudiada (Gardner, 2001). Para los diferentes análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 19.0.

Resultados

Variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas

Tal como se puede observar en el cuadro 2, un total de 114 PCVS completaron el estudio. La edad promedio de los participantes fue de 37.8 años (DE = 10.4, con edades mínima y máxima de 20 y 69 años, respectivamente). La mayoría de ellos era del sexo masculino ($n = 65$), en tanto que también la mayoría contaba con al menos educación equivalente al nivel de secundaria ($n = 66$). El tiempo promedio de vivir con el VIH a partir del diagnóstico de seropositividad fue de 60.6 meses (DE = 39). Por otro lado, la práctica de las conductas de adhesión fue reportada de la siguiente manera: 4 (3.5%) no se adhirieron al tratamiento ningún día de la semana, 4 (3.5%) lo hicieron pocos días, 10 (8.8%) aproximadamente la mitad de los días, 16 (14%) la mayoría de los días y 80 (70.2%) todos los días. Al reclasificarlos entre quienes tenían problemas para adherirse y quienes mencionaron que habían sido 100% adherentes, los casos ascendieron a 34 (29.8%) y 80 (70.2%), respectivamente, diferencia que con la prueba de la ji al cuadrado fue altamente significativa ($\chi^2_{[1]} = 18.56; p < 0.001$), atribuida a los participantes adherentes. Finalmente, en el mismo cuadro se describen los valores de las medias obtenidas para cada una de las seis variables independientes. Considerando las puntuaciones mínimas y máximas obtenidas y esos valores se podría afirmar que en términos generales fueron de bajos a intermedios en las tres situaciones vinculadas con estrés, sugiriendo por tanto que se trata de PCVS que no tienden a experimentar estrés cuando enfrentan situaciones interactivas vinculadas con la toma de decisiones, la frustración y la ambigüedad. En una dirección opuesta los motivos y el desempeño competencial pasado y presente alcanzaron valores de intermedios a altos, sugiriendo que son PCVS con una buena motivación para practicar las conductas de adhesión, debido a que son altamente competentes

para hacerlo en el presente, puesto que así lo han hecho en el pasado respecto de otras enfermedades y otros tratamientos.

Análisis bivariado

Los resultados de las correlaciones bilaterales con el coeficiente de correlación rho de Spearman se resumen en el cuadro 3. Las conductas de adhesión (consumo de medicamentos) correlacionaron con tres variables psicológicas del modelo: en una dirección negativa con los bajos niveles de tolerancia a la ambigüedad ($\rho = -0.224$; $p < 0.05$), y positiva tanto con los motivos que les subyacen ($\rho = 0.375$; $p < 0.01$) como con un óptimo desempeño competencial en el presente (ρ

Cuadro 3. *Correlaciones entre las variables psicológicas del modelo y las conductas de adhesión (n = 114)*

Variables	2	3	4	5	6	7
1. Conductas de adhesión	-0.116	-0.071	-0.224*	0.375**	0.078	0.337**
2. Toma de decisiones		0.735**	0.733*	-0.093	-0.111	0.07
3. Tolerancia a la frustración			0.764**	-0.081	-0.118	-0.025
4. Tolerancia a la ambigüedad				-0.027	-0.11	-0.042
5. Motivos					0.223*	0.333**
6. Competencias pasadas						0.081
7. Competencias presentes						
* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.						

$= 0.337$; $p < 0.01$); es decir, experimentar bajos niveles de estrés en esa modalidad, estar motivado y ser competente se asocian con una mayor probabilidad de practicar aquellas conductas.

Asimismo, como era de esperarse, se encontraron correlaciones altas y significativas entre las tres situaciones vinculadas con estrés, no obstante que ninguna de estas tres variables se asoció con los motivos ni con los dos tipos de competencias conductuales, asunto que se aborda en el apartado de discusión. Por último, los motivos hicieron lo propio y en un sentido positivo con los dos tipos de competencias, esto es, las pasadas ($\rho = 0.223$; $p < 0.05$) y las presentes ($\rho = 0.333$; $p < 0.01$), lo que estaría indicando que a mayor motivación mejor desempeño competencial. Llama la atención, sin embargo, que no se haya observado una asociación significativa entre los dos tipos de competencias conductuales, asunto que también se analiza en el apartado de discusión.

Análisis de regresión jerárquico (ARJ)

Con la finalidad de probar cuáles de las tres situaciones vinculadas con estrés predecirían las conductas de adhesión, en el primer paso del ARJ se introdujeron dichas variables. Tal como se puede observar en el cuadro 4, no obstante que las variables alcanzaron valores de bajos a intermedios y que una de ellas, la de tolerancia a la ambigüedad, arrojó un resultado significativo a $p < 0.05$, el modelo conjunto no cumplió con el criterio de significación estadística ($F_{[3, 110]} = 2.0463$; $P > F = 0.1116$). Por tanto, de acuerdo con las recomendaciones de Aiken y West (1991), el siguiente paso consistió en incluir las tres variables relacionadas con las situaciones vinculadas con estrés junto con aquellas que forman parte de la historia más inmediata, acumulable y continuamente modificable, esto es, los motivos y el desempeño competencial pasado y presente. En este segundo paso las variables del modelo que contribuyeron a la predicción de las conductas de adhesión fueron tres: los bajos niveles de estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad ($p < 0.05$), los motivos que subyacen a dichas conductas ($p < 0.001$) y el desempeño competencial en el presente ($p < 0.05$). En este caso el modelo conjunto fue altamente significativo ($F_{[6, 107]} = 5.5139$; $P > F = 0.0001$), además de que el estadístico de Durbin-Wat-

Cuadro 4. *Análisis de regresión jerárquico de predictores psicológicos del modelo sobre las conductas de adhesión*

Coeficientes de regresióna					
	Error estándar				
Variables	β	EE	Beta	t	p
Paso 1					
Intercepción	1.778	0.079		22.403	0.001
Toma de decisiones	-0.002	0.008	0.045	-0.365	0,716
Tolerancia a la ambigüedad	-0.016	0.007	-0.290	-2.250	0.05
Tolerancia a la frustración	0.008	0.006	0.200	1.554	0.123
Paso 2					
Intercepción	0.447	0.304		1.370	0.173
Toma de decisiones	-0.003	0.007		-0.463	0.644
Tolerancia a la ambigüedad	-0.013	0.006		-1.968	-0.05
Tolerancia a la frustración	0.008	0.005		1.558	0.122
Motivos	0.067	0.016		4.179	0.001
Competencias pasadas	-0.003	0.007	-0.039	-0.467	0.669
Competencias presentes	0.026	0.012	0.197	1.965	0.05
R ² del modelo = 0.4860; R ² ajustado del modelo = 0.2676; valores de p con base en la prueba t para los coeficientes de regresión.					

son ascendió a 1.8686, lo cual indican independencia entre los residuos; asimismo, el valor del coeficiente de determinación R^2 ajustado para el modelo fue igual a 0.2676, en el sentido de que las tres variables explican 26.76% de la varianza total.

Discusión

Habida cuenta que la infección por el VIH es considerada hoy día una enfermedad crónica a la que eventualmente se asocian reacciones de estrés con durabilidad variable, se ha sugerido que su presencia puede afectar de manera particular tanto la práctica de las conductas de adhesión (*i.e.*, consumir los medicamentos, seguir una dieta y asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud) como la condición de salud en quienes viven con la enfermedad (Bottanari, Safren, McQuaid, Hsiao y Roberts, 2010; Gore-Felton y Koopman, 2008; Leserman, 2008; Weaver *et al.*, 2005).

En el caso de las PCVS de esta muestra se hizo evidente que las mismas experimentaban de bajos a moderados niveles de estrés una vez que entraban en contacto con situaciones típicas que implicaban ambigüedad, que, recordamos, alcanzó una media de 11.8 (con valores mínimos y máximos de 3 y 30, respectivamente). Por esta razón, podemos inferir que para aquéllas no eran desconocidas la efectividad del tratamiento ni si la enfermedad tendrá cura en el corto o mediano plazos, así como tampoco los posibles efectos secundarios que eventualmente producirían los medicamentos. A la luz de nuestro modelo teórico, ser tolerante a la ambigüedad presupone que las PCVS han aprendido a establecer la debida correspondencia entre: *a)* una *demanda* —consumir los medicamentos; *b)* la manera en la que se *responde* practicando las conductas de adhesión, y *c)* las *consecuencias de estímulo* que se asocian con éstas —por ejemplo, en el mediano plazo, el conocimiento de las elevadas cuentas de CD4, los bajos niveles de virus circulante en el organismo y de los óptimos resultados de salud. Dicho en otras palabras, dado el largo periodo de incubación del virus, una vez que las PCVS disponen de un conocimiento apropiado respecto del tratamiento, cuándo, por qué y bajo qué condiciones hay que iniciarlo, cuáles son los potenciales efectos secundarios, entre otras cosas, ello coadyuva a atenuar y, en el mejor de los casos, a eliminar las fuentes de estrés, facilitando con ello la manifestación práctica de una diversidad de conductas de ajuste hacia la enfermedad y el tratamiento en sí mismo, incluyendo las relacionadas con el consumo de los medicamentos ARV (Bayés y Ribes, 1992).

Ahora bien, sobre la tolerancia a la ambigüedad, que forma parte de la categoría de personalidad en tanto variable relativa a la historia más mediata y distal, es importante reparar en el hecho de que existe una carencia evidente de estudios en los que justo se analice el papel de dicha variable (*i.e.*, Denburg *et al.*, 2009; Ironson, O’Cleirigh, Schneiderman, Weiss y Costa, 2008). Por esta razón elemental,

en este punto se vuelve difícil comparar y/o contrastar nuestros resultados con los reportados por otros autores, pues a la par se tendría que analizar cómo se define y se aborda la variable en otros estudios; es decir, con base en qué aproximaciones teóricas (Piña, 2012).²

Volviendo con nuestro modelo teórico, considerando que la situación vinculada con estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad es una variable que nos remite a la historia más distal y mediata en la vida de las personas, su rol en aquél es doble: a la vez que es un indicador de un *perfil funcional* de conducta que se configura históricamente (Ribes, 2005), también puede modular la operación de los motivos y afectar la probabilidad de que en una circunstancia social concreta se ejerciten las competencias conductuales que son pertinentes respecto de una enfermedad y los tratamientos (Bayés y Ribes, 1992).

Aquí, estar motivado para practicar las conductas de adhesión presupone que las PCVS *quieren* hacer las cosas, en la medida en que ese hacer se ha asociado con consecuencias de estímulo reforzante en la forma de atención, halagos, recompensas e inclusive, con el conocimiento que se tiene sobre la propia condición de salud (cuentas de linfocitos CD4, niveles de carga viral, ausencia o, en su defecto, control de infecciones oportunistas) y la “percepción” de “bienestar” físico y psicológico que deriva de ese conocimiento. Tales consecuencias, como se advierte de lo anterior, pueden ser intrínsecas o extrínsecas, haciendo más probable que a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones se practiquen las conductas de adhesión en términos competenciales, esto es, de manera consistente y eficiente (véanse Peltzer *et al.*, 2010; Rigsby *et al.*, 2000).

Naturalmente, en la medida en que las PCVS estén particularmente motivadas y que dispongan de los recursos competenciales para hacer lo que se espera, ello se traducirá en la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de los medicamentos. De ahí que *querer* hacer las cosas (motivación) facilita el que se *pueda* hacerlas (competencias), partiendo del entendido de que se sabe por qué hacer las cosas (esto es, porque se cuentan con los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento), así como se *sabe* hacerlas (esto es, porque se cuentan con las habilidades y las destrezas que se corresponden con lo que se sabe o conoce). Por consiguiente, cuando es necesario hacer algo de manera consistente y eficiente en una situación (*i.e.*, consumir los medicamentos),

2 Permítasenos añadir al respecto que, con excepción del estudio de Denburg *et al.*, en el que se analiza el rol de la toma de decisiones bajo condiciones de *incertidumbre* —que coincide en buena medida con la definición propuesta en nuestro modelo teórico—, al menos en lo que toca al problema del VIH/sida en general y de la adhesión a los tratamientos en particular, en términos generales en las indistintamente llamadas teorías o modelos de salud —*i.e.*, creencias en salud, acción razonada, conducta planeada, información-motivación-habilidades conductuales, reducción del riesgo, transteórico, etcétera— se carece de una propuesta teórico-conceptual sobre el fenómeno de personalidad (véase Noar, 2007).

los bajos niveles de estrés vinculados con la tolerancia a la ambigüedad pasa a ser una variable que adquiere un rol funcional como moduladora de los motivos para comportarse y del desempeño competencial.

No obstante, una observación que es importante hacer y que conlleva una discusión parecida a la referida líneas atrás sobre el problema de la variable personalidad, es que si bien es cierto que en algunos estudios, sobre todo en los que se basan en el modelo de información-motivación-habilidades conductuales (MIHC) (Amico *et al.*, 2009; Fisher, Amico, Fisher y Harman, 2008), se abordan explícitamente estas dos últimas variables; en el caso concreto de la de motivos su definición no se hace apelando a ella misma, sino en función de las actitudes, creencias e intención, que con todo y que se diga connotan una motivación para comportarse, conceptualmente hablando son distintas y también pertenecen a categorías lógicas distintas (Piña, 2009). Como se recordara, aquí la variable motivos fue definida en términos de *querer* hacer algo en aquellas circunstancias en que existe una buena probabilidad de obtener consecuencias positivas al practicar una conducta (*ergo*, consumir los medicamentos ARV), lo que por simple extensión la hace diferente de *tener* una actitud, una creencia o una intención sobre algo o al hacer algo.

Donde eventualmente se podría decir que en alguna medida existe cierta correspondencia conceptual, es en lo tocante a las variables información y habilidades conductuales, que en nuestro modelo teórico se agrupan en el concepto de competencias. Esta variable, como se ha demostrado en los estudios en los que se ha utilizado tanto el modelo de IMHC como el MPA, juega un papel clave en la predicción de las conductas de adhesión (Piña, García, Ybarra y Fierros, 2011; Piña y González, 2010; Sánchez-Sosa-Fierros, Cázares y Piña, 2011). Es decir, si las PCVS saben o conocen sobre la enfermedad y el tratamiento, si en relación con ambas se dispone de las condiciones para motivarlas vía la obtención de diversas consecuencias de estímulo positivas, la probabilidad de que se aprendan (por información, instrucción y/o entrenamiento) y de que se practiquen las habilidades y las destrezas relacionadas con el consumo de medicamentos será mayor. Nótese, sin embargo, que algo común en ambos modelos teóricos es que finalmente ser hábil o ser competente tiene que ver con *hacer* algo de manera eficiente y de acuerdo con determinados criterios; por consiguiente, no tiene que ver con si las PCVS “piensan”, “sienten”, “creen”, “suponen”, “intuyen”... que las pueden hacer (Piña, 2012).

En suma, tres variables del MPA se afirmaron como predictoras de las conductas de adhesión en un grupo de PCVS del estado de Sonora expuestas a regímenes de tratamiento con medicamentos ARV. Una de ellas, los bajos niveles de tolerancia a la ambigüedad, se inscribe dentro de la fenomenología de la personalidad y, por consiguiente, nos remite a la historia más distal y mediata en la vida de las personas; su rol funcional en el contexto teórico de nuestro modelo, y de acuerdo con los planteamientos de Ribes y Sánchez (1990), es que a su vez modula la operación tanto de los motivos como de las competencias.

A pesar de los resultados que arrojó este estudio, es importante reconocer algunas limitaciones. En primer lugar, si bien es cierto que se incluyó una muestra representativa de personas seropositivas al VIH o con sida, adscritas a una institución de salud en nuestro estado, la misma representa un aproximado de 25 a 35% del total que hoy día recibe atención en otras tantas, localizadas en las ciudades de Hermosillo y Obregón. En segundo lugar, el hecho de que no encontráramos ciertas correlaciones entre las variables del modelo, en particular entre las situaciones vinculadas con estrés con los motivos y ambos tipos de competencias —sobre todo entre estas últimas—, nos plantea una interrogante interesante a propósito de si este problema se circunscribe únicamente a esta muestra o si eventualmente se debe a un problema de orden más general en torno a la definición de las variables y la forma en que son medidas. En tercer lugar, aun cuando la varianza explicada fue moderada, equivalente a 26.76%, prácticamente tres cuartas partes de la misma quedan sin explicar; es posible que lo anterior se deba a que en esta ocasión no se incluyeron otras variables críticas del modelo (como serían los estados de depresión, y una exógena, la del apoyo social) o bien al hecho de que al tener un porcentaje tan alto de pacientes adherentes se propició poca variabilidad en la variable dependiente, lo que eventualmente pudo haber afectado el porcentaje de la varianza explicada.

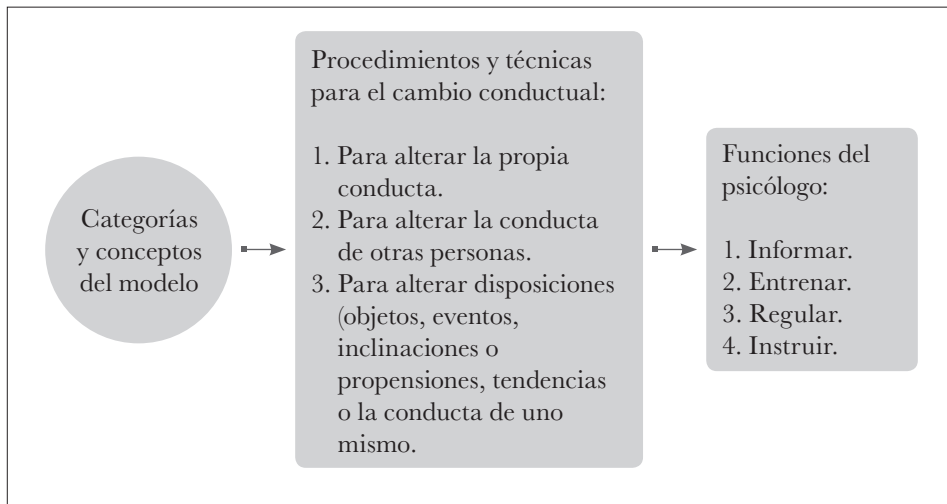
Con el objeto de subsanar las limitaciones anteriores se está preparando un estudio nacional que contempla en sus inicios el trabajo en tres entidades federativas de México —San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas—, en el que se incluyen, para su evaluación, a la totalidad de variables del modelo (situaciones vinculadas con estrés, motivos, competencias conductuales, depresión y apoyo social) y su relación con la calidad de vida y la salud; se considerará para tal efecto una muestra altamente representativa de mil personas seropositivas al VIH. Lo que se pretende es consolidar una línea general de investigación desde la psicología, fundada en un modelo teórico articulado en lo conceptual, que genere datos confiables y válidos que nos permitan posteriormente integrarla a una propuesta de corte interdisciplinario, es decir, de amplio espectro, tendiente al diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención que sean efectivos y de bajo costo, partiendo del entendido de que las instituciones del sector salud en nuestro país se caracterizan por contar con recursos económicos limitados y por la carencia de ese tipo de programas.

No obstante las limitaciones previamente referidas, el presente estudio aporta información valiosa que servirá para mejorar nuestro entendimiento del problema de la adhesión y de las variables psicológicas que se le relacionan en PCVS en México. Conforme se avance en dicho entendimiento, estaremos en una inmejorable posición para diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención dirigidos a promover la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión al tratamiento antirretroviral, así como a mejorar e incrementar la calidad y el tiempo de sobrevida de las personas que viven con la enfermedad.

Conclusiones y recomendaciones

En el presente estudio de corte transversal, que incluyó una muestra representativa de PCVS que se encontraban bajo algún esquema de tratamiento con ARV en el estado de Sonora, se puso de manifiesto cómo tres variables de un modelo psicológico predijeron las conductas de adhesión: los bajos niveles de estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad, una elevada motivación y un óptimo

Figura 1. *Modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007)*



desempeño competencial en el presente. Son resultados que proveen información valiosa sobre por qué y en qué circunstancias tres variables psicológicas de la historia más distal y mediata —tolerancia a la ambigüedad— y de la más inmediata, acumulable y continuamente modificable —motivos y competencias conductuales— influyeron sobre las conductas de adhesión (figura 2).

Dicha información, claro está, debe sumarse a la obtenida en otros estudios a efecto de que se traduzca en propuestas de intervención susceptibles de ser evaluadas de manera sistemática. Nos referimos a propuestas que se justifiquen con sentido teórico, esto es, con base en el modelo psicológico aquí utilizado, cuyas categorías conceptuales guarden correspondencia con la selección de los procedimientos y las técnicas para el cambio conductual.

El objetivo que se persigue es el de imprimir un alto grado de consistencia al discurso teórico con la aplicabilidad potencial del conocimiento psicológico. Para ello, tal como lo sugirieron años atrás Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez (1989), es requisito indispensable adoptar nuevos criterios de clasificación de los procedimientos para el cambio conductual, que reconozcan si la

relación operación-efecto de las técnicas, pero sobre la base de que su aplicación se fundamente en criterios funcionales que partan del reconocimiento de que los “problemas” de adhesión, por ejemplo, son siempre problemas de las personas comportándose en lo individual e inequívocamente interactuando con objetos, eventos y otras personas en una diversidad de circunstancias sociales.

Referencias

- Aiken, L. S., y S. G. West, (1991), *Multiple Regression Test and Interpreting Interactions*, Thousand Oaks, Sage.
- Amico, K. R., W. Barta, D. J. Konkle-Parker, J. D. Fisher, D. H. Cormnan, P. A. Shuper, y W. A. Fisher, (2009), “The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of ART Adherence in a Deep South HIV+ Clinic Sample”, *AIDS and Behavior*, 13, pp. 66-77.
- Arrivillaga, M., M. Ross, B. Useche, M. L. Alzate y D. Correa (2009), “Social Position, Gender Role, and Treatment Adherence among Colombian Women Living with HIV/AIDS: Social Determinants of Health Approach”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, pp. 502-510.
- Bavewo, S., F. Ssali, C. Karamagi, J. N. Kalyango, J. A. Hahn, K. Ekoru, y E. Katabira (2011), “Validation of World Health Organisation HIV/AIDS Clinical Staging in Predicting Initiation of Antiretroviral Therapy and Clinical Predictors of Low CD4 Cell Count in Uganda”, *PLoS One*, 6: e19089.
- Bayés, R., y E. Ribes, (1992), “Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA”, en J. A. Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta* Hermosillo, México, Editorial de la Universidad de Sonora, pp. 1-21.
- Bottonari, K. A., S. A. Safren, J. R. McQuaid, C-B. Hsiao y J. E. Roberts (2010), “A Longitudinal Investigation of the Impact of Life Stress on HIV Treatment Adherence”, *Journal of Behavioral Medicine*, 33, pp. 486-495.
- Bragança, M., y A. Palha (2011), “Depression and Neurocognitive Performance in Portuguese Patients Infected with HIV”, *AIDS and Behavior*, 15, pp. 1879-1887.
- Calmy, A., C. Pizziccolo, L. Pizarro, G. Brücker, R. Murphy y C. Katlama (2008), “The Marriage of Science and Optimized HIV Care in Resource-limited Settings”, *AIDS*, 22, pp. 2227-2230.
- Calva, J. J., y Y. Vargas (2009), “Cobertura universal con la terapia antirretroviral combinada. Logros y desafíos en la Secretaría de Salud de México”, en J. A. Córdova, S. Ponce de León y J. L. Valdespino (eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 333-353.
- CENSIDA (2012), *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México*, México,

- Autor. (Disponible en internet: <http://censida.gob.mx>) [consultado el 10 de agosto de 2012].
- Denburg, N. L., J. A. Weller, T. H. Yamada, D. M. Shivapour, A. R. Kaup, A. LaLoggia y A. Bechara, (2009), "Poor Decision Making among Older Adults is Related to Elevated Levels of Neuroticism", *Annals of Behavioral Medicine*, 37, pp. 164-172.
- Díaz-González, E., P. Landa, M. L. Rodríguez, E. Ribes y S. Sánchez (1989), "Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa", *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, pp. 241-54.
- Fisher, J. D., K. R. Amico, W. A. y J. J. Harman (2008), "The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Antiretroviral Adherence and its Applications", *Current HIV/AIDS Reports*, 5, pp. 193-203.
- García-Cedillo, I., F. Alfaro-Castro, M. Rodríguez-Delgado y O. Sánchez-Armaás (2011), "Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adhesión terapéutica", *Actualidades en Psicología*, 25, pp. 37-55.
- Gardner, R. C. (2001), *Psychological statistics using SPSS for Windows*, Upper Saddle River; Prentice-Hall.
- González, M. T., y J. A. Piña (2011), "Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales", *Universitas Psychologica*, 10, pp. 597-607.
- González, M. T., J. L. Ybarra y J. A. Piña (2012), "Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, pp. 173-184.
- Gordillo, V., E. M. Fekete, T. Platteau, M. H. Antoni, N. Schneiderman y C. Nöstlinger (2009), "Emotional Support and Gender in People Living with HIV: Effects on Psychological Well-being", *Journal of Behavioral Medicine*, 32, pp. 523-531.
- Gore-Felton, Ch., y Ch. Koopman (2008), "Behavioral Mediation of the Relationship between Psychosocial Factors and HIV Disease", *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 569-574.
- Harris, J., M. Pillinger, D. Fromstein, B. Gómez, I. Garris, P. A. Kanetsky, y R. Gross (2011), "Risk Factors for Medication Non-adherence in an HIV Infected Population in the Dominican Republic", *AIDS and Behavior*, 15, pp. 1410-1415.
- Haug, N. A., y J. L. Sorensen, (2006), "Contingency Management Interventions for HIV-Related Behaviors", *Current HIV/AIDS Reports*, 3, pp. 144-149.
- Hosseinipour, M. C., y M. Schechter (2010), "Monitoring Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Balancing Clinical Care, Technology, and Human Resource", *Current HIV/AIDS Reports*, 7, pp. 168-174.
- Iribarren, J. A., P. Rivas, C. Amador y M. Velasco (2008), "Manifestaciones clí-

- nicas de la infección por VIH en distintas áreas geográficas”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 26 (Supl. 5), pp. S6-S11.
- Ironson, G. H., C. O’Cleirigh, N. Schneiderman, A. Weiss y P. H. Costa (2008), “Personality and HIV Disease Progression: Role of NEO-PI-R Openness, Extraversion, and Profiles of Engagement”, *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 245-253.
- Johnson, M. O., T. R. Elliot, T. B. Neilands, S. F. Morin y M. A. Chesney (2006), “A Social-solving Problem of Adherence to HIV Medication”, *Health Psychology*, 25, pp. 355-363.
- Leserman, J. (2008), “Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression”, *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 539-545.
- Kacanek, D., D. L. Jacobson, D. Spiegelman, C. Wanke, R. Isaac y I. B. Wilson (2010), “Incident Depression Symptoms are Associated with Poor HAART Adherence: A Longitudinal Analysis from the Nutrition for Healthy Living Study”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 53, pp. 266-272.
- Kennedy, S., K. Goggin y N. Nollen (2004), “Adherence to HIV Medications: Utility of the Theory of Self-determination”, *Cognitive Therapy and Research*, 28, pp. 611-628.
- Lovejoy, T. I., y J. A. Suhr (2009), “The Relationship between Neuropsychological Functioning and HAART Adherence in HIV-positive Adults: A Systematic Review”, *Journal of Behavioral Medicine*, 32, pp. 389-405.
- Noar, S. M. (2007), “An Interventionist’s Guide to AIDS Behavioral Theories”, *AIDS Care*, 19, pp. 392-402.
- Peltzer, K., N. Friend-du Prezz, S. Ramlagan y J. Anderson (2010), “Antiretroviral Treatment Adherence among HIV Patients in KwaZulu-Natal, South Africa”, *BMC Public Health*, 10, p. 111.
- Piña, J. A. (2009), “Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo”, *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5, pp. 27-35.
- , (2011), *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades de desarrollo en el siglo XXI*, Bogotá; PSICOM Editores.
- , (2012), *Adhesión en personas con VIH: una visión crítica desde la psicología*, Madrid, Editorial Académica Española.
- Piña, J. A., A. E. Corrales, K. Mungaray y M. A. Valencia (2006), “Instrumento para medir variables psicológicas y conductas de adhesión al tratamiento en personas que son seropositivas al VIH”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, pp. 217-228.
- , M. A. Valencia, K. Mungaray y A. E. Corrales (2006), “Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés”, *Terapia Psicológica*, 24, pp. 15-21.

- , y J.J. Sánchez-Sosa (2007), “Un modelo psicológico para la investigación de las conductas de adhesión en personas con VIH”, *Universitas Psychologica*, 6, pp. 399-407.
- , M. Dávila, J. J. Sánchez-Sosa, C. Togawa y O. Cázares (2008), “Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, pp. 377-383.
- , y M. T. González (2010), “Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales”, *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, pp.185-206.
- , J. L. Ybarra, I. G. Alcalá y R. A. Samaniego (2010), “Psicología y salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual”, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, pp. 21-29.
- , L. E. Fierros, C. H. García y J. L. Ybarra (2011), “Psicología y salud (II): tendiendo puentes entre la psicología básica y la aplicada. El rol del fenómeno de personalidad”, *Pensamiento Psicológico*, 16, pp. 203-212.
- , C. H. García, J. L. Ybarra y L. E. Fierros (2012), “Psychological and Biological Variables Among 100% HIV Adherent Patients: A Path-analysis”, en C. H. García, R. Ballester y J. A. Piña (eds.), *Chronic Disease and Adherence Behaviors: Psychological Research in Ibero-American Countries*, Hauppauge, Nova Science Publishers, pp. 203-219.
- Reynolds, N. R. (2003), “The Problem of Antiretroviral Adherence: A Self-regulatory Model for Intervention”, *AIDS Care*, 15, pp. 117-124.
- Rigsby, M. O., M. I. Rosen, J. E. Beauvais, J.A. Cramer, P. M. Rainey, S. S. O'Malley, y B. J. Rounsaville (2000), “Cue-dose Training with Monetary Reinforcement: Pilot-study of an Antiretroviral Adherence Intervention”, *Journal of General Internal Medicine*, 15, pp. 841-847.
- Ribes, E. (1990), *Psicología y salud: un análisis conceptual*, Barcelona; Martínez Roca.
- , (2005), “¿Qué se debería medir en psicología? El asunto de las diferencias individuales”, *Acta Comportamental*, 13, pp. 37-52.
- , y S. Sánchez (1990), “El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad”, en E. Ribes (ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, México, Trillas, pp. 79-98.
- Rosas, M. A., y M. T. González (2012), “Social Support and Motives: Their Influence on Treatment Adherence and Biological Markers among HIV Patients from Michoacan, Mexico”, *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, pp. 151-166.
- Saal, W., y A. Kagee (2011), “The Applicability of the Theory of Planned Behaviour in Predicting Adherence to ART among a South African Sample”, *Journal of Health Psychology*, 17, pp. 362-370.

- Sánchez-Sosa, J. J. (2002), "Treatment Adherence: The Role of Behavioral Mechanism and Some Implications for Health Care Interventions", *Revista Mexicana de Psicología*, 19, pp. 85-92.
- , J. J., O. Cázares, L. E. Fierros y J. A. Piña (2011), "Estudio longitudinal de variables psicológicas y las conductas de adhesión en pacientes VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral", en J. L. Ybarra, J. J. Sánchez-Sosa y J. A. Piña (eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*, México, Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno, pp. 137-154.
- , J. J., O. Cázares, J. A. Piña y M. Dávila (2009), "Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH", *Salud Mental*, 32, pp. 389-397.
- Simoni, J. M., K. R. Amico, L. Smith y K. Nelson (2010), "Antiretroviral Adherence Interventions: Translating Research Findings to the Real World Clinic", *Current HIV/AIDS Reports*, 7, pp. 44-51.
- Starace, F., A. Massa, K. R. Amico y J. D. Fisher (2006), "Adherence to Antiretroviral Therapy: An Empirical Test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model", *Health Psychology*, 25, pp. 157-162.
- Tarakeshwar, N., A. K. Srikrishnan, S. Johnson, C. Vasu, S. Solomon, M. Merson, y K. Sikema (2007), "A Social Cognitive Model of Health for HIV-positive Adults Receiving Care in India", *AIDS and Behavior*, 11, pp. 491-504.
- UNAIDS (2010), *Global Reports. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, Ginebra. Autor [UNAIDS/10.11E/JC1958E].
- Weaver, K. E., M. M. Llabre, R. E. Durán, M. H. Antoni, G. Ironson, F. J. Penedo y N. Schneiderman (2005), "A Stress and Coping Model of Medication Adherence and Viral Load in HIV-positive Men and Women on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)", *Health Psychology*, 24, pp. 385-392.
- Wools-Kaloustian, K., y S. Kinaiyo (2006), "Extending HIV Care in Resource-limited Settings", *Current HIV/AIDS Reports*, 3, pp. 172-176.

7. COMPONENTES COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES DE LA DIABETES *MELLITUS* TIPO 2: EL CASO DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Raquel García Flores
Departamento de Psicología
Instituto Tecnológico de Sonora

Juan José Sánchez-Sosa
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

Dependiendo del informe epidemiológico anual, la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) es la principal causa de muerte en México. Mas de 70 mil personas fallecieron en 2010 por complicaciones relacionadas con esta enfermedad (Secretaría de Salud, 2011). La frecuencia de diabetes *mellitus* en la población mexicana ha aumentado más de 30 veces en los últimos 50 años, ocupando México el séptimo lugar de diabetes en el mundo (International Diabetes Federation, 2011), con una prevalencia de 14.4% para el año 2006. Actualmente se estima que 7.3 millones mexicanos viven con diabetes, de los cuales sólo 3.7 millones conocen su diagnóstico (Aguilar y Rojas, 2012). Cada año se diagnostican 400 mil nuevos casos de diabetes en el país, lo que implica que cada día se diagnostican cerca de mil nuevos pacientes. El 90% de las personas que padecen diabetes presenta el tipo 2 de la enfermedad.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) se señala que el Distrito Federal se ubicó por arriba de la media nacional en el diagnóstico médico previo de DM2 y, comparado con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), dicha entidad federativa presentó un incremento de 30.9% en la prevalencia de diagnósticos médicos de DM2. De acuerdo con la ENSANUT (2006), la hemoglobina glucosilada —un indicador de la glucemia promedio durante las 6-8 semanas previas— presentada en los pacientes fue de 11.2%, mientras que 5.29% de los pacientes con diabetes tenía concentraciones satisfactorias, es decir, menores a 7%. Asimismo, 56.2% de los casos mostró valores mayores a 11%, indicando hiperglucemia grave. Es de destacarse que esto ocurre a pesar de que 94% de los pacientes tenía prescrita una intervención médica para su control (Aguilar y Rojas, 2012).

Debido a su escaso control, la diabetes representa hoy día la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en

nuestro país. Esta situación se viene a complicar porque cada vez hay más personas jóvenes (menores de 40 años) diagnosticadas con la enfermedad. El número de personas afectadas por la diabetes de inicio temprano creció de 318 400 en 1993 a casi un millón 663 mil en 2006 (Aguilar y Rojas, 2012). Además del sufrimiento y el deterioro generado por la enfermedad tanto a la persona como a la familia inmediata, el costo económico por el manejo de la diabetes es sumamente alto. En 2010 se gastaron en México cerca de 10 mil millones de pesos para el tratamiento de la diabetes. De cada 100 pesos utilizados para hacer frente a la diabetes en México, 52 fueron gastados por el paciente, 33 aportados en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 15 por la Secretaría de Salud (SS). Así, la mayor parte de los gastos para el manejo de la diabetes lo cubren las familias (Arredondo y de Icaza, 2011). Lamentablemente, 92% del gasto anual se destina a pacientes que no se adhieren al tratamiento ni realizan el crucial auto-monitoreo continuo de su glicemia. Esto, además de ocasionar mayor deterioro en la salud del paciente y mayor probabilidad de complicaciones graves que pueden conducir a su fallecimiento, resultan en un enorme desperdicio de recursos.

La mayoría de las estadísticas predicen que en los próximos años todas estas cifras se agravarán en México, como consecuencia de la compleja acción combinada de factores como el incremento en la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, la alta predisposición genética de la población mexicana a esta enfermedad y los efectos del sobrepeso y la inactividad física. Estos últimos dos factores aumentan de manera importante la probabilidad de que una persona desarrolle el padecimiento en alguna etapa de su vida (Hernández y Olaíz, 2002). En efecto, en la ENSANUT (2006) se destaca que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 70% en la población mexicana (71.9% en mujeres y 66.7% en hombres), en particular en personas cuyas edades oscilan entre 30 y 60 años; además, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad —vista mediante el índice de masa corporal, igual o mayor que 30— que entre los hombres. La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos se ha ido incrementando con el tiempo. En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que la ENSA 2000 señala que 24% de los adultos la mostraba, mientras que para 2006 alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres: 34.5%; hombres: 24.2%) ya presentaba obesidad (Ponce, 2008). Este incremento porcentual debe tomarse en consideración, sobre todo debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo medulares para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes, las cardiovasculares y el cáncer.

Otra asociación importante, revelada por la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993), es que hay una importante relación inversa entre la diabetes *mellitus* y el nivel educativo; las personas con menor escolaridad tienen la prevalencia más elevada de diabetes *mellitus* (15.6%), en comparación con quienes

tienen estudios de posgrado, que alcanza la menor (2.8%). Este último hallazgo posiblemente refleja una alta proporción de genes amerindios (más propensos a desarrollar la enfermedad) y de estilos de vida no saludables en los sectores de baja escolaridad (Hernández y Olaíz, 2002).

En cuanto al desarrollo de complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes, las cifras son elevadas, ya que el porcentaje de adhesión al tratamiento médico es de aproximadamente 33%. En México, la diabetes es la primera causa de ceguera adquirida en edad productiva; también es la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de insuficiencia renal crónica. De cada 100 diabéticos en México 14 desarrollan padecimientos del sistema nervioso; asimismo, entre siete y 10 desarrollan pie diabético —que en 30% de los casos suele terminar en amputación— y 22% desarrolla retinopatía en un lapso de cuatro años —de los cuales entre 2 y 5% acaba perdiendo la vista. Finalmente, los infartos al miocardio son de dos a cuatro veces más frecuentes en las personas que padecen diabetes en comparación con personas sin diagnóstico (Hernández y Olaíz, 2002).

Psicopatología comórbida

La depresión influye en el desarrollo y empeoramiento de la DM2 (Sacco y Yanover, 2006). En los pacientes con diabetes la tasa de prevalencia de la depresión es dos veces mayor y se asocia con una pobre adhesión al tratamiento médico, y, en consecuencia, con niveles altos de glicemia y complicaciones médicas que conllevan a una alta frecuencia de hospitalizaciones y mortalidad (Egede, Nietert y Zheng, 2005). Las personas que padecen diabetes y depresión son más propensas a fallecer en un lapso de ocho años, a diferencia de aquellas que sólo padecen una de las enfermedades (Sacco y Yanover, 2006). Particularmente, los pacientes con DM2 que requieren insulina presentan mayores índices de depresión, probablemente asociada con las barreras psicosociales que implican el uso de la insulina, por ejemplo, o bien con la percepción de gravedad de la enfermedad (Li, Ford, Strine y Mokdad, 2008).

Un estudio desarrollado en Estados Unidos en 879 pacientes con DM2, en clínicas de primer nivel de atención, obtuvo que 19% de los pacientes presentó Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el cual se asoció con pobres conductas de autocuidado; 66% presentó síntomas relacionados con la depresión, aunque no se cumplió con el diagnóstico de TDM. Existe una relación continua entre los síntomas de depresión y la no adhesión al tratamiento, que es evidente aún en niveles subclínicos. Por tal razón, resulta importante tratar los síntomas relacionados con la depresión, ya que sólo 30% recibe dosis adecuadas de medicamento psiquiátrico y 6.7% recibe tratamiento psicológico (González *et al.*, 2007).

Por otra parte, los trastornos de ansiedad pueden ser un obstáculo para que el paciente realice las conductas de autocuidado necesarias para controlar la diabetes (Wiebe, Alderfer, Palmer, Lindsay y Jarret, 1994). Los factores cognoscitivos de la ansiedad usualmente se relacionan con una percepción de incapacidad para enfrentar situaciones adversas, generando problemas de autocontrol que refuerzan la percepción de incapacidad (Wiebe *et al.*, 1994). El (meta)análisis realizado por Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse y Lustman (2002) sobre la prevalencia de ansiedad en individuos con diabetes, con una muestra combinada de 2 584 participantes con DM y 1 492 participantes control sin DM, indica que 14% de las personas con DM experimentó trastorno de ansiedad generalizada, y 40%, síntomas elevados de ansiedad. Algunos pacientes han llegado a presentar miedo a la hipoglucemia (Polonsky, Davis, Jacobson y Anderson, 1992). En un estudio reciente se concluyó que la ansiedad específica a la hipoglucemia presenta síntomas de estrés postraumático, ya que los pacientes que reportan preocupación por la hipoglucemia presentan ansiedad en respuesta a esta ideación intrusiva, reaccionando con conductas de evitación que comprometen el control del padecimiento (Myers, Boyer, Herbert, Barakat y Scheiner, 2007).

De acuerdo con lo anterior, resaltan los altos costos económicos que implican tanto el tratamiento de la DM2 como las complicaciones crónicas derivadas de un escaso control glucémico en los pacientes. Además del sufrimiento y el deterioro individual y familiar asociado con el padecimiento, se prevé que las instituciones de salud van a tener, o ya están teniendo, serios problemas para cubrir el gasto que implica la atención médica para esta enfermedad (Arredondo y Zúñiga, 2004). En cuanto a los costos humanos, se ha sugerido que el deterioro de la calidad de vida es evidente. Las secuelas de una nefropatía diabética restringen de manera importante las actividades de la vida cotidiana. Por ejemplo, De los Ríos, Barrios y Ávila (2004) encontraron que en los pacientes con nefropatía el área social presenta un deterioro grave, pues se ven obligados a depender de los miembros de la familia (esposa o hijos mayores) y de los miembros del equipo de salud. El peso que representa el cuidado del enfermo, su transporte, las diálisis periódicas, el manejo dietético, aunado a las restricciones físicas, deteriora el funcionamiento social.

La amputación de los miembros pélvicos puede significar la pérdida de la autonomía de una persona, mientras que la pérdida de la visión conlleva graves dificultades en la adaptación al entorno del paciente; finalmente, las sensaciones o el dolor derivados de una neuropatía pueden alterar seriamente el estado emocional del paciente. Según un estudio realizado por De los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios y Guerrero (2004), el deterioro en los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas muestra un proceso gradual y progresivo en relación con la cronicidad de la enfermedad. Todos estos eventos afectan la funcionalidad de las familias, ya que deben destinar atención, cuidados y elevados recursos económicos al paciente con DM2, sin olvidar que la pérdida de un ser querido es irreparable.

La adhesión al tratamiento en DM2

Características

La adhesión terapéutica es entendida como *el involucramiento activo y voluntario del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado* (DiMatteo y DiNicola, 1982, p. 7). Las características del padecimiento y el tratamiento son elementos que hay que considerar en la adhesión al tratamiento médico (Sánchez-Sosa, 2002). En el caso de la DM2, el tratamiento resulta complicado porque se necesita que el paciente realice numerosas conductas, muchas de ellas totalmente nuevas. La persona con diabetes debe realizar visitas al médico de manera regular, mantener hábitos alimentarios saludables (bajos en carbohidratos), realizar ejercicio físico por lo menos 30 minutos diarios, tomar medicamentos (hipoglucemiantes, insulina), medir su glucosa en sangre con frecuencia y mantener un cuidado adecuado de sus pies para prevenir infecciones que puedan derivar en una amputación (American Diabetes Association, 2009).

Algunos aspectos del tratamiento de la diabetes, como el cambio de hábitos alimentarios y la actividad física, pueden ser más difíciles de seguir por los pacientes que otros, como tomar medicamentos o administrarse insulina. Por ejemplo, en un estudio realizado en 79 pacientes con DM2 de la Ciudad de México, se encontró que el porcentaje de no adhesión en la dieta fue de 62%, de 85% en ejercicio físico, de 17% para la administración de hipoglucemiantes, de 13% para la aplicación de la insulina y de 3% para la asistencia a citas médicas (Hernández-Ronquillo, Téllez-Zenteno, Garduño-Espinosa y González-Aceves, 2003). Por otro lado, la persona con diabetes puede tener alteraciones importantes en el nivel de glicemia pero no presentar síntomas, razón por la cual el paciente puede no experimentar consecuencias inmediatas de su comportamiento y no percatarse de la necesidad de un cambio de conducta (Jáuregui, 2002).

Los factores sociodemográficos adquieren gran relevancia en la falta de adhesión al tratamiento, ya que el bajo nivel educativo y económico de la mayor parte de la población mexicana (Lerman, 2007) contribuye de forma importante a la falta de conocimientos para el manejo de la enfermedad (González-Pedraza, Alvará-Solís, Martínez-Vázquez y Ponce-Rosas, 2007), así como a la dificultad para adquirir medicamentos, insulina y materiales indispensables para el cuidado de la salud (medidor de glucosa, lancetas, tiras reactivas, jeringas, etcétera).

El automonitoreo es parte esencial en el control de la diabetes, ya que el paciente se percata cómo sus conductas afectan sus niveles de glicemia y puede tomar decisiones al respecto. También le permite al personal médico hacer modificaciones a los esquemas de tratamiento; por ejemplo, en un estudio realizado por Polonsky *et al.* (2011) se demostró que con una intervención dirigida al incre-

mento del automonitoreo de glicemia durante un año, los pacientes disminuyeron su hemoglobina glucosilada, en comparación con los pacientes que sólo tuvieron la atención médica tradicional.

Los trastornos psicológicos, como la ansiedad o la depresión, se relacionan con el empeoramiento del manejo de la diabetes. Se ha encontrado que el bienestar psicológico de los diabéticos en general es pobre y que influye negativamente en el cuidado de su salud, además de que es muy difícil detectar estos trastornos y brindar el apoyo psicológico necesario (Peyrot, Rubin, Lauritzen, Snoek, Matthews y Skovlund, 2005).

Existen otros tipos de complicaciones que interfieren con las conductas de autocuidado. Por ejemplo, en el caso de la hipoglucemia en ocasiones los pacientes perciben los síntomas pero no actúan en función de éstos, además de que difícilmente logran distinguir los síntomas característicos de este estado o incluso los atribuyen a otros factores. Finalmente, es posible que un déficit en habilidades para la organización de actividades pudiera estar afectando esta área (Wiebe *et al.*, 1994). Un aspecto por destacar es el hecho de que la información que se brinda al paciente no es suficiente para mejorar el autocuidado de la salud. Se necesitan otras estrategias para motivar y ayudar a los pacientes a manejar efectivamente la enfermedad, como establecer destrezas de autocuidado, de autorregulación emocional y de corrección de defectos o sesgos cognoscitivos (Heisler, Piette, Spencer, Kieffer y Vijan, 2005).

Las creencias relacionadas con la salud, como la percepción de la diabetes como un padecimiento grave, la vulnerabilidad a las complicaciones generadas por la enfermedad y la eficacia del tratamiento, pueden predecir una mejor adhesión a dicho tratamiento (Brown, Blozis, Kouzekanani, Garcia, Winchell y Hanis, 2007). Los pacientes se adhieren al tratamiento cuando éste tiene sentido para ellos, les parece efectivo, creen que los beneficios exceden los costos, perciben que tienen la habilidad para seguir el régimen y su medio ambiente apoya las conductas de salud (Delamater, 2006).

Las relaciones familiares también juegan un papel muy importante en la adhesión terapéutica en la DM2 (Oviedo, 2007). Los bajos niveles de conflicto, los altos niveles de cohesión y organización, además de patrones adecuados de comunicación en el área familiar, se asocian con una mejor adhesión al tratamiento (Fisher *et al.*, 1998). El apoyo social también ha demostrado beneficiar significativamente a la adhesión en DM2 (Ingram, Torres, Redondo, Bradford, Wang y O'Toole, 2007); de igual forma, el contacto de los pacientes con el equipo médico influye en la adhesión terapéutica en la DM (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Los pacientes que mantienen buenas relaciones y se sienten satisfechos con sus médicos presentan una mayor adhesión (Rubin, Peyrot y Siminerio, 2006). La adhesión a los tratamientos médicos en la DM es crucial, pues, para prevenir las complicaciones agudas y crónicas de este padecimiento (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993).

Relación entre adhesión al tratamiento y calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha tenido diversas definiciones desde su surgimiento en la ciencia. Tiene que ver con la evaluación de las condiciones en las que se desenvuelven las personas y que afectan su bienestar físico y psicológico. Por tratarse de un concepto altamente subjetivo —ya que la calidad de vida sólo la puede evaluar el que la percibe—, existen dificultades lógicas para crear parámetros de medición (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Una de las definiciones más completas de calidad de vida es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “*la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones*” (WHOQOL, 1998, p. 11).

El área que con mayor frecuencia se evalúa es la relacionada con la salud, que se ha medido a través de la función física, el estado psicológico, la función y las interacciones sociales, así como a través de los síntomas físicos. Incluye cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Las investigaciones que se enfocan en evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes, derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a que son sometidos (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Para evaluar los efectos del tratamiento, tomar decisiones terapéuticas y distribuir los recursos en políticas de salud, resulta indispensable medir la calidad de vida de las personas con diabetes (Melchior, Correr, Rossignoli, Pontarolo y Fernández-Llimos, 2004). En un estudio realizado en la Ciudad de México con 247 pacientes diagnosticados con DM2 se encontró que su calidad de vida fue en general regular y la calidad de vida relacionada con la preocupación por aspectos sociales fue pobre (Oviedo, 2007).

Se ha demostrado que el descontrol del padecimiento por fallas en la adhesión al tratamiento médico disminuye en el largo plazo y de manera importante la calidad de vida de los pacientes (De los Ríos *et al.*, 2004). En contraste, en un estudio realizado a gran escala con pacientes diabéticos se demostró que un estilo de vida saludable (sin fumar, con actividad física regular y consumiendo cinco porciones de frutas y verduras diariamente) impacta significativamente para elevar la calidad de vida (Li, Ford, Mokdad, Jiles y Giles, 2007).

En un metaanálisis realizado por Cochran y Conn (2008) se encontró que las intervenciones dirigidas a mejorar el automanejo de la DM2 impactan positivamente la calidad de vida. De igual forma, las intervenciones cognoscitivo-conductuales para incrementar la adhesión al tratamiento en la DM2 han demostrado su eficacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Del Castillo, Reyes y Sánchez-Sosa, 2004; Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005; Robles, 2002).

Intervenciones para mejorar la adhesión al tratamiento en DM2

Para adaptarse exitosamente a una enfermedad crónica como la diabetes, la persona debe comprender y aceptar la realidad del padecimiento, deshacerse de falsas esperanzas y de la desesperanza destructiva, además de reorganizar y restructuringar el medio ambiente para facilitar el autocuidado (White, 2001). Safren, Gonzalez y Soroudi (2008) señalan que el uso de estrategias cognoscitivas para modificar los pensamientos negativos sobre el tratamiento y la diabetes, la programación de actividades y la mejora de la comunicación paciente-personal de salud, son elementos esenciales de las intervenciones psicológicas en este padecimiento. Las terapias conductuales que incluyen objetivos, contratos y reforzamientos que se centran en conductas específicas de autocuidado, como el automonitoreo de glucosa o los cuidados del pie, se han asociado con mejorías en el manejo a largo plazo de la diabetes (Litzelman, Slemenda, Langefeld, Hays, Welch y Bild, 1993).

Estudios más recientes se han enfocado en adaptar la terapia cognoscitivo-conductual para poblaciones diabéticas, obteniéndose muy buenos resultados para el manejo de la depresión (Del Castillo *et al.*, 2004; Lustman, Anderson, Freedland, de Groot, Carney y Clouse, 2000; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel y Clouse, 1998). En los Países Bajos se han aplicado técnicas cognoscitivo-conductuales de forma grupal para objetivos específicos, como reducir la ansiedad relacionada con las complicaciones de la enfermedad y atender problemas de relaciones interpersonales, y combatir creencias sobre la diabetes que son barreras para el autocuidado y para la calidad de vida. Los datos han demostrado un decremento en el estrés relacionado con la enfermedad, mejorando el bienestar subjetivo y el control metabólico (Van de Ven, Chatrou y Snoek, 2000).

Una demostración de la efectividad de los tratamientos cognoscitivo-conductuales de amplio reconocimiento es el “entrenamiento en detección de glucosa en sangre” (BGAT, por sus siglas en inglés), que incorpora estrategias cognoscitivo-conductuales para mejorar el autotratamiento y la toma de decisiones en adultos con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) (Cox, Gonder-Frederick, Polonsky, Schlundt, Kovatchev y Clarke, 2001). Tiene como objetivo instrumentar conductas específicas de autorregulación, como el reconocimiento de síntomas de glucemia elevada y la identificación de los factores que contribuyen a la irregularidad de la glucemia. Su eficacia se ha demostrado en series de estudios conducidos en múltiples sitios de Estados Unidos y Europa. Los beneficios a largo plazo incluyen la mejoría del estatus psicosocial, mejores habilidades para reconocer los síntomas de diferentes niveles de glucemia, una reducción de episodios de hipo e hiperglucemia, así como menos accidentes de tránsito (Cox *et al.*, 2001).

Varios estudios en México confirman que las técnicas cognoscitivo-conductuales mejoran la calidad de vida y la adhesión al tratamiento médico en personas con diabetes (Caballero, López y Gómez, 2004; Del Castillo, 2010; Del Castillo *et*

al., 2004; Riveros *et al.*, 2005; Robles, 2002). En estas investigaciones se reconoce la importancia de desarrollar métodos sistematizados y pedagógicos que mejoren la efectividad del tratamiento y destacan la necesidad de evaluar cómo se llevan a cabo de manera más precisa los cambios conductuales en los pacientes. Adicionalmente, cabe recordar que una amplia proporción de la población mexicana que sufre esta enfermedad posee un escaso nivel educativo, lo cual demanda estrategias especiales para que sea capaz de manejar la información y adquirir cogniciones funcionales para instrumentar decisiones en relación con el padecimiento, que requiere controlar un gran número de variables.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) es una intervención breve y centrada en el paciente para promover el cambio conductual por medio de la resolución de la ambivalencia (Miller y Rollnick, 1999). Esta estrategia fue desarrollada para tratar problemas de adicción, y debido a su eficacia se está aplicando para apoyar el cambio de conductas en salud. En el caso de la diabetes, se requiere que el paciente realice cambios importantes en su vida cotidiana; por esa razón esta estrategia se ha integrado a los programas de intervención para facilitar este proceso. Generalmente, esta herramienta se utiliza antes de iniciar cualquier tipo de intervención (Welch, Rose y Ernst, 2006; Westra y Dozois, 2006). La EM se caracteriza por ser *colaborativa*, ya que promueve la relación terapeuta-paciente en el proceso de toma de decisiones. También es *evocativa*, porque propicia que el paciente identifique los recursos que ya posee para lograr el cambio. El terapeuta relaciona los intereses del paciente con el cambio de conducta en salud, respetando su *autonomía*, ya que en él recae la responsabilidad del cambio (Rollnick, Miller y Butler, 2008).

Para estos últimos autores, la práctica de la EM sigue cuatro principios básicos que, en inglés, se pueden recordar con el acrónimo *RULE* (“resist, understand, listen y empower”):

1. Resistir el reflejo de hacer lo correcto: los profesionistas que brindan servicios de apoyo a las personas tienen un poderoso deseo de hacer lo correcto, prevenir el daño y promover el bienestar. Esto se presenta casi de forma refleja, automática. En consecuencia esta conducta puede tener un efecto paradójico y la razón no es que los pacientes se encuentren en la etapa de negación; más bien es la tendencia humana a resistir la persuasión, lo que se puede verificar cuando la persona se encuentra ambivalente respecto del cambio. El ser humano tiende a creer en lo que escucha de sí mismo, por lo que mientras más verbalice las desventajas del cambio, mayores serán las probabilidades de que permanezca en el *statu quo*.
2. Entender y explorar las motivaciones del paciente: son las razones propias del paciente y no las del clínico las que incrementan la probabilidad de cambio en la conducta.

3. Escuchar con empatía: consiste en comprender los sentimientos y las perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar.
4. Empoderar al paciente: ayudar a los pacientes a explorar qué pueden hacer, que marque una diferencia en el cuidado de su salud. Resulta importante apoyar a los pacientes a tener esperanza de que el cambio sea posible.

Las estrategias motivacionales fundamentales de la EM son las siguientes:

1. Preguntas abiertas: facilitan el diálogo, no se pueden contestar con una sola palabra o frase, y no necesitan ninguna respuesta en particular. Implican una forma de solicitar información adicional. Por ejemplo; “¿cómo le ha afectado la diabetes en su vida?”
2. Escucha reflexiva: deducir lo que la persona realmente quiere decir en una frase. Por ejemplo, en el caso del paciente: “Todos los médicos me dicen como tengo que vivir mi vida. Estoy harto de eso”; en el caso del terapeuta: “Está usted cansado de que la gente le diga las cosas que debería y no debería hacer”.
3. Provocar frases automotivadoras: consiste en facilitar la expresión de afirmaciones en relación con el cambio mediante preguntas. Las frases automotivadoras se clasifican en reconocimiento del problema, preocupación, intención de cambiar y optimismo. Ejemplos de éstas son los siguientes: *a)* reconocimiento del problema: ¿qué dificultades ha tenido con el control de la diabetes?, ¿de qué forma cree que usted u otras personas se han visto afectadas por la falta de control del azúcar en sangre?; *b)* preocupación: ¿hasta qué punto le preocupa su nivel de azúcar en sangre?, ¿qué cree que pueda suceder si usted no realiza un cambio?; *c)* intención de cambiar: ¿cuáles son las razones que usted ve para cambiar?, ¿qué es lo que debería cambiar?, y *d)* optimismo: ¿qué le hace pensar que si decide introducir un cambio, lo podría hacer?, ¿qué lo lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?
4. Balance decisional: se identifican los costos y los beneficios del cambio y del *statu quo* (cuadro 1).

Los elementos claves de la entrevista motivacional son la naturaleza centrada en el paciente para provocar la conversación en torno al cambio (las propias razones individuales y los argumentos para el cambio) y la exploración de la ambivalencia sobre el cambio de conducta mientras se examinan las discrepancias entre la conducta actual y los valores o metas personales (Miller y Rollnick, 2002). La escucha reflexiva es un componente crítico de la EM que permite la clarificación de metas e intereses y ayuda a obtener razones para cambiar en palabras del paciente. La EM ha demostrado en algunos estudios su efectividad para incrementar el control glucémico, la actividad física, el compromiso en cambios dietéticos y en el decremento el peso corporal (Calhoun, 2005; Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005; Smith, Heckemeyer, Kart y Mason, 1997).

Cuadro 1. *Ejemplo de balance decisional*

¿Cuál es la conducta específica que está considerando? Seguir la dieta que me recomendó la nutrióloga		
	Seguir igual	Hacer un cambio
Beneficios	Me gusta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sigo comiendo lo que me gusta y disfruto ➤ Me olvido por un rato que tengo diabetes 	Me gustaría: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Me sentiría bien físicamente ➤ Ya no iría tantas veces al baño ➤ Podría vivir más ➤ Disfrutar a mis nietos
Costos	No me gusta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sube mi glucosa y me siento mal físicamente ➤ Mi familia me regaña ➤ Me puedo morir si se me sube demasiado la glucosa 	No me gustaría: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tengo que hacer sacrificios para dejar de comer lo que me gusta ➤ Tengo que hacer dos comidas, una para la familia y otra para mí

Smith, DiLillo, Bursac, Gore y Greene (2007) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era determinar si añadir la EM a una intervención conductual para el tratamiento de la obesidad mejoraba los resultados en mujeres con sobrepeso y DM2. Los resultados indicaron que las participantes en ambas condiciones perdieron peso a los 18 meses, pero en el grupo expuesto a EM se detectó una mayor pérdida en relación con el grupo control; sin embargo, los beneficios no se reflejaron en las mujeres afroamericanas. La adhesión fue mayor en el grupo expuesto a EM, ya que la asistencia y el automonitoreo fueron más frecuentes. Por su parte, Channon *et al.* (2007) desarrollaron un estudio con el fin de examinar la eficacia de la EM para disminuir índices de HbA1c y mejorar factores psicosociales en pacientes adolescentes con DM1, comparándola con visitas de apoyo. El grupo expuesto a EM presentó una mayor satisfacción con su vida, menor preocupación, menos ansiedad y mayor bienestar. Además, este grupo percibió a la diabetes como un asunto serio e importante a controlar y presentó creencias relacionadas con el hecho de que ciertas acciones ayudan a prevenir complicaciones futuras. Este grupo también percibió que la diabetes tiene un menor impacto en sus vidas.

Cabe destacar que son pocos los estudios que confirman la eficacia de la EM para fortalecer la adhesión al tratamiento en pacientes con DM2, por lo que sería importante verificar el efecto de dicha técnica en el tratamiento de estos pacientes. Por ejemplo, en el estudio desarrollado por Befort, Nollen, Ellerbeck, Sullivan, Thomas y Ahluwalia (2008) con mujeres afroamericanas obesas no se encontraron diferencias significativas en relación con el peso corporal comparando la EM y una intervención educativa. Los autores consideran que el bajo nivel socioeconómico podría generar una mayor percepción de barreras para el

cambio, por lo que la EM no resulta tan útil como en otras poblaciones. Concluyen con la necesidad de investigar en qué poblaciones resulta más efectiva la EM.

Con base en las consideraciones anteriores el objetivo de este estudio fue analizar los efectos de la EM en conjunto con una intervención cognoscitivo-conductual grupal en pacientes con DM2 (García y Sánchez-Sosa, 2013).

Método

Participantes

Participaron en el estudio 25 pacientes con diagnóstico de DM2 de una institución de salud pública del Distrito Federal, con una edad promedio de 62 años ($DE = 10$). Asimismo, ocho (32%) eran hombres y 17 (68%) mujeres. Por otro lado, 12 (48%) contaban con estudios de primaria, ocho (32%) de secundaria, dos (8%) de bachillerato y tres (12%) universitarios. Los pacientes fueron distribuidos de manera intencional en dos grupos: uno que incluye una sesión de EM individual (13 pacientes) y otro que incluye una sesión educativa individual (12 pacientes). Ambas sesiones se realizan antes de ingresar al tratamiento cognoscitivo-conductual grupal. Se utilizó la prueba de la *t* de Student para muestras independientes en la medición de la hemoglobina glucosilada, con la finalidad de conocer si existían diferencias significativas entre ambos grupos (educativo y motivacional) antes de iniciar el tratamiento, sin que se encontraran dichas diferencias. De igual forma se analizaron los datos de las escalas con la prueba *U* de Mann-Whitney (por su nivel de medición); se encontraron diferencias significativas en la escala de preocupación por aspectos sociales y vocacionales ($p = 0.04$), presentándose un mayor puntuación en el grupo motivacional.

Instrumentos

Entrevista Semiestructurada para Pacientes con DM2 (García, 2003). En esta entrevista se cuestiona sobre las creencias, las conductas de autocuidado, el estilo de vida y los estados emocionales asociados con la diabetes.

Calidad de Vida en Diabetes (Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez y Nicolini, 2003). Es una versión adaptada del Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), que permite evaluar la calidad de vida específica en pacientes con este padecimiento (DCCT, 1988). El instrumento consta de 45 preguntas distribuidas en las siguientes subescalas: *a*) satisfacción con el tratamiento; *b*) impacto del tratamiento; *c*) preocupación por aspectos sociales y vocacionales, y *d*) preocupación por efectos futuros de la diabetes. Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert

de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde muy satisfecho (1) hasta muy insatisfecho (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde ningún impacto o nunca me preocupó (1) hasta siempre me afecta o siempre me preocupa (5). De acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación en la escala significa una buena calidad de vida. La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa que oscila entre 0.68 y 0.86, además de presentar una adecuada validez factorial y de constructo. El instrumento presenta índices de correlación positivos, moderados y estadísticamente significativos con los instrumentos de ansiedad ($r = 0.68$) y depresión ($r = 0.51$) de Beck.

Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). Es la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961), que fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta una persona. El instrumento es autoadministrado y consta de 21 preguntas, cada una con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Las normas de calificación del BDI en México son: mínima (0 a 9), leve (10 a 16), moderada (17 a 29) y severa (30 a 63). Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78. El instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante.

Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Evalúa la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en una persona; es un instrumento autoadministrado que consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión en español del IAB sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuada.

Procedimiento

Se estableció contacto con las autoridades de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS a efecto de acordar la firma de convenios con la finalidad de realizar la investigación. Se diseñaron las cartas descriptivas y se llevó al cabo el piloteo de la intervención grupal en 10 pacientes, previa firma del consentimiento informado.

Mediante la técnica de grupos focales se analizó la satisfacción del usuario. Con base en esta evaluación se realizaron los cambios necesarios para la intervención final.

Por otro lado, se contactó a una psicóloga experta en el manejo de la EM para la impartición de un taller de 20 horas, con el propósito de iniciar el entrenamiento en esta herramienta terapéutica. Se continuó con la práctica clínica aplicando la EM en pacientes con DM2, involucrando a una psicóloga pasante quien aplicó la técnica; con el apoyo de audiograbaciones se retroalimentó la ejecución de la misma hasta que resultó satisfactoria, acorde con los lineamientos de la EM, mediante una hoja de evaluación de estrategias motivacionales. Se invitó en la sala de espera a los pacientes que acudían a consulta para que participaran en el estudio. También se recurrió al personal médico para que canalizara pacientes pero la respuesta fue escasa, excepto en el área de trabajo social, desde donde se canalizó una cantidad importante de pacientes.

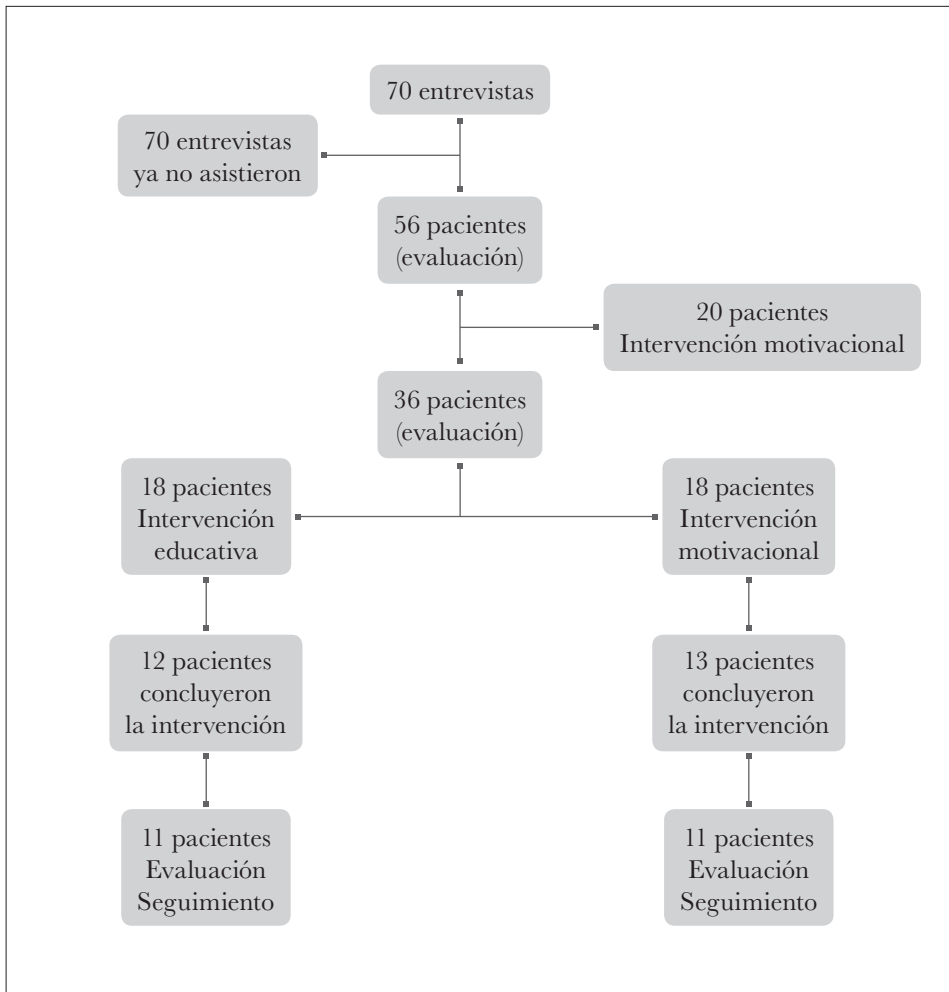
Una vez que los pacientes accedieron colaborar, se procedió a la lectura del consentimiento informado y se realizó la entrevista semiestructurada para obtener información precisa sobre el estado actual del autocuidado relacionado con la diabetes y se administraron los instrumentos antes de la intervención, al finalizar ésta y a los seis meses. La administración la condujo una estudiante de servicio social, previamente entrenada. También se llevaron a cabo mediciones fisiológicas, como hemoglobina glucosilada (HbA1c), triglicéridos y colesterol antes de iniciar el tratamiento, después del tratamiento y seis meses después de haber concluido la intervención.

Fueron entrevistados 70 pacientes, aun cuando sólo 56 acudieron a la evaluación y 36 asistieron a la intervención. Finalmente, concluyeron el tratamiento 25 pacientes, de los cuales 22 realizaron la evaluación de seguimiento. En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo de los pacientes atendidos. Conforme se iban integrando a la investigación, los pacientes evaluados fueron asignados a uno de dos grupos de intervención: 1) un grupo de 13 pacientes que incluyó tres sesiones de entrevista motivacional: antes de iniciar el programa, al finalizar éste y a los tres meses, y 2) otro grupo conformado por 12 pacientes, que recibió sólo la intervención cognoscitivo-conductual y tres sesiones de atención individual: antes, después y a los tres meses de finalizar el tratamiento, en las que se abordaron temas relacionados con el cuidado de la salud.

El tratamiento cognoscitivo-conductual grupal consistió de 12 sesiones semanales de dos horas cada una e incluyó las siguientes técnicas:

1. *Educación para la salud*: consiste en una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas y destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia las conductas saludables (Green, 1980). En esta intervención se abordaron los temas: definición de diabetes, síntomas, complicaciones agudas y crónicas, así como factores de riesgo.

Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes atendidos



2. *Psicoeducación*: consiste en explicar al paciente cómo se relacionan sus conductas, emociones, creencias y sensaciones físicas con los problemas que se presentan en su vida cotidiana (Beck, 1983), y también cómo afectan el control de la diabetes.
3. *Modelamiento y moldeamiento*: son procedimientos cuyo objetivo es la adquisición de nuevas conductas, basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura. Esta teoría sugiere que tanto las habilidades como la confianza en la capacidad de cambiar pueden aumentar mediante la observación de otras personas realizando la conducta deseada. En este caso se utilizaron estos procedimientos para

que los pacientes con diabetes midieran su glicemia con el glucómetro, simularan una inyección de insulina y prepararan alimentos bajos en carbohidratos.

4. *Autocontrol*: es definido como las conductas que emprende una persona deliberadamente para lograr resultados seleccionados por ella misma (Kazdin, 1996). Una de las estrategias es el automonitoreo, que consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. Para el manejo de la diabetes es muy importante que el paciente observe la frecuencia, la intensidad y la duración de las conductas que afectan sus niveles de glicemia y que constantemente evalúe su nivel de glucosa en sangre. Otra estrategia es el control de estímulos, cuyo objetivo es estructurar el ambiente para que las conductas se modifiquen (Kazdin, 1996). En el caso de las personas con diabetes, es necesario que los estímulos estén vinculados con las conductas relacionadas con la toma de medicamentos y con una alimentación saludable. La programación conductual que incluye el autorreforzamiento de conductas saludables y el contrato conductual (en el cual se especifica la relación entre conductas y consecuencias) apoyan a la persona con diabetes para realizar los cambios de conducta relevantes para controlar sus niveles de glucosa.
5. *Modelo de solución de problemas*: proceso cognoscitivo-conductual autodirigido, mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida diaria (D’Zurilla y Nezu, 1999). Un problema —o situación problemática— es definido por los mismos autores como aquellas situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen determinadas respuestas, consideradas adaptativas, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una capacidad unitaria. Es decir, la solución eficaz de los problemas requiere diferentes componentes interactuantes: *a)* orientación al problema; *b)* definición y formulación del problema; *c)* generación de alternativas de solución; *d)* toma de decisiones, y *e)* puesta en práctica de la solución y verificación. De acuerdo con el (meta)análisis realizado por Hill-Briggs y Gemmel (2007), en 50% de las intervenciones en las cuales se incluyó la técnica de solución de problemas existió una disminución significativa de la hemoglobina glucosilada.
6. *Reestructuración cognoscitiva*: el diagnóstico de la diabetes está relacionado con creencias culturales que pueden influir negativamente en la adhesión al tratamiento. Además, la existencia de estados emocionales disfuncionales complica en mayor medida la adhesión. Así que resulta importante identificar las

creencias distorsionadas para generar pensamientos más realistas y funcionales (Gonzalez, Fisher y Polonsky, 2011).

7. *Entrenamiento en asertividad*: mediante el modelamiento y el juego de roles se entrena a los pacientes en conductas específicas, como pedir ayuda, negarse a consumir alimentos altos en carbohidratos y hacer preguntas/peticiones al equipo médico para mejorar su adhesión al tratamiento.

Los temas que se abordaron durante la intervención y las sesiones dedicadas a cada uno de ellos se resumen en el cuadro 2. En algunas sesiones se proporcionaron folletos educativos para que el paciente recordara la información revisada. Una psicóloga especializada y una estudiante de servicio social debidamente entrenada condujeron las sesiones grupales, sin conocer la condición asignada a cada paciente. Se realizaron dos sesiones de EM (antes de la intervención y después de la intervención). Cada sesión tuvo una duración de 20 minutos.

Los objetivos de cada sesión de EM fueron los siguientes: 1) *Sesión antes de la intervención*: mediante el uso de preguntas evocadoras el paciente verbalizó frases automotivadoras. Las preguntas que pueden formar parte de esta sesión incluían: ¿En su opinión, cuáles han sido algunas de las mejores razones para cuidar su salud? ¿Cómo se imagina que cambiaría su vida cotidiana si controlara su azúcar? ¿Qué cosas hace usted para cuidar sus niveles de azúcar en la sangre que ha sentido le han dado resultado? ¿Qué otras cosas piensa usted que podría cambiar para mejorar sus niveles de azúcar en la sangre? ¿Le gustaría que el grupo de apoyo le ayudara a usted para disminuir sus niveles de azúcar en la sangre? ¿De qué manera? 2) *Sesión después de la intervención*: que el paciente verbalice frases de autoeficacia, pudiéndose usar las siguientes preguntas abiertas: ¿Cuáles son los cambios que usted ha realizado desde que entró al grupo de apoyo? ¿Cómo se ha sentido al respecto? ¿Cuáles son las cosas buenas que han sucedido desde que entró al grupo de apoyo? ¿Qué cosas ha hecho para lograr los cambios que se propuso? ¿Qué considera que hace falta? ¿Qué siente usted que podemos hacer para lograr esos cambios? Las sesiones educativas tuvieron un carácter directivo, donde sólo se ofreció información sobre la enfermedad, y se utilizó el consejo y la persuasión para que el paciente realice cambios en la conducta acorde con las recomendaciones médicas.

Resultados

A continuación se muestran los dispersogramas que muestran los valores pre-pos y de seguimiento en el paciente adscrito a cada grupo de intervención. Cabe señalar que en el grupo que recibió la sesión educativa un paciente no se presentó para realizar su evaluación de seguimiento y en el grupo que recibió la sesión

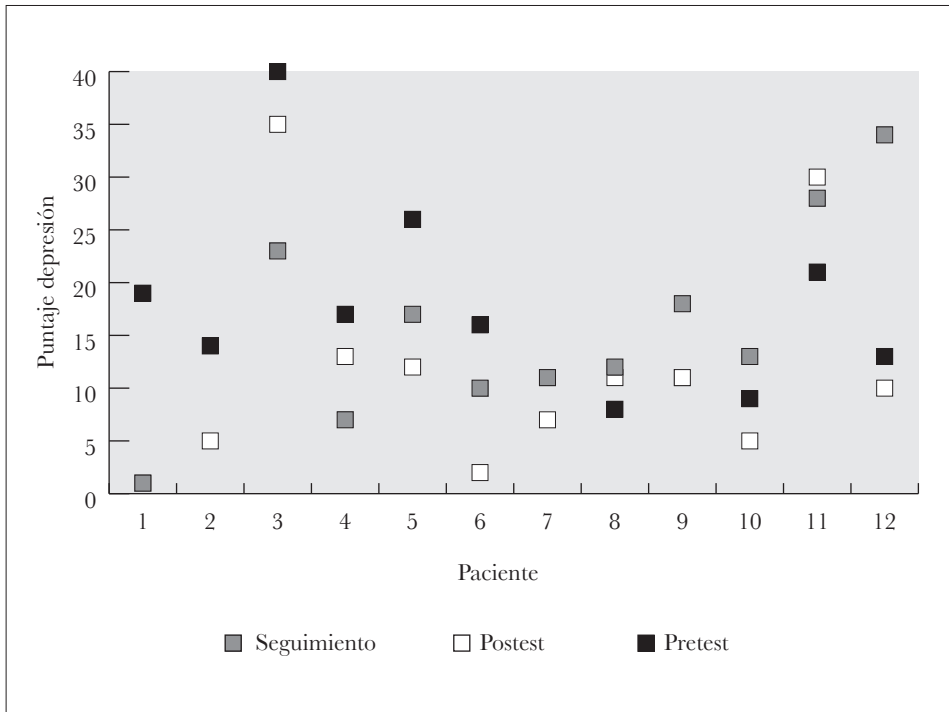
Cuadro 2. *Temas abordados en la intervención cognoscitivo-conductual*

Sesión	Tema	Contenido/ Técnicas
1	Presentación y planteamiento de objetivos.	Estructura de la intervención, expectativas/ Discusión.
2	Educación para la salud.	Definición, síntomas, complicaciones agudas y crónicas, factores de riesgo, tratamiento/ Exposición.
3	Psicoeducación.	Relación pensamiento-reacción física-emoción-conducta/ Exposición-discusión.
4-5	Control emocional.	Reestructuración cognoscitiva, modelo de solución de problemas, relajación.
6	Automonitoreo de glucos y toma de medicamentosa.	Uso del medidor de glucosa, efecto de los medicamentos, estrategias para toma de medicamentos/ Modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos.
7-8	Alimentación.	Relación alimentación-glucemia, grupos de alimentos, menú bajo en carbohidratos/ Modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos.
9	Actividad física y cuidado de los pies.	Relación entre actividad física y glucemia, opciones para realizar actividad física, revisión diaria de pies/ Modelo de solución de problemas, contrato conductual, modelamiento.
10	Asertividad.	Conducta no asertiva, agresiva y asertiva/ Modelamiento y moldeamiento.
11	Revisión y cuidado de los pies/Inyección de insulina.	Recomendaciones para la prevención del pie diabético y aplicación de la inyección de insulina/ Modelamiento, moldeamiento y ensayo conductual.
12	Cierre.	Logro de objetivos y compromisos a largo plazo/ Discusión.

motivacional dos pacientes tampoco lo hicieron. Por su parte, en la gráfica 1 se puede observar que cuatro de los 11 pacientes tratados se encuentran en el nivel moderado y severo antes de la intervención, disminuyendo su puntuación considerablemente. En relación con el seguimiento se observa que ocho pacientes mostraron un incremento en la sintomatología depresiva.

En la gráfica 2, correspondiente al grupo motivacional, se observa una menor intensidad de los síntomas depresivos en la mayoría de los pacientes, en

Gráfica 1. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo educativo

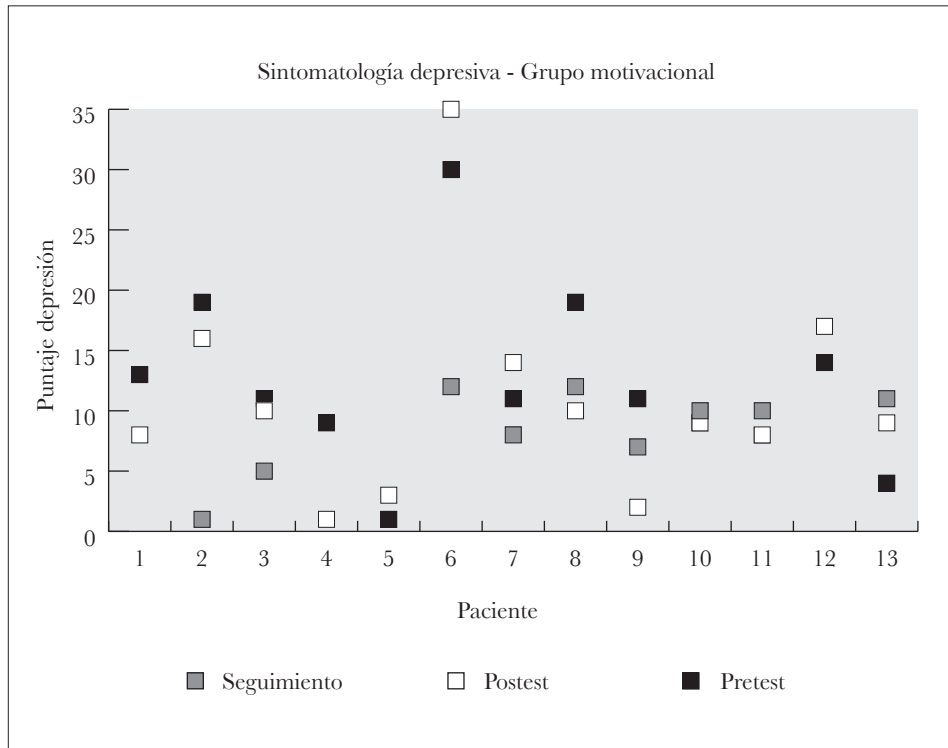


Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	19	14	40	17	26	16	11	8	11	9	21	13
Postest	1	5	35	13	12	2	7	11	11	5	30	10
Seguimiento	1		23	7	17	10	11	12	18	13	28	34

comparación con el grupo expuesto a la sesión educativa. Tres pacientes presentaron cambios clínicamente significativos en la disminución de los síntomas y tres pacientes presentaron un incremento significativo en los mismos. En la evaluación de seguimiento, cinco pacientes mostraron un incremento de los síntomas.

En la gráfica 3, correspondiente al grupo educativo, se observaron cambios clínicamente significativos en la disminución de la sintomatología ansiosa en ocho pacientes, mientras que un paciente empeoró, debido a que atravesaba por una crisis económica importante. En el seguimiento, tres pacientes mostraron un incremento en la sintomatología superior al pretest y tres mostraron un incremento en comparación con el postest.

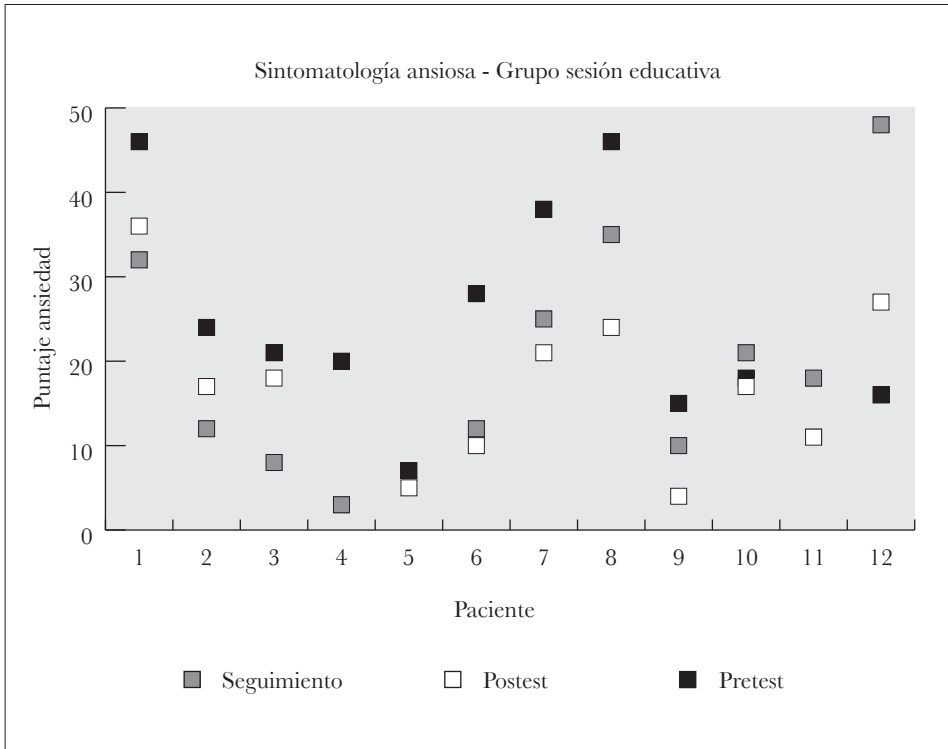
Gráfica 2. *Cambios prepos y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo motivacional*



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	13	19	11	9	1	30	11	19	11	9	8	14	4
Postest	8	16	10	1	3	35	14	10	2	9	8	17	9
Seguimiento		1	5	0	0	12	8	12	7	10	10		11

En cambio, en el grupo motivacional (gráfica 4) se observaron cambios clínicamente significativos en 11 pacientes después de la intervención. Cinco pacientes disminuyeron de un nivel de ansiedad severa a moderada o leve en el postest y durante el seguimiento; esa disminución se presentó de manera mucho más acusada en los pacientes 1 y 2. Sin embargo, en el seguimiento un paciente (registrado con el número 10) mostró incremento de los síntomas mayor al pretest y tres pacientes presentaron un incremento mayor al postest (los registrados con los números 9, 10 y 11).

En cuanto al deterioro de la calidad de vida, en el grupo de sesión educativa tres pacientes disminuyeron su puntuación en el postest y en el seguimiento (gráfica 5),

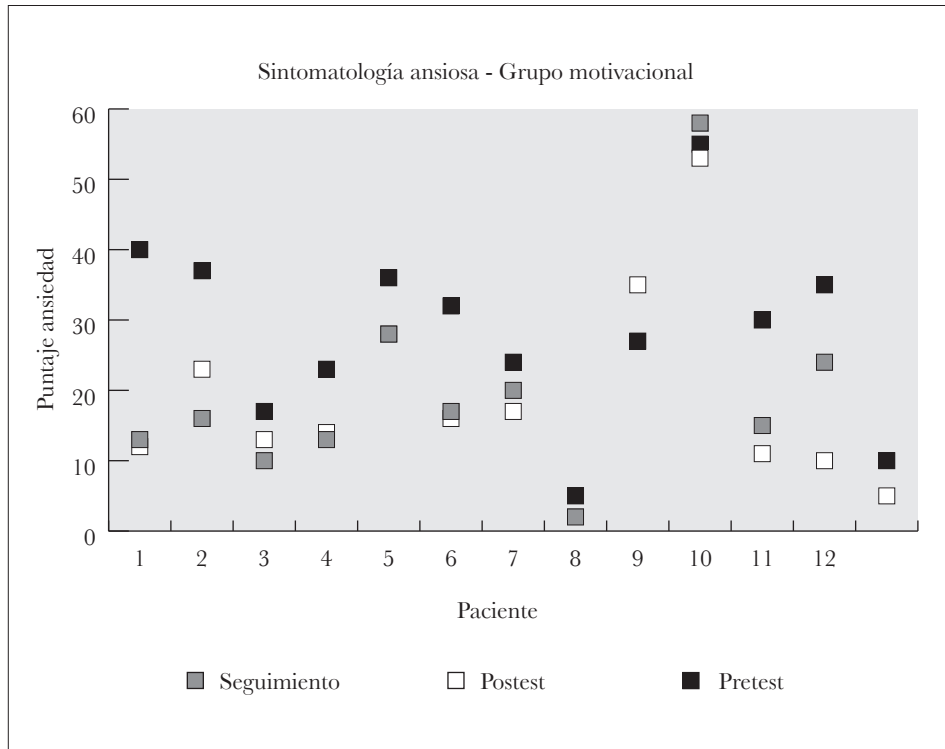
Gráfica 3. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo educativo

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	46	24	21	20	7	28	38	46	15	18	11	16
Postest	36	17	18	3	5	10	21	24	4	17	11	27
Seguimiento	32	12	8	3		12	25	35	10	21	18	48

que corresponden a los pacientes números 1, 2 y 4. Por otro lado, seis de los pacientes mostraron puntuaciones en el seguimiento superiores al pretest, es decir, que su calidad de vida empeoró; en tres de ellos los incrementos en las puntuaciones fueron de ligeros a moderados, pero en los otros tres se presentaron de manera importante, como en los casos de los pacientes con números 10, 11 y 12, con incrementos de 76, 23 y 81 puntos, respectivamente, entre las evaluaciones pretest y seguimiento. Asimismo, es importante hacer notar que un paciente, con el registro número 3, no completó la evaluación en la variable dentro de la fase de seguimiento.

En el grupo que recibió la sesión motivacional, tal como se muestra en la gráfica 6, un total de 10 pacientes disminuyó su deterioro de la calidad de vida entre el

Gráfica 4. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo motivacional

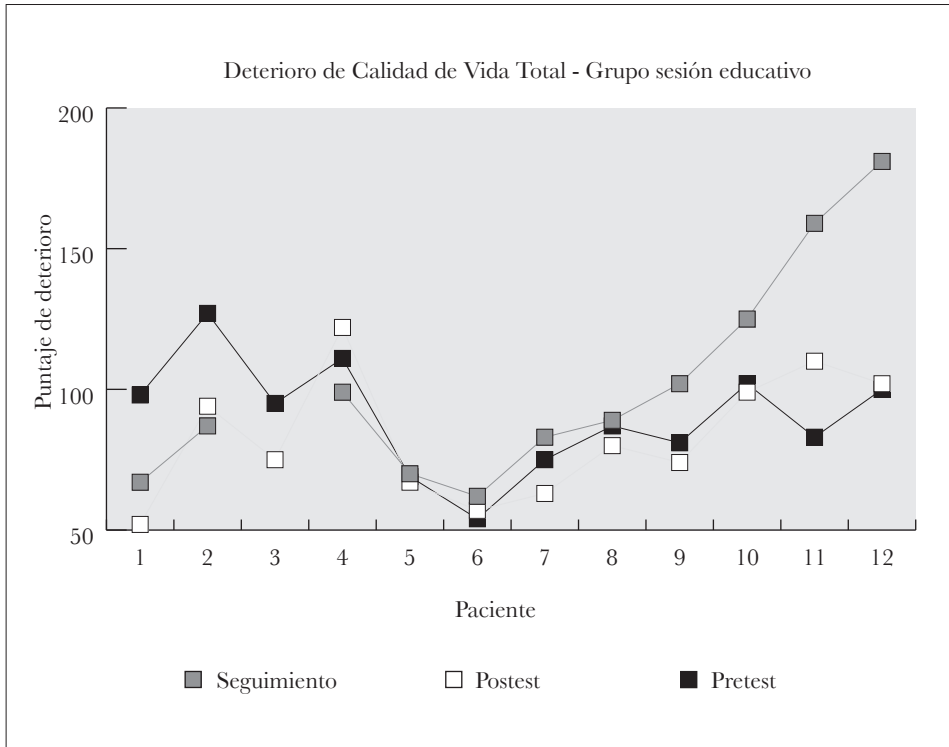


Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	40	37	17	23	36	32	24	5	27	55	30	35	10
Postest	12	23	13	14	28	16	17	0	35	53	11	10	5
Seguimiento	13	16	10	13	28	17	20	2		58	15	24	

pretest y el postest (los incrementos se encontraron en los pacientes 11 y 12). Por otro lado, entre el postest y el seguimiento, cinco de los pacientes redujeron sus puntuaciones, de manera más acusada en quienes tenían los números 9, 11 y 13, lo que significa que fueron éstos quienes incrementaron su calidad de vida después de la intervención. Finalmente, seis pacientes presentaron incrementos en las puntuaciones en ambas fases, si bien es cierto que en todos los casos fueron ligeros (con excepción del paciente 3 que pasó de 69 a 82 puntos), aunque no lo suficiente como para considerar un deterioro de la calidad de vida, según lo establecido en el estudio de validación del instrumento utilizado.

Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para identificar diferencias sig-

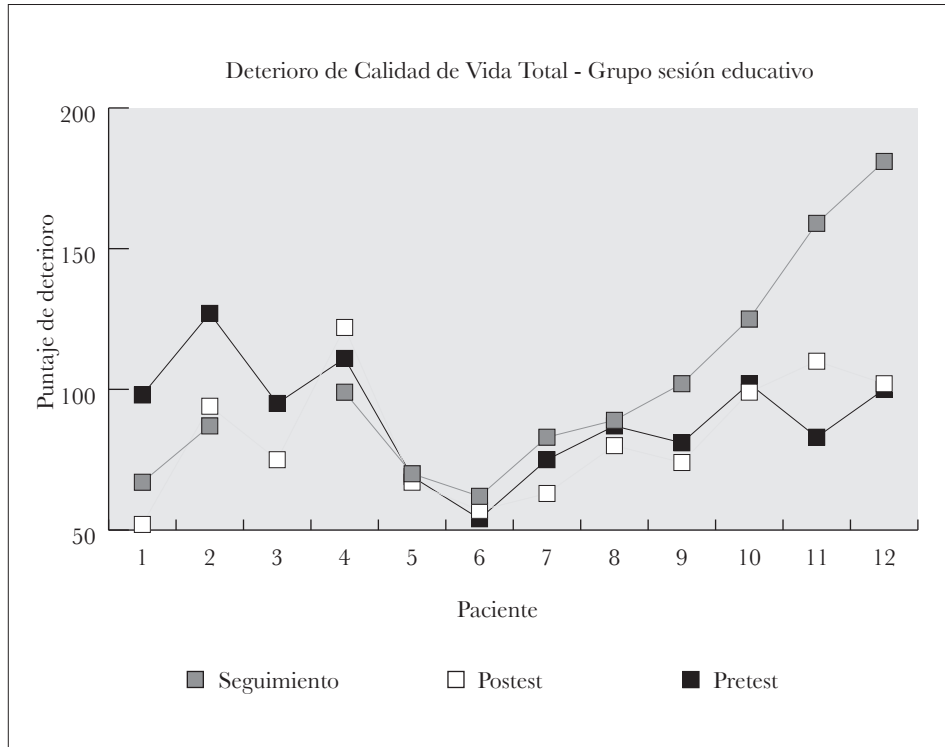
Gráfica 5. *Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Calidad de Vida en Diabetes en el grupo educativo*



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	98	127	95	111	69	54	75	87	81	102	83	100
Postest	52	94	75	122	67	57	63	80	74	99	110	102
Seguimiento	67	87		99	70	62	83	89	102	125	159	181

nificativas entre las puntuaciones en el pretest, el postest y el seguimiento para los grupos educativo y motivacional en las variables depresión, ansiedad y calidad de vida. Se pudo observar que el grupo que recibió la sesión educativa, las escalas de depresión y ansiedad mostraron cambios significativos comparando el pre-pos del tratamiento. Estos cambios fueron benéficos para los pacientes, es decir, existió una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. El deterioro en la calidad de vida se incrementó significativamente del postest al seguimiento, es decir que los pacientes empeoraron en estas dos áreas. En comparación, en el grupo motivacional no se encontraron datos estadísticamente significativos que señalen

Gráfica 6. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Calidad de Vida en Diabetes en el grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	128	112	101	110	63	104	87	103	101	139	88	82	77
Postest	66	69	69	85	49	82	72	88	89	129	83	92	88
Seguimiento	67	-	82	77	58	88	76	76	64	133	-	74	60

que los pacientes hayan empeorado en alguna área. Más bien, se beneficiaron significativamente en más áreas, en comparación con el grupo educativo. Estas áreas fueron: ansiedad pre-pos y preseguimiento; mejora significativa en la calidad de vida en el pre-pos y en el preseguimiento.

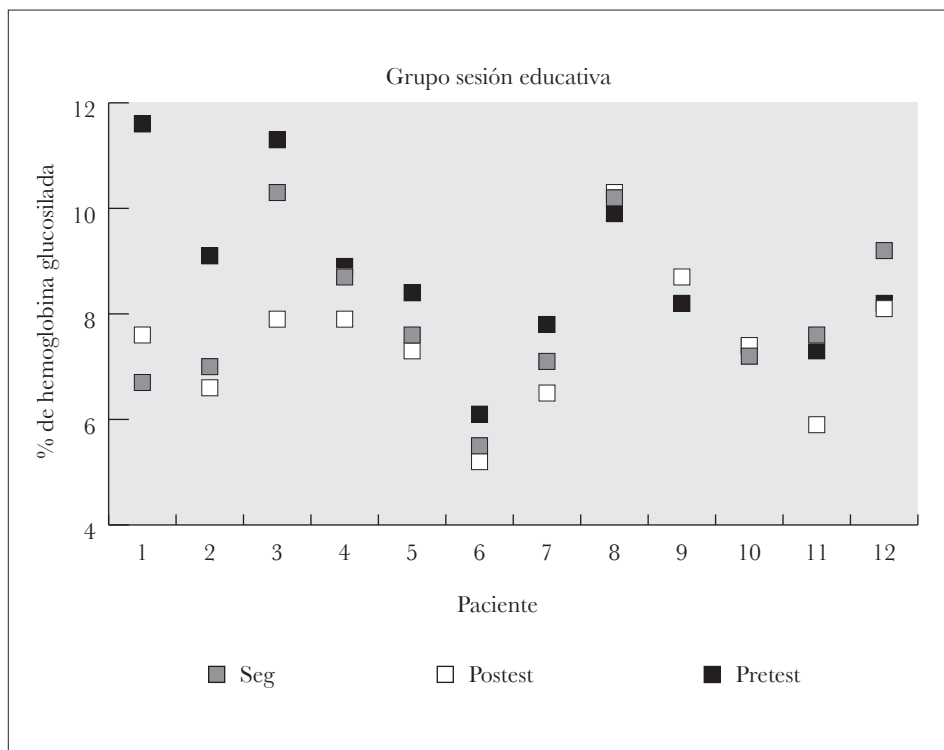
Asimismo, se utilizó la prueba de Friedman para k muestras relacionadas en los 11 pacientes que finalizaron el seguimiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo educativo para la sintomatología ansiosa ($p = 0.02$). En el grupo motivacional se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa ($p = 0.001$) y en deterioro de la calidad de vida ($p = 0.004$).

Es importante tener en cuenta la significancia clínica. Para este fin se llevó al cabo el cálculo de cambio clínico objetivo, que consiste en la diferencia entre el postest y el pretest, dividido entre el pretest (Cardiel, 1994). Se considera que un cambio clínico es significativo cuando es mayor a 0.20. Los cálculos se realizaron con los datos pre-pos, pos seguimiento y preseguimiento, identificando si ese cambio fue positivo (mejoría), negativo (deterioro) o menor que 0.20, lo cual indicaría que el paciente permaneció igual. En el grupo educativo 43% de los cambios posibles indicaron una mejora del pretest al postest, mientras que en el grupo motivacional 51% de los cambios mejoraron de una a otra condición. En cuanto al pretest y el seguimiento, en el grupo educativo 39% de los cambios posibles mejoraron, mientras que en el grupo motivacional 59% de los cambios indicaron una mejoría. En relación con el porcentaje de no cambios, no se encontraron diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, en cuanto a los pacientes que empeoraron, en el grupo educativo 17% empeoró del pretest al postest, mientras que en el grupo motivacional sólo empeoró 8%. Respecto del pretest al seguimiento, en el grupo educativo empeoró 33%, a diferencia del grupo motivacional en el que sólo 11% empeoró. Esto indica que los pacientes fueron más beneficiados clínicamente en el grupo motivacional que en el educativo. Por lo que hace al porcentaje de hemoglobina glucosilada, en el grupo educativo ocho pacientes presentaron una disminución importante en el postratamiento (gráfica 7). Sin embargo, en el seguimiento se presentó un incremento en casi todos los pacientes, excepto en uno. Tres pacientes consiguieron disminuir la hemoglobina glucosilada en el seguimiento al nivel recomendado por los médicos, que es de 7% y que se muestra en la gráfica con una línea punteada. Un paciente logró mantenerse con el porcentaje saludable.

En el grupo motivacional, nueve pacientes disminuyeron el porcentaje de hemoglobina glucosilada en el pos y en el seguimiento, mientras que tres pacientes lo incrementaron en el seguimiento (gráfica 8). Cuatro pacientes consiguieron disminuir la hemoglobina glucosilada en el rango recomendable (menor a 7%) y un paciente se mantuvo en el mismo.

Para analizar estadísticamente las mediciones de hemoglobina glucosilada prepos y seguimiento se aplicó la prueba de la t de Student para muestras relacionadas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de significancia de 0.05 en todas las comparaciones, excepto en pos seguimiento de la sesión educativa y preseguimiento en ambos tratamientos. Esto significa que los pacientes presentaron disminución estadísticamente significativa del pre al postratamiento, pero un incremento estadísticamente significativo en el seguimiento a seis meses.

Gráfica 7. Cambios pre-pos y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo educativo



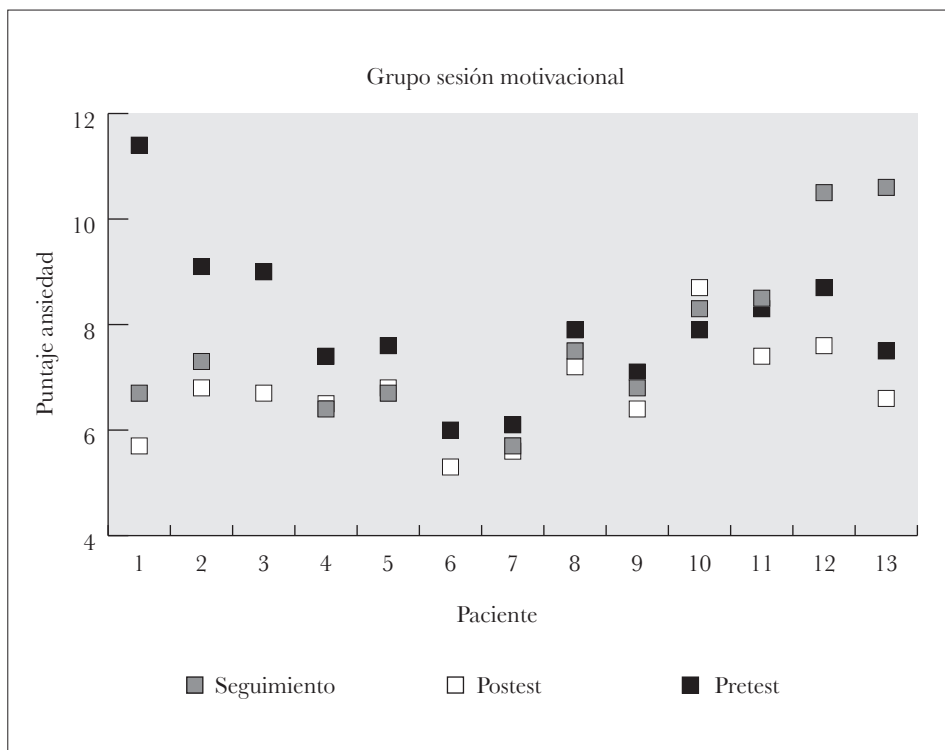
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	11.6	9.1	11.3	8.9	8.4	6.1	7.8	9.9	8.2	7.4	7.3	8.2
Postest	7.6	6.6	7.9	7.9	7.3	5.2	6.5	10.3	8.7	7.4	5.9	8.1
Seguimiento	6.7	7	10.3	8.7	7.6	5.5	7.1	10.2		7.2	7.6	9.2

Discusión

Este estudio tuvo por objeto analizar los efectos de una intervención cognoscitivo-conductual grupal adicionando el componente de la EM para indagar si podía potenciar los resultados positivos del tratamiento psicológico. Para esto se compararon dos grupos: uno que incluía una sesión de entrevista motivacional antes y después del tratamiento grupal cognoscitivo-conductual, y otro que incluyó una sesión educativa antes y después de la intervención.

En primer término, se pudo observar que ambas intervenciones generaron cambios importantes en el control del padecimiento, ya que se detectó una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada en casi todos los pacientes.

Gráfica 8. Cambios pre-pos y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	11.4	9.1	9	7.4	7.6	6	6.1	7.9	7.1	7.9	8.3	8.7	7.5
Postest	5.7	6.8	6.7	6.5	6.8	5.3	5.6	7.2	6.4	8.7	7.4	7.6	6.6
Seg	6.7	7.3		6.4	6.7		5.7	7.5	6.8	8.3	8.5	10.5	10.6

Este indicador es muy importante, puesto que señala que los pacientes realizaron cambios conductuales relevantes que afectaron positivamente su salud física. Tomar el medicamento, disminuir la cantidad de carbohidratos consumidos en su dieta cotidiana y hacer ejercicio permitió disminuir los niveles de glucosa sanguínea. Para lograr cambios conductuales relevantes al cuidado de la salud, los pacientes requieren no sólo información, sino también entrenamiento en conductas de autocuidado (Wang, Stewart, Mackenzie, Nakonezny, Edwards y White, 2010). Además, este dato coincide con el obtenido por Smith *et al.* (2007), quienes también compararon dos tratamientos (cognoscitivo-conductual y cognoscitivo-conductual + motivacional), detectando beneficios importantes en ambos.

También se pudo apreciar que los dos tipos de tratamiento mejoraron el bienestar emocional de los pacientes al disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, y al mejorar su calidad de vida. El impacto positivo de las intervenciones cognoscitivo-conductuales concuerda con los resultados obtenidos en diversas investigaciones (Caballero *et al.*, 2004; Del Castillo *et al.*, 2004; Jáuregui, 2002, Riveros *et al.*, 2005; Robles, 2002). Específicamente, el uso del modelo de solución de problemas resultó muy útil para que los pacientes generaran alternativas para superar los obstáculos percibidos en el control de la glucosa, lo cual coincide con el estudio realizado por Hill-Briggs y Gemmel (2007).

Respecto de los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad, llama la atención el hecho de que los pacientes antes de la intervención presentaron niveles más elevados en la sintomatología ansiosa que en la depresiva. Esto contrasta con el estudio realizado por Egede, Nietert y Zheng (2005), quienes afirman que la sintomatología depresiva es mayor en las personas que padecen diabetes. Cabe destacar que son escasas las investigaciones que estudian los efectos de la ansiedad en el control de la diabetes, lo cual permite vislumbrar la necesidad de estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa y la diabetes. Se pudo observar, asimismo, que los pacientes que recibieron la sesión motivacional emocionalmente permanecieron estables y/o mejoraron en el seguimiento. Este hecho coincide con lo expuesto por Chanon *et al.* (2007), quienes señalan que los pacientes del grupo motivacional presentaron mayor satisfacción con su vida, menos ansiedad y mayor bienestar. Sin embargo, el hecho de que el nivel de hemoglobina glucosilada se incrementara durante el seguimiento sugiere la necesidad de programar sesiones mensuales para continuar apoyando al paciente en el cambio de conducta ya iniciado. Debido a limitaciones de tiempo y espacio dentro de la institución, este seguimiento no se pudo realizar.

Conclusiones y recomendaciones

En primer lugar, el estudio corrobora la importancia del psicólogo de la salud en los escenarios clínicos. Se demostró que ambas intervenciones influyeron positivamente en el cambio conductual en los pacientes y que repercutió en la mejoría de su salud física y emocional en sólo tres meses de tratamiento. Varios pacientes atendidos con años de evolución del padecimiento lograron modificar su hemoglobina glucosilada sin necesidad de hacer cambios en la prescripción médica, lo que antes no habían realizado. Por lo anterior, se puede concluir que la EM representa una herramienta útil para mejorar el bienestar emocional de los pacientes y facilitar el cambio de conducta para mejorar indicadores fisiológicos, si bien es cierto que faltó detallar la estrategia para mantener el cambio de conducta a largo plazo. Se requieren, por tanto, estudios aleatorizados con grupos equipara-

dos para poder verificar los resultados de la EM. También se recomienda llevar a cabo estudios con un menor número de sesiones para indagar si pueden presentar el mismo efecto disminuyendo la inversión de recursos.

Referencias

- Aguilar, C., y R. Rojas (2012), “Epidemiología de la diabetes y el síndrome metabólico en México”, *Ciencia*, 63, pp. 36-45.
- American Diabetes Association (2009), “Standards of Medical Care in Diabetes—2009”, *Diabetes Care*, 32 (Suppl. 1), pp. S13-S61.
- Arredondo, A., y E. de Icaza (2011), “Costos de la diabetes en América Latina: evidencias del caso mexicano”, *Value in Health*, 14 (Suppl.), pp. S85-S88.
- , y A. Zúñiga (2004), “Economic Consequences of Epidemiological Changes in Diabetes in Middle-income Countries: The Mexican Case”, *Diabetes Care*, 27, pp. 104-109.
- Befort, C., N. Nollen, E. Ellerbeck, D. Sullivan, J. Thomas y J. Ahluwalia (2008), “Motivational Interviewing Fails to Improve Outcomes of a Behavioral Weight Loss Program for Obese African American Women: A Pilot Randomized Trial”, *Journal of Behavioral Medicine*, 31, pp. 367-377.
- Brown, S., S. Blozis, K. Kouzekanani, A. Garcia, M. Winchell y C. Hanis (2007), “Health Beliefs of Mexican Americans with Type 2 Diabetes: The Starr County Border Health Initiative”, *Diabetes Educator*, 33, pp. 300-308.
- Caballero, N., T. López y L. Gómez (2004), “Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión”, tesis de licenciatura no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Calhoun, D. (2005), *Why Change Now? Motivational Interviewing as a Brief Intervention for Type-2 Diabetes among the Eastern Shoshone and Northern Arapaho.*, Dissertation Abstracts International; Section B: The Sciences and Engineering, 66 (5-B), p. 2811.
- Cardiel, R. M. (1994), “La medición de la calidad de vida”, en L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (eds.), *Epidemiología clínica*, México, Interamericana-McGraw Hill, pp. 189-199.
- Channon, S., M. Huws-Thomas, S. Rollnick, K. Hood, R. Cannings-John, C. Rogers y J. W. Gregory (2007), “A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers with Diabetes”, *Diabetes Care*, 30, pp. 1390-1395.
- Cochran, J. y V. Conn (2008), “Meta-analysis of Quality of Life Outcomes Following Diabetes Self-management Training”, *The Diabetes Educator*, 34, pp. 815-823.

- Cox, D., L. Gonder-Frederick, W. Polonsky, D. Schlundt, B. Kovatchev y W. Clarke (2001), "Blood Glucose Awareness Training (BGAT-II: Long Term Benefits)", *Diabetes Care*, 24, pp. 637-642.
- Castillo, A. del (2010), "Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2", tesis de doctorado no publicada, México; Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , del, L. I. Reyes y J. J. Sánchez-Sosa (2004), "Intervención cognitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2", en *La Psicología Social en México*, vol. X, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, pp. 461-468.
- Ríos, J. de los, P. Barrios y T. Ávila (2004), "Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42, pp. 379-385.
- , J. J. Sánchez-Sosa, P. Barrios y V. Guerrero (2004), "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42, pp. 109-116.
- Delamater, A. (2006), "Improving Patient Adherence", *Clinical Diabetes*, 24, pp. 71-77.
- DiMatteo, M. R., y D. D. DiNicola (1982), *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*, Nueva York, Pergamon Press.
- Egede, L., J. Nietert y D. Zheng (2005), "Depression and All-cause and Coronary Heart Disease Mortality among Adults with and Without Diabetes", *Diabetes Care*, 28, pp. 1339-1345.
- ENEC (1993), *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*, México, Secretaría de Salud.
- ENSA (2000), *Encuesta Nacional de Salud 2000*, México, Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.insp.mx/ensa> [consultada el 19 de mayo de 2012].
- ENSANUT (2006), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut> [consultada el 19 de mayo de 2012].
- Fisher, L., C. Chesla, R. Bartz, C. Gilliss, M. Skaff, F. Sabogal y C. P. Lutz (1998), "The Family and Type 2 Diabetes: A Framework for Intervention", *The Diabetes Educator*, 24, pp. 599-607.
- García, R. (2003), "Reporte de experiencia profesional", tesis de maestría no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , y J. Sánchez-Sosa (2013), "Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2", *Psicología y Salud*, 23, pp. 183-193.
- Gonzalez, J., L. Fisher y W. Polonsky (2011), "Depression in Diabetes: Have we been Missing Something Important?", *Diabetes Care*, 34, pp. 236-239.
- González-Pedraza, A., E. Alvara-Solís, E. Martínez-Vázquez y R. Ponce-Rosas (2007), "Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabé-

- ticos tipo 2 del primer nivel de atención médica”, *Gaceta Médica de México*, 143, pp. 453-462.
- Green, L. W. (1980), “*Health Education Planning: A Diagnostic Approach*”, Palo Alto, CA, Mayfield Publishing.
- Grigsby, B., R. Anderson, K. Freedland, R. Clouse y P. Lustman (2002), “Prevalence of Anxiety in Adults with Diabetes: A Systematic Review”, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 1053-1060.
- Heisler, M., J. Piette, M. Spencer, E. Kieffer y S. Vijan (2005), “The Relationship between Knowledge of Recent HbA1c Values and Diabetes Care Understanding and Self-management”, *Diabetes Care*, 28, pp. 816-822.
- Hernández, M. y G. Olaíz (2002), “La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública”, *Ciencia*, 53, pp. 8-17.
- Hernández-Ronquillo, L., J. Téllez-Zenteno, J. Garduño-Espinosa y E. González-Aceves (2003), “Frecuencia y factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, *Salud Pública de México*, 45, pp. 191-197.
- Hill-Briggs, F. y L. Gemmell (2007), “Problem Solving in Diabetes Self-management and Control: A Systematic Review of the Literature”, *The Diabetes Educator*, 33, pp. 1032-1050.
- Ingram, M., E. Torres, F. Redondo, G. Bradford, C. Wang y M. O’Toole (2007), “The Impact of Promoters on Social Support and Glycemic Control among Members of a Farm Worker Community on the US-Mexico Border”, *The Diabetes Educator*, 33 (Suppl.), pp. S172-S178.
- International Diabetes Federation (2011), *Diabetes Atlas, 5a ed.*, Bélgica, International Diabetes Federation.
- Jáuregui, J. (2002), “Factores psicosociales en pacientes con enfermedad crónica degenerativa”, tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Jurado, S., M. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperena y R. Varela (1998), “La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México”, *Salud Mental*, 21, pp. 26-31.
- Kazdin, A. (1996), *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*, México, El Manual Moderno.
- Lerman, I. (2007), “La atención del paciente más allá del primer nivel de atención”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 99-103.
- Li, C., E. Ford, A. Mokdad, R. Jiles y W. Giles (2007), “Clustering of Multiple Healthy Lifestyle Habits and Health-related Quality of Life among U.S. Adults with Diabetes”, *Diabetes Care*, 30, pp. 1770-1776.
- , T. Strine y A. Mokdad (2008), “Prevalence of Depression among U.S. Adults with Diabetes: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System”, *Diabetes Care*, 31, pp. 105-107.

- Litzelman, D., C. Slemenda, C. Langefeld, L. Hays, M. Welch, y D. Bild (1993), "Reduction of Lower Extremity Clinical Abnormalities in Patients with Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus. A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine*, 119, pp. 36-41.
- Lustman, P., R. Anderson, K. Freedland, M. de Groot, R. Carney y R. Clouse (2000), "Depression and Poor Glycemic Control: A Meta-analytic Review of the Literature", *Diabetes Care*, 23, pp. 934-942.
- Lustman, P., L. Griffith, K. Freedland, S. Kissel y R. Clouse (1998), "Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine*, 129, pp. 613-621.
- Melchior, A., C. Correr, P. Rossignoli, R. Pontarolo y F. Fernández-Llimos (2004), "Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: conceptos y criterios de revisión", *Pharmacy Practice*, 2, pp. 1-11.
- Miller, W., y S. Rollnick (1999), *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*, Madrid, Paidós.
- , y S. Rollnick (2002), *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* 2a ed., Nueva York, The Guilford Press.
- Myers, V. H., B. A. Boyer, J. D. Herbert, L. P. Barakat y G. Scheiner (2007), "Fear of Hypoglycemia and Self-reported Posttraumatic Stress in Adults with Diabetes Type I Treated by Intensive Regimens", *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, pp. 11-21.
- Oviedo, T. (2007), "Modelo multidimensional del automanejo conductual de la diabetes tipo 2 basado en la participación familiar", tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Peyrot M., R. Rubin, T. Lauritzen, F. Snoek, D. Matthews y S. Skovlund (2005), "Psychosocial Problems and Barriers to Improve Diabetes Management: Results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study", *Diabetes Medicine*, 22, pp. 1379-1385.
- Polonsky, W., C. Davis, A. Jacobson y B. Anderson, (1992), "Correlates of Hypoglycemic Fear in Type I and type II Diabetes Mellitus", *Health Psychology*, 11, pp. 199-202.
- , L. Fisher, C. Schikman, D. Hinnen, C. Parkin, Z. Jelsovsky y R. S. Wagner (2011), "Structured Self-monitoring of Blood Glucose Significantly Reduces A1C Levels in Poorly Controlled Noninsulin-treated Type 2 Diabetes", *Diabetes Care*, 34, pp. 262-267.
- Ponce, S. (2008), "Nutrición, sobrepeso y obesidad: algunas consideraciones desde la perspectiva de la salud pública", *Revista de la Universidad de Sonora*, 22, pp. 7-10.
- Riveros, A., J. Cortázar, F. Alcázar y J. Sánchez-Sosa (2005), "Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depre-

- sión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, pp. 445-462.
- Robles, R. (2002), “Evaluación y modificación de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II”, tesis de doctorado no publicada, México; Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , J. Cortázar, J. J. Sánchez-Sosa, F. Páez y H. Nicolini (2003), “Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitas tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL”, *Psicothema*, 15, pp. 247-252.
- , R. Varela, S. Jurado y F. Páez (2001), “Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas”, *Revista Mexicana de Psicología*, 8, pp. 211-217.
- Rollnick, S., W. Miller y C. Butler (2008), *Motivational Interviewing in Health Care*, Nueva York, The Guilford Press.
- Rubak, S., A. Sandbaek, T. Lauritzen y B. Christensen (2005), “Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-analysis”, *British Journal of General Practice*, 55, pp. 305-312.
- Rubin, R., M. Peyrot y L. Siminerio (2006), “Health Care and Patient-reported Outcomes”, *Diabetes Care*, 29, pp. 1249-1265.
- Sacco, W., y T. Yanover (2006), “Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms”, *Journal of Behavioral Medicine*, 29, pp. 523-531.
- Safren, S., J. Gonzalez y N. Soroudi (2008), *Coping with Chronic Illness*, Nueva York, Oxford University Press.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002), “Treatment Adherence: The Role of Behavioral Mechanisms and Some Implications for Health Care Interventions”, *Revista Mexicana de Psicología*, 19, pp. 85-92.
- , y A. González-Celis (2006), “Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica”, en V. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, Madrid, Pirámide, pp. 473-492.
- Secretaría de Salud (2011), *Se conmemora el día mundial de la diabetes*. Disponible en <http://salud.gob.mx> [consultado el 15 de junio de 2012].
- Smith, D., V. DiLillo, Z. Bursac, S. Gore y P. Greene (2007), “Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes”, *Diabetes Care*, 30, pp. 1081-1087.
- Smith, E., C. Heckemeyer, P. Kratt y D. Mason (1997), “Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioral Weight-control Program for Older Obese Women with NIDDM”, *Diabetes Care*, 20, pp. 52-54.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993), “The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-term Complications in Insulindependent Mellitus”, *New England Journal of Medicine*, 329, pp. 977-986.

- Van de Ven, N., W. Chatrou y F. Snoek (2000), "Cognitive Behavioral Group Training", en F. Snoek y T. Skinner (eds.), *Psychology in Diabetes Care*, Londres, Wiley, pp. 207-234.
- Wang, Y., S. Stewart, M. Mackenzie, P. Nakonezny, D. Edwards y P. White (2010), "A Randomized Controlled Trial Comparing Motivational Interviewing in Education to Structured Diabetes Education in Teens with Type 1 Diabetes", *Diabetes Care*, 33, pp. 1741-1743.
- Welch, G., G. Rose y D. Ernst (2006), "Motivational Interviewing and Diabetes: What is it, How is it Used, and Does it work?", *Diabetes Spectrum*, 19, pp. 5-11.
- Westra, H., y D. Dozois (2006), "Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety", *Cognitive Therapy and Research*, 30, pp. 481-498.
- Wiebe, D., M. Alderfer, S. Palmer, R. Lindsay y L. Jarret (1994), "Behavioral Self Regulation in Adolescents with Type 1 Diabetes: Negative Affectivity and Blood Glucose Symptom Perception", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 1204-1212.
- White, C. (2001), *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*, Londres, John Wiley & Sons.
- WHOQOL (1998), *Programme on Mental Health: User Manual*, Ginebra, World Health Organization.

8. ESTILOS INTERACTIVOS Y CORTISOL SALIVAL COMO PARÁMETRO BIOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD

Claudia Vega-Michel y Everardo Camacho Gutiérrez
Laboratorio de Psiconeuroninmunología
Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente

Introducción

Hace poco más de 50 años Friedman y Rosenman (1958) identificaron en el ámbito clínico una diversidad de conductas en personas que habían sido diagnosticadas con enfermedades del corazón, que posteriormente agruparon bajo el rótulo de personalidad tipo A —PTA (Friedman y Rosenman, 1974). Ésta se caracterizaba por un patrón conductual complejo que incluía un estilo de vida marcado por un exceso de competitividad, un esfuerzo de lucha también excesivo, agresividad, hostilidad, urgencia temporal, aceleración en las actividades, explosividad al hablar y tensión en la musculatura facial (Blumenthal, O'Toole y Haney, 1984; Hernández, Palomera y de Santos, 2003); destacaban, asimismo, la incontrolabilidad ante las demandas del medio y los estándares ambiguos de evaluación, sobre todo en circunstancias sociales (Marroquín, 1999; Reynoso, Álvarez, Tron, de la Torre y Seligson, 2002).

En el plano fisiológico se ha encontrado que las personas clasificadas con PTA, en particular quienes puntúan alto en el factor hostilidad o bien quienes enfrentan situaciones de incontrolabilidad, suelen segregar más adrenalina e incrementar tanto su tasa cardíaca como su presión arterial (Benotsch, Christensen y McKelvey, 1997; Reynoso y Seligson, 1997, 2002), lo que ha permitido suponer que existe una relación entre aquella situación con problemas cardiovasculares que, no obstante, se encuentra hoy día a la espera de mayor confirmación con base en estudios controlados de laboratorio. Las implicaciones futuras son claras, como lo sugirieron años atrás Ragland y Brand (1998), puesto que en ese entonces aún se debatía si la PTA podría considerarse como una dimensión o un factor causal, determinante tanto de la morbilidad como de la mortalidad asociadas con las enfermedades del corazón.

En contraposición con este tipo de personalidad, se planteó la existencia de la conocida personalidad tipo B, que se distinguía por que las personas mostraban patrones conductuales más relajados y pacientes; además se observó que las personas eran más consideradas respecto de otras, tendían a ser más introvertidas y, finalmente, se aseguraba que no eran ni viscerales ni impulsivas. En lo tocante a las respuestas fisiológicas, las personas clasificadas con esta personalidad

evidenciaron también un mayor tiempo de reacción de elevación de las catecolaminas y los corticoides ante condiciones generadoras de estrés (Hernández *et al.*, 2003). Ciertamente, no está por demás mencionar que en la bibliografía se ha puesto en evidencia que, si bien en general es posible encontrar diferencias entre las personalidades A y B, la línea divisoria entre ambas suele ser tenue cuando se estudian algunas de las dimensiones o factores de manera aislada, como en el caso de la impaciencia en estudiantes del nivel elemental (Jennings y Matthews, 1984).

Posteriormente, con el objeto de diferenciarlas de las personalidades A y B, se propuso la existencia de un tercer tipo: la conocida personalidad tipo C, que se ha vinculado de manera directa con una propensión a enfermar de cáncer (Temoshok y Dreher, 1992). Aun cuando reproduce algunos de los elementos contenidos en la tipo B, adiciona el factor de la ansiedad crónica; otra característica también reportada tiene que ver con la obsesividad, con la cual se describe a las personas que “sufren en silencio”. Asimismo, se tiene a la personalidad tipo H, que en realidad consiste en una clasificación intermedia entre los patrones A y B, pero con ansiedad crónica expresada en la forma de hostilidad. Williams y Williams (1993) identificaron este factor de hostilidad como determinante en la propensión a padecer una enfermedad cardiovascular y desarrollaron una propuesta preventiva que tuvo gran difusión en su momento. Finalmente, se propuso un tipo adicional, el de la personalidad D (Smith, 2011), supuestamente vinculada tanto con hipertensión arterial como con enfermedad de las arterias coronarias; lo que distingue claramente a ésta de las restantes categorías, es la incapacidad que muestran las personas para expresar abiertamente sus emociones. En síntesis, de los cinco patrones de conducta o de personalidad, tres se han vinculado expresamente con enfermedades cardiovasculares (A, H y D).

Antes de proseguir, es importante subrayar que uno de los problemas que se ha puesto de manifiesto con todas esas propuestas categoriales y con sus respectivas investigaciones tiene que ver con el hecho de que se han confundido los “rasgos” o “tipologías” de personalidad con patrones de conducta consistentes a lo largo del tiempo y entre situaciones. Además, las categorías aludidas no eran, como señaló Kazdin desde mediados de la pasada década (Kazdin, 1996), ni *exhaustivas* ni *excluyentes* entre sí, lo que trajo consigo que se postularan categorías o tipologías intermedias, tal como ocurrió con las personalidades tipo D y H.

En síntesis, desde el campo clínico de actuación se han identificado algunos patrones conductuales o de personalidad, como factores potenciales de riesgo para el acaecimiento de enfermedades cardiovasculares. No obstante, en la actualidad se cuenta con una larga lista de factores de personalidad que han sido estudiados como de riesgo, de protección o promotores de la salud. Autores como Contrada y Guyll (2001) proponen algunas dimensiones de personalidad vinculadas con la salud: coraje/hostilidad, supresión o represión emocional y no involucramiento,

éste implicando desesperanza, desamparo, pesimismo, fatalismo y depresión, que suelen acaecer cuando las personas hacen frente a condiciones de estrés incontralables (Seligman, 1983).

Finalmente, queremos dejar constancia de que, ante la demanda social de diseñar, instrumentar y evaluar aplicaciones preventivas sobre salud, en las dos últimas décadas se ha propiciado un interés especial por la investigación básica, con el objeto de identificar y evaluar de manera rigurosa las relaciones funcionales entre la personalidad y determinados indicadores de salud (Smith, 2011). Se trata, inclusive, de explotar esas relaciones no sólo respecto de las enfermedades cardiovasculares, sino también de probar otras más que tienen que ver, por ejemplo, con el ajuste psicológico de las personas con PTA y/o el funcionamiento del sistema inmune (Esterling, Antoni, Kumar y Schneiderman, 1990; Herbert y Cohen, 1993; Kielcot-Glaser *et al.*, 1993). En esta dirección apunta el trabajo de Miller, Freeland, Carney, Stetler y Banks (2003), quienes estudiaron algunas características de sus características —*i.e.*, hostilidad—, la sintomatología depresiva y otras medidas del sistema inmune, que incluían los niveles de interleukina-1 β , interleukina-6 y el factor- α vinculado con necrosis tumoral.

La Tipología de Personalidad de Eysenck y Grossarth-Maticek

Hans J. Eysenck se distinguió por sus múltiples aportaciones a la psicología, por ejemplo la identificación de diferencias individuales relacionadas con algunas enfermedades crónicas (Orejudo, Froján y Malo, 2004). Con base en una propuesta teórica en la que concebía a la personalidad en la forma de rasgos, desarrolló una tipología numérica sustentada en el modo de reaccionar ante el estrés: la personalidad tipo I implicaba una propensión al cáncer, la II a la enfermedad coronaria, en tanto que la III y la IV estarían vinculadas con la salud (Eysenck, 1987, 1988, 1994).¹

Los fundamentos conceptuales expresados por el autor se tradujeron en la evaluación de tres dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extraversión y psicoticismo. Los tres primeros tipos numéricos de personalidad a su entender tenían una alta correlación positiva con neuroticismo y una correlación inversa con el tipo IV, que también implicaba una puntuación alta en extraversión; por su parte, psicoticismo estaba asociado con los tipos II y VI, coincidiendo la expresión de hostilidad con el tipo II y su represión en el tipo I. Para dar sustento a sus hipótesis de trabajo, Eysenck condujo una diversidad de estudios longitudinales y de registros de causas de fallecimiento de las personas clasificadas en su

1 En otros momentos se propusieron otras dos tipologías más, la tipo V —con predisposición a la depresión y al cáncer— y la VI como factor protector frente al cáncer —con una predisposición al consumo de drogas y a la conducta antisocial (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990).

tipología, con amplias muestras de países como Alemania y Yugoslavia. Sus datos son impresionantes en términos de la incidencia de fallecimiento por cáncer en personas con personalidad tipo I, así como las causas de fallecimiento por infarto o derrame cerebral en las clasificadas con personalidad tipo II. Estas diferencias se exacerbaban en cáncer de pulmón en las de tipo I en personas que fumaban (14.6% en la muestra de Heidelberg en Alemania y 16.9% en la muestra de Yugoslavia, contra 1.2% de los otros tipos); finalmente, predominaron personas con personalidad tipo IV que se recuperaron de cáncer.

El potencial predictivo de estas relaciones encontradas es muy fuerte, en especial con la prevención de muertes y con la mejora en la calidad de vida de las personas con patrones de personalidad caracterizada por el riesgo de padecer una enfermedad crónica. Sin embargo, aun cuando algunas réplicas posteriores confirmaron la dirección de los hallazgos reportados por Eysenck (*i.e.*, Quander-Blaznik, 1990; Smedslund, 1995), hemos de mencionar que otros autores (Amelang, 1997; Amelang y Schmidt-Rathjens, 1992) no confirmaron en su momento las predicciones hechas por el autor para los tipos I y II, o bien mostraron su capacidad predictiva (Orejudo y Froján, 2005). Lo anterior trajo consigo que se cuestionara si en realidad existían otros indicadores —más potentes, inclusive—, como los estilos de afrontamiento ante condiciones de estrés o las conductas específicas identificadas como de riesgo (Kiecolt-Glaser y Chee, 1991); destacan el consumo de cigarros, el sedentarismo, el exceso en el consumo de grasas en alimentos o la actividad sexual sin protección.

Independientemente de las limitaciones metodológicas que pondrían en entredicho la validez de la medición en pruebas de personalidad de papel y lápiz, que inclusive se han hecho evidentes en el campo de la personalidad con los estudios de Catell (1965) sobre la pobre correspondencia entre el autorreporte verbal y la conducta en sí misma, no dejan de ser importantes las aportaciones conceptuales y las relaciones encontradas entre personalidad y salud por el grupo de investigación de Eysenck y Grossarth-Maticek. En el mismo tenor, habría que destacar que Eysenck (1970, 1994) destacó el papel mediacional de los sistemas inmune y endocrino (particularmente los niveles de cortisol) como parte del proceso de enfermarse o aliviarse, como un posible mecanismo explicativo de la dimensión biológica en la salud; a nuestro parecer éste constituye un aspecto que ha sido fundamental para la investigación desarrollada en nuestro laboratorio, cuyos resultados se describen más adelante.

Problemas conceptuales: el fenómeno de personalidad

El de personalidad, al mismo tiempo que se ha afirmado como un campo tradicional de estudio dentro de la disciplina psicológica, a la vez es un campo teórico desarticulado donde es posible encontrarnos con una multiplicidad de

propuestas, la mayoría de las cuales son antagónicas; en algunos casos se han hecho evidentes supuestos epistemológicos opuestos, no obstante que se reconoce un potencial rol articulador con el desarrollo teórico de otros campos de la psicología (Staats, 1996). En el contexto del conductismo en tanto filosofía especial de la psicología, Skinner nunca propuso una teoría de la personalidad *per se*, aunque es de llamar la atención que en los libros sobre el fenómeno se incluya la perspectiva del conductismo radical propuesta por él. Lo que resulta particularmente interesante es que Watson (1924/1961), muchos años atrás y dentro de la misma lógica del conductismo radical, planteó que la personalidad podría ser analizada mediante la observación de la conducta a lo largo de un periodo lo suficientemente extenso. La personalidad fue concebida por él como familias de hábitos, aun cuando desafortunadamente no hubo un desarrollo posterior de esta propuesta, sino hasta muy recientemente.

Más allá de una definición precisa del concepto de personalidad, dos problemas teóricos se han puesto de manifiesto en este campo: en primera instancia se tienen las propuestas taxonómicas sobre el fenómeno y la construcción de sus descriptores; en segunda, el desarrollo de una comprensión del proceso de construcción de la personalidad (Contrada y Guyll, 2001). A ambas añadiríamos el hecho de que el rol de la personalidad en relación con la salud se considera que puede darse de dos formas diferentes: por un lado, mediante el surgimiento de conductas vinculadas con el enfermar; por el otro, vía la exacerbación de los efectos directos del mismo estrés (Fernández y Mercado, 1996).

Por consiguiente, no sería aventurado sostener la tesis de que ese doble rol del fenómeno de personalidad podría concebirse como un evento disposicional que daría cuenta de las diferencias individuales con respecto a cómo afrontar un estresor y cómo lo anterior se traduce en cambios en la reactividad biológica, o sea, en los diferentes subsistemas biológicos de respuesta (*i.e.*, el inmunológico, el cardiovascular, el endocrino, etcétera). Planteadas las cosas así, la investigación sobre el fenómeno de la personalidad y su relación tanto con el estrés como con la salud-enfermedad implicaría, como condición necesaria y suficiente, que su abordaje se diera de manera integral (Ribes, 1990a; Ribes y López, 1985).

Estas afirmaciones implican, a manera de supuesto, que los cambios patogénicos identificados y evaluados son resultado directo y acumulativo de respuestas que acaecen en los planos psicológico y fisiológico frente a eventos ambientales o condiciones específicas del ambiente (Contrada y Guyll, 2001). En la medida en que las influencias de los modos particulares de responder influyan, los correlatos psicofisiológicos del estrés se constituirán en mediadores plausibles de los efectos de la personalidad sobre la salud. En este contexto, los estudios sobre cortisol y personalidad sugeridos por Eysenck (1994) cobran particular relevancia.

En lo tocante al problema acerca de cómo explicar la construcción de la personalidad —entendida como generación y mantenimiento—, el mismo Staats

(1996) aludió a una causación histórica y jerárquica de conductas, invocando lo que dio en llamar un Repertorio Conductual Básico (RCB), sobre el cual se van construyendo conductas cada vez más complejas. El asunto que se cuestiona desde su perspectiva es si en última instancia podemos invocar una *causalidad a distancia*, partiendo del entendido de que la adquisición de dicho repertorio básico se aprendió en un momento temprano en la historia psicológica de las personas.

De forma muy general, desde nuestra perspectiva se plantea que las *diferencias individuales* y su vínculo con la noción de personalidad se refieren a *diferencias no competenciales* en la conducta de las personas en lo individual, pues éstas tienen que ver con conceptos como inteligencia o capacidad intelectual, por ejemplo. Tales diferencias individuales tienen que ver, por lo tanto, con el *modo* de responder, el cual puede asumir diferentes parámetros dependiendo de la situación particular que se analice. A partir de las consideraciones y problemas señalados con anterioridad se sugiere una noción de personalidad como la propuesta organizativa del conjunto de *diferencias individuales* de una persona en los modos de responder ante condiciones morfológicamente distintas, pero funcionalmente similares, en el ambiente (Ribes, 1990a; Santacreu, Hernández, Adarraga y Oliva, 2002); esta caracterización guardaría cierta correspondencia con el planteamiento inductivo original propuesto por Watson en la década de los veinte del siglo pasado.

La Propuesta Conceptual sobre Personalidad de Ribes

Abordaremos la propuesta interconductual sobre personalidad desarrollada por Ribes (1990a, 2005, 2009) y Ribes y Sánchez (1990) por dos razones: la primera, porque se considera que resuelve algunos de los problemas tradicionales en el estudio de la personalidad antes mencionados; la segunda, por su valor heurístico, pues con esta visión teórica alternativa consideramos que es posible promover el desarrollo futuro de líneas de investigación en el contexto de la relación psicología y salud.

Para evitar el problema de causalidad a distancia antes comentado, éste se resuelve en el contexto de la propuesta interconductual apelando a la noción de variables disposicionales, que de acuerdo con Ryle (1967) consisten en conjuntos o colecciones de ocurrencias pasadas o presentes, y no como instancias particulares o aisladas de conducta (Ribes, 1990b). Con base en esta noción, el fenómeno de personalidad podría ser entonces caracterizado a partir de la categoría conceptual conocida como estilos interactivos, que serían definidos como las *maneras consistentes de interacción* que una persona despliega en lo individual en situaciones en las que no se prescriben criterios sobre qué hacer o cómo responder (Ribes y Sánchez, 1990).

En virtud de que se habla de la persona comportándose en lo individual y de que la personalidad se construye a lo largo del tiempo y entre situaciones, su rol en el contexto de una teoría no es explicativo-causal, sino predictivo (Ribes, 2009); citaremos en extenso:

Si las consistencias individuales que avalan la utilidad de un término como el de *personalidad* son idiosincráticas, entonces, por definición, no pueden pre establecerse con base en taxonomías referidas al comportamiento de la persona. Lógicamente, esta condición obliga a buscar otra opción clasificadora, pues de otro modo se tendría simplemente un listado de personas, todas ellas diferentes entre sí. Partiendo del hecho de que todo comportamiento ocurre en situación, la opción clasificatoria se desplaza hacia la situación en la que tiene lugar el comportamiento consistente. Se plantea identificar un *perfil* singular, individual, de interacción del individuo relativo a las circunstancias (o contingencias) que configuran un tipo de situación [p. 147].

De lo antes dicho se desprende que si la personalidad con base en la categoría de estilos interactivos es concebida como conjuntos o colecciones de ocurrencias pasadas, éstas darían cuenta de la probabilidad de identificar y evaluar *tendencias* a desplegar clases de conductas a lo largo del tiempo y entre situaciones; es decir, como una manera consistente de comportarse en diferentes situaciones según lo haya hecho en el pasado en situaciones funcionalmente similares, dada la biografía —historia psicológica— particular de cada persona. De hecho, no está por demás mencionar que otros autores ya habían reconocido el poder predictivo de la conducta pasada de una persona sobre su conducta en el presente, y eventualmente en el futuro (*i.e.*, Mischel, 1980), lo cual ha sido resumido de manera correcta un tanto cuanto más recientemente por Santacreu *et al.* (2002, p. 115), quienes señalaron que “el comportamiento pasado supone un referente ineludible en la predicción del comportamiento futuro”.

Respecto del origen y el mantenimiento de los modos idiosincráticos de responder por parte de las personas, el parámetro fundamental que hay que tener en cuenta es el de la *consistencia*, entendida como la manera repetitiva de ajustarse a situaciones en las que existen constantes funcionales, aun cuando las situaciones y su forma sean diversas. Por ejemplo, la terminación brusca de una relación de noviazgo o el despido intempestivo del trabajo son situaciones muy diferentes entre sí. Sin embargo, las dos conllevan la suspensión súbita de satisfactores para el individuo —aun cuando éstos, son por supuesto, de índole diversa.

Lo anterior nos orienta en términos metodológicos a desarrollar mediciones repetidas de los modos de respuesta en situaciones diversas en lo morfológico, pero semejantes en lo funcional. De manera implícita se sugiere que la exposición

repetida a situaciones semejantes funcionalmente va configurando en la historia del individuo esos modos particulares de interacción de los que se hizo mención. La sabiduría popular reconoce estos procesos: “En el modo de agarrar el taco, se sabe quien es tragón”, que alude a una historia de práctica continua que establece una diferencia en los modos de respuesta respecto de quienes no han tenido experiencias en el consumo de tacos, como en el caso de los extranjeros en México que los consumen por primera vez.

De manera metafórica pudiéramos explicar las diferencias en la individualidad psicológica, en tanto que expresión única y organizada de diversos modos de respuesta, como la combinación única de diferentes procesos generales compartidos por todas las personas en lo individual. El mole, platillo mexicano, contiene 33 ingredientes diferentes y su combinación en cada caso es única, de manera que el buen *gourmet* tiene el paladar educado para diferenciar los elementos particulares en cada evento de consumo del mismo platillo. En estricto sentido, ninguna comida es igual a otra.

Volviendo al problema de la clasificación, la alternativa interconductual se orientó no a *clasificar los modos de respuesta* —que como indicadores nos revelan el elemento idiosincrático—, postulándose una taxonomía del ambiente, en tanto sistemas de contingencias particulares que posibilitan la diferenciación de las respuestas en las personas en lo individual. Dicha clasificación inicial y tentativa reconoce condiciones contingenciales particulares que pueden ser referidas como contingencias de toma de decisiones, tolerancia a la frustración, persistencia, flexibilidad al cambio, tendencia a la transgresión, curiosidad, tendencia al riesgo, dependencia de señales, responsividad a nuevas contingencias y señales, reducción del conflicto e impulsividad (Ribes y Sánchez, 1990). De manera aún provisional se ha desarrollado investigación respecto de los patrones de consistencia y estabilidad en torno a las contingencias de tendencia al riesgo y persistencia (Ribes, 2009; Ribes, Contreras, Martínez, Doval y Viladrich, 2005). Esta clasificación del ambiente permite a la vez invocar a la personalidad no como un concepto inferido que tiene propiedades causales sobre la conducta, sino cumpliendo funciones lógicas de naturaleza predictiva.

Los *estilos interactivos* se refieren, pues, a descriptores sobre el modo de responder a situaciones contingenciales específicas. La organización de estos estilos interactivos conforma lo que en el argot de los estudios tradicionales sobre personalidad se define como *perfil funcional* (Ribes, 2009); de esta forma se resuelve el análisis de colecciones de episodios conductuales variados y sus consistencias y estabildades en el tiempo, como descripción de modos de responder presentes en dichas colecciones. Por consiguiente, no es posible valorar elementos de la personalidad a partir de un único episodio conductual.

De ahí nuestra insistencia en delimitar la noción de personalidad como resultado del proceso de individuación de comportarse y a los *estilos interactivos* como

los modos diferentes que distinguen a una persona siendo diferente de otras en términos de su individualidad. Una implicación de este planteamiento es que a mayor historia, el estilo se encontrará más consolidado por efecto de la práctica consistente. El análisis de estos patrones consistentes e idiosincráticos permitirá describir los diversos estilos y, en su momento, predecir en términos probabilísticos que una persona ante ciertas condiciones responderá de un modo particular, identificado su propio estilo a partir de la observación de interacciones previas. En el nivel aplicado y en el ámbito clínico, esta propuesta permite comprender la actuación presente de una persona en función de su historia particular; es decir que a nuestro entender el análisis de los estilos interactivos constituye un camino alternativo para evaluar los factores disposicionales históricos de las personas.

La consecuencia metodológica de estos planteamientos tiene que ver con el diseño de varias situaciones que permitan analizar la consistencia y la estabilidad de los estilos interactivos, así como identificar los parámetros pertinentes del modo de respuesta de las personas para cada situación contingencial específica de la taxonomía. Para no confundir las diferencias individuales con otras categorías conceptuales —como las de capacidad o competencia—, las situaciones deben estar diseñadas bajo condiciones de *contingencias abiertas*, es decir, en las que el criterio de logro *no* sea explícito. Estos dos problemas son fundamentales y los abordaremos con cierto detalle en la siguiente sección, refiriendo cómo fueron resueltos por el grupo de investigación liderado por el doctor José Santacreu Mas en la Universidad Autónoma de Madrid, en España.

La propuesta metodológica de Santacreu y colaboradores

Aun cuando la “realidad virtual” no es una estrategia muy socorrida en investigación, el avance tecnológico en los sistemas de computación ahora permite el desarrollo de tareas artificiales que tienen varias ventajas en un sentido metodológico. Dado que el objetivo es identificar las constancias en los estilos interactivos de las personas que responden a una tarea, dichas constancias se deben mantener en el tiempo (estabilidad) y en distintas situaciones que se caractericen por su semejanza funcional (consistencia); para ello se deben tomar decisiones en torno de la dirección del control de otras variables y de la maximización y sensibilidad de las variables que se quieren medir. En un sentido teórico, el muestreo de conductas que es recogido a través de una tarea de simulación, supone la síntesis de la experiencia pasada como integración. Desde la perspectiva de Santacreu *et al.* (2002), las primeras decisiones por tomar incluyen qué estilo evaluar y bajo qué condiciones —es decir, qué parámetros identificar como variables dependientes, por una parte, y cómo representar la tarea de simulación, por la otra, de manera que “represente” un desempeño de la vida cotidiana para las personas con las que se va a trabajar, a efecto de incrementar la validez ecológica

Se vuelve pertinente también seleccionar a personas con un nivel de repertorio mínimo en términos de competencias: por ejemplo, el manejo del ratón de la computadora y el seguimiento de instrucciones básicas. La tarea como un todo tiene tres elementos que hay que cuidar: las instrucciones dadas a los participantes, el formato de la tarea en sí y la retroalimentación del desempeño que se obtenga. Sobre esto último es fundamental tener presente que la probabilidad de reforzamiento sea equiprobable para cualquier opción, de manera que no se “cierre” la contingencia y sea claro para los participantes el criterio por cumplir; lo anterior borraría las diferencias individuales y reflejaría más bien diferencias en las competencias implicadas para alcanzar el criterio de logro. Por eso Santacreu *et al.* (2002; p. 114) señalan que “*los estilos interactivos sólo se ponen de manifiesto en contextos desconocidos o al menos poco conocidos en los que no se tiene una gran experiencia*”.

En la medida en que la tarea sea simple y no contemple muchos elementos, también se tendrá un mejor y mayor control experimental; por ejemplo, que sea *socialmente neutra*, en términos de que no haya influencia de otras personas durante la ejecución y que tampoco sea influida alguna de las opciones en términos de deseabilidad social —o sea, lo que se espera o cómo se desea que se responda. Por supuesto que el diseño de la tarea requiere identificar y registrar un número limitado de respuestas posibles por parte del participante. Por último, para evitar la reactividad natural al saberse evaluado en algún aspecto, es fundamental “enmascarar” el propósito de la tarea y las medidas que se toman. No está por demás destacar que las computadoras registran sus datos con precisión, velocidad y confiabilidad, lo que también facilita el análisis de datos en este campo de investigación. De esta forma, podemos concluir que el estudio conductual de la personalidad supone la consistencia y la estabilidad de la conducta de una persona en lo individual, siempre desde una dimensión funcional. Por lo tanto, en contextos semejantes funcionalmente deberían hacerse evidentes las mismas tendencias de respuesta en una persona —quien se comporta de manera arriesgada lo haría en estos términos en diferentes momentos y condiciones de investigación, siempre y cuando mantuvieran esa semejanza funcional (Bayés y Ribes, 1992; Ribes, 1990a).

Algunos ejemplos de investigación sobre personalidad

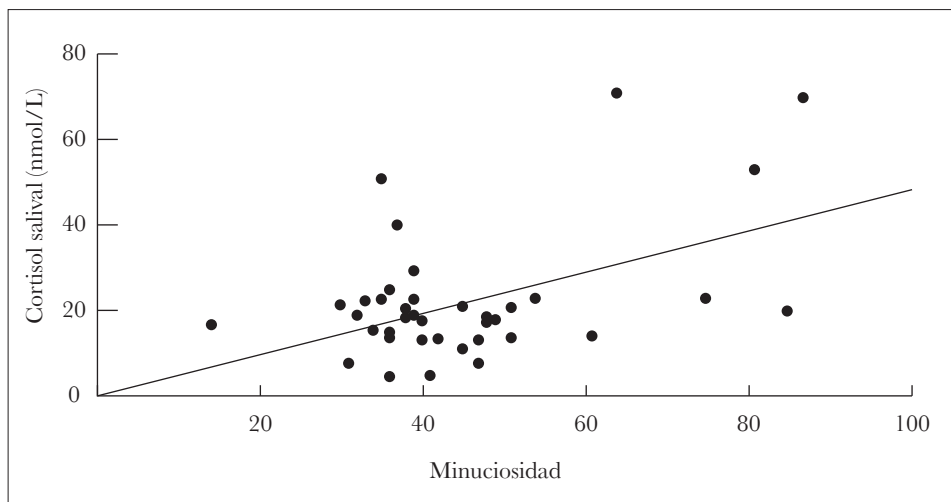
Con base en las anteriores consideraciones teórico-conceptuales y metodológicas se han diseñado diversas tareas en las que se han evaluado diferentes estilos interactivos. Por ejemplo, el de persistencia (Hernández, Lozano y Santacreu, 2011; Santacreu y García-Leal, 2000), el de ejecución de tareas de manera organizada y sistemática (Hernández, 2000), el de tendencia al riesgo (Santé y Santacreu, 2001) y el de transgresión de la norma (Hernández, Shih, Contreras y Santacreu, 2001). Aquí es importante destacar que dos de las cuatro pruebas mencionadas corresponden a los estilos interactivos —persistencia y tendencia al riesgo— pro-

puestos por Ribes (1990a), no así dos de ellas, lo cual enfatiza que la taxonomía de estilos está abierta a identificar situaciones contingenciales y parámetros que muestren respuestas consistentes y estables de individuos particulares. Retomando esos estudios y las sugerencias expuestas por Eysenck (1994) en lo tocante a valorar el cortisol como un indicador biológico del proceso, que puede resultar en el fortalecimiento de la salud o en el surgimiento de la enfermedad (véanse Bayés, 1995; Ribes, 1990a), en nuestro laboratorio y en conjunto con investigadores de España nos hemos dado a la tarea de conducir algunos estudios desde la segunda mitad de la pasada década.

En uno de ellos, Camacho, Orejudo, Vega-Michel, Córdova, García y González (2006), que se centró en los estilos de minuciosidad —ejecución de tareas de manera organizada y sistemática— y transgresión de la norma, se efectuó un análisis correlacional entre los niveles de cortisol salival y las pruebas de papel y lápiz utilizadas por Eysenck. Lo que arrojó dicho estudio es que existían diferencias en los niveles de cortisol en los participantes que puntuaban alto o bajo tanto en las pruebas de autorreporte como en las pruebas de ejecución del desempeño. Asimismo, las correlaciones con los niveles de cortisol fueron más altas en las pruebas de desempeño, comparadas con las pruebas estandarizadas de Eysenck.

A continuación mostramos el análisis de regresión entre cortisol y las dos pruebas de desempeño estudiadas (véase la gráfica 1). Como se puede observar, la correlación con la prueba del desempeño “ejecución de tareas de manera organizada y sistemática” —a la que nos referiremos como *prueba de minuciosidad*— tuvo una correlación positiva de 0.49 con los niveles de cortisol, con un valor de signi-

Gráfica 1. *Regresión lineal (cuadrática) entre puntuaciones de la prueba de estilos interactivos de minuciosidad y concentración de cortisol salival*

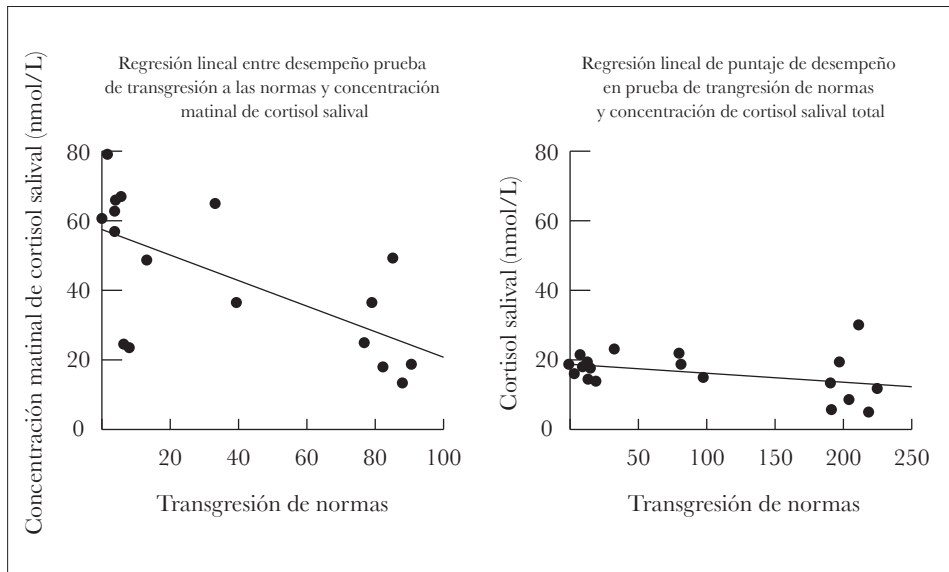


ficancia estadística $p = 0.01$; este resultado indica que a mayor puntuación en la prueba, mayor concentración de cortisol en saliva.

Por otra parte, en la gráfica 2 se pueden observar los resultados que arrojaron los análisis de regresión lineal cuadrática a partir de considerar las puntuaciones en la *prueba de transgresión de la norma* y los niveles de cortisol salival matutino y diario. El análisis de regresión para la medición del cortisol salival matutino y la ejecución en la prueba se realizó con base en el coeficiente de correlación r de Pearson, que proporciona información sobre la dirección de la relación y la magnitud de la misma (Silva, 1998). El primero de los análisis (panel de la izquierda) reveló una relación inversa y negativa, pero estadísticamente significativa ($r = -0.66$; $p < 0.01$), donde a mayor concentración de cortisol, menor puntuación obtenida en la mencionada prueba. Mientras tanto, en su contraparte, el panel de la derecha, para la medición del cortisol salival diario se obtuvo una relación inversa y negativa —aunque menos pronunciada que la anterior— y significativa ($r = -0.508$; $p < 0.05$), en el sentido de que los bajos de niveles de concentración de cortisol salival se mantuvieron relativamente constantes con independencia de la puntuación obtenida en la prueba de transgresión.

Este conjunto de datos nos proporcionó los primeros indicios de su potencial valor heurístico, en términos de explorar de manera más sistemática la relación entre los estilos interactivos y una variable biológica de proceso: los niveles de cortisol. Algunas de sus posibles aplicaciones y vinculaciones, con respecto de la

Gráfica 2. *Regresión lineal (cuadrática) de las puntuaciones en la prueba de transgresión de la norma y los niveles de cortisol salival matutino (panel izquierdo) y durante el día (panel derecho)*



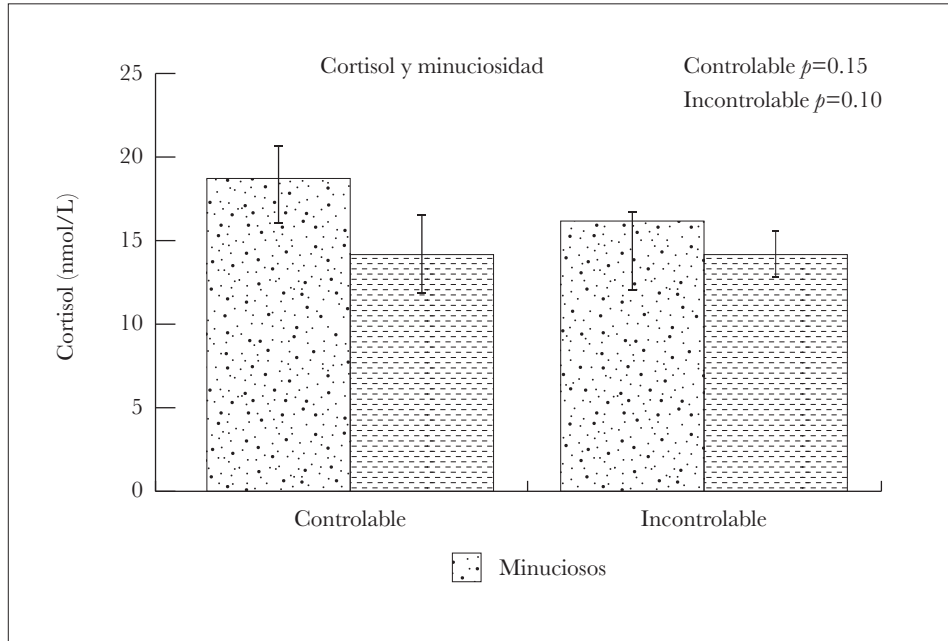
evaluación de la minuciosidad, es que las puntuaciones extremas se acercan a las dimensiones de perfeccionismo como *obsesión*, lo que haría contacto con toda la bibliografía sobre patologías relacionadas con este fenómeno. Por otra parte, por lo que hace a la prueba de transgresión de la norma, haría contacto con el tipo de trastorno tipificado en el *DSM-IV-TR* como *trastorno oposicional desafiante* (First, Frances y Pincus, 1996). Dicho trastorno aparece en el periodo adolescente y se ha considerado como factor de riesgo para la realización de actividades delictivas. De manera consistente se han encontrado niveles de cortisol más bajos en participantes diagnosticados con este trastorno, lo que sugiere una incapacidad biológica para alterarse ante situaciones amenazantes del medio. La terapia farmacológica se ha utilizado con el objeto de mantener estables los niveles de cortisol, aun cuando nunca se han igualado a los encontrados con participantes normales (Kariyawasam, Zaw y Handley, 2002).

En otro estudio, desarrollado en nuestro laboratorio en colaboración con académicos de la Universidad de Zaragoza, España (Orejudo, Camacho y Vega-Michel, en preparación), se realizó una comparación entre los niveles de cortisol de estudiantes españoles y mexicanos ($n = 155$), a la vez que se administraron los cuestionarios de Eysenck. Se encontró una correlación positiva y significativa ($r = 0.22$; $p = 0.004$) entre cortisol y los participantes que fueron categorizados con personalidad tipo I. Cuando dicha correlación se aplicó exclusivamente a los estudiantes mexicanos, la correlación aumentó ($r = 0.27$; $p = 0.009$), siendo más alto el nivel de cortisol en participantes que, además de ubicarse en la categoría de personalidad tipo I, tenían la práctica de fumar. Recordemos que el planteamiento de Eysenck era que los participantes con personalidad tipo I tendrían una mayor probabilidad de padecer cáncer.

Finalmente, hemos conducido un par de estudios más (Camacho, Vega-Michel, Vega, Nuño y Parra, 2010; Vega-Michel *et al.*, 2011), evaluando las pruebas de minuciosidad y transgresión de la norma en personas que no presentaban de manera aparente problemas de salud, quienes fueron expuestas a una tarea de evitación de ruido como inductora de estrés. Las sesiones en ambos estudios estuvieron conformadas por dos fases: una, en la que el ruido no era controlable —a pesar de que en las instrucciones se “engañaba” a los participantes, indicándoles que mediante una tecla de la computadora lo podían evitar o suspender—; la segunda, en la que el ruido era controlable. Las fases se contrabalancearon. A continuación se muestran los datos obtenidos en las pruebas de minuciosidad (gráfica 3).

Los participantes que obtuvieron una puntuación más alta en la prueba de desempeño de minuciosidad —véase el lado izquierdo en ambas condiciones— bajo condiciones de controlabilidad ($p = 0.15$) e incontrolabilidad ($p = 0.10$); también lo hicieron respecto de los niveles de cortisol salival, comparados con quienes obtuvieron puntuaciones de medias a bajas —lado derecho en ambas condicio-

Gráfica 3. Niveles de cortisol en participantes con puntuación alta en la prueba de desempeño: ejecución de tareas de manera organizada y sistemática (minuciosidad) comparados con participantes con puntuaciones bajas o medias en fases de exposición a ruido controlable y no controlable en una tarea de evitación

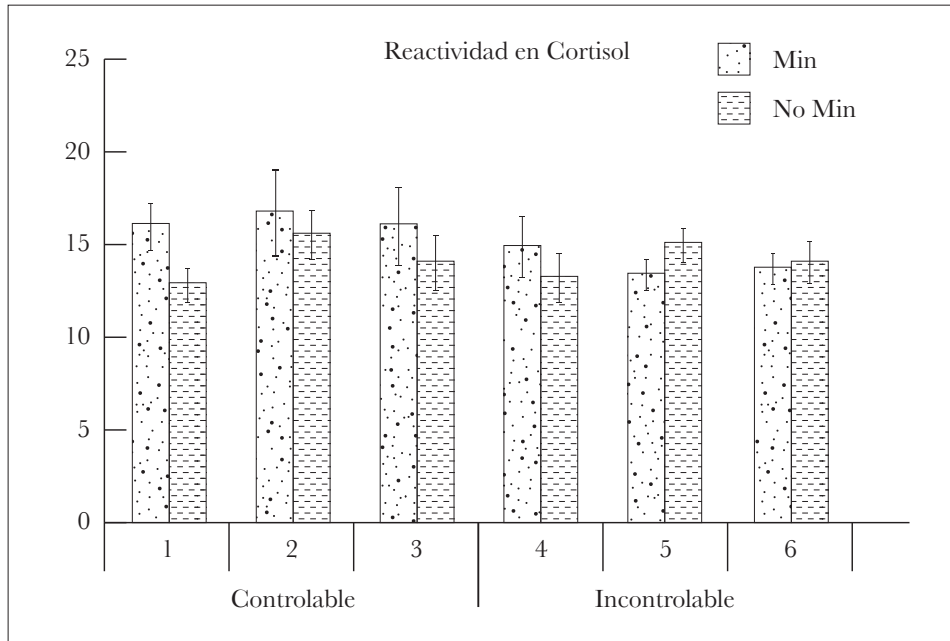


nes. Ciertamente, si se observa con detenimiento la figura, los niveles de cortisol fueron ligeramente mayores en el grupo de personas “minuciosas”, independientemente de la condición.

Ahora bien, es interesante hacer notar, como se muestra en la gráfica 4, que al segmentar para el análisis las dos condiciones, pero en tres momentos distintos, en la condición de controlabilidad —lado izquierdo de las mediciones uno, dos y tres— los participantes considerados “minuciosos” fueron más reactivos a los niveles de cortisol salival, en el sentido de que se encontraron niveles más elevados en ellos.

Algo relativamente opuesto se encontró en la condición de incontrolabilidad, en la que, con excepción de la primera medición, los niveles de cortisol fueron iguales o ligeramente más elevados en los participantes *no* minuciosos, de acuerdo con lo que se describe en las mediciones dos y tres. En términos generales, los datos de ambos estudios son consistentes por los reportados por Brady (1958), quien encontró que los monos ejecutivos expuestos a choques evitables —situación similar a la condición de controlabilidad en nuestro estudio— eran los que morían por úlceras gástricas, en contraste con los monos

Gráfica 4. Promedio de niveles de cortisol por sesión en fases controlables e incontrolables de una tarea de evitación de ruido en una prueba de minuciosidad

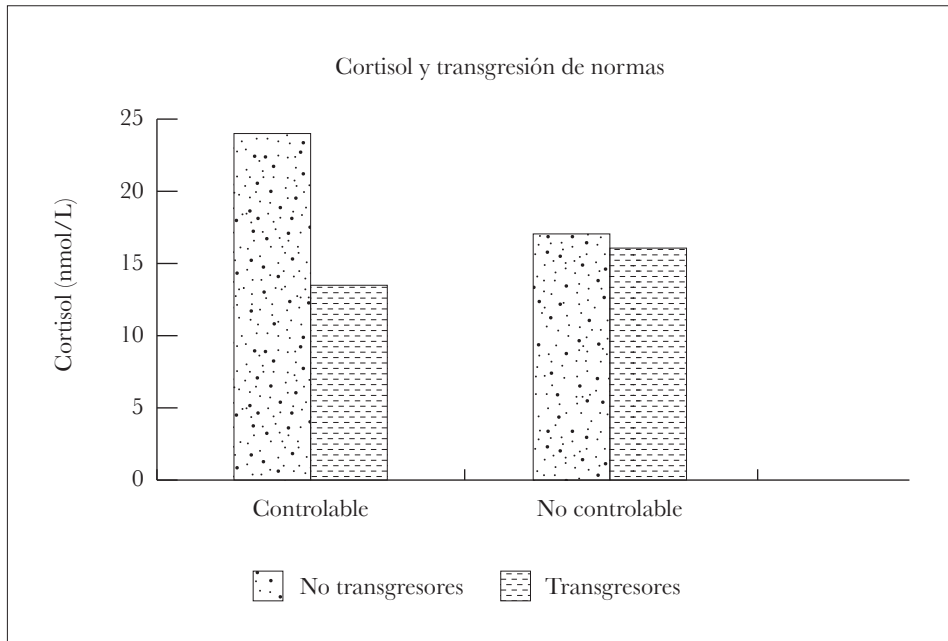


que recibían los choques eléctricos inevitables y que guardaría correspondencia con la condición de incontrolabilidad de ruido en nuestro estudio. Además, los participantes minuciosos tuvieron una mayor reactividad cardíaca respecto del otro grupo, lo cual también es consistente con estudios reportados por el grupo de Eysenck.

Por lo que hace a la prueba de transgresión de la norma, en la gráfica 5 se presenta una síntesis de los datos obtenidos. Aquí, a diferencia del grupo de participantes que puntuaron más alto en la prueba de minuciosidad, se puede observar que en ambas condiciones, de controlabilidad e incontrolabilidad, los niveles de cortisol más elevados se encontraron entre los considerados como “no transgresores de la norma”, en el sentido de que pareciera que existe en éstos una tendencia a no transgredir la norma y, a la par, a adaptarse a su entorno social; esto es particularmente cierto si se revisa con detenimiento la segunda de las condiciones, la de incontrolabilidad, donde se hizo evidente una menor cantidad de respuestas en la prueba, comparadas con las de su contraparte en la condición de controlabilidad, al poder identificar que no dependía de su conducta el control en la presentación del ruido como estímulo aversivo inductor del estrés. Estos datos vendrían a darle sustento a los reportados en el estudio correlacional de Orejudo *et al.* (en preparación), donde se encontró

que, según fuese la prueba utilizada, sería menor o mayor la concentración de los niveles de cortisol. Por lo tanto, los datos reportados parece que pudieran tener alguna aplicación futura en términos del diseño, instrumentación y evaluación de estrategias preventivas para la salud, en especial en los participantes que tienden a puntuar alto en los diferentes estilos conductuales analizados.

Gráfica 5. Niveles de cortisol con puntuaciones altas en la prueba de transgresión de la norma comparada con participantes con niveles bajos o medios en la misma prueba, en fases de controlabilidad e incontrolabilidad de presentación de un ruido



Conclusiones y recomendaciones

A lo largo de las tres últimas décadas se ha sugerido con insistencia que el papel de las variables psicológicas es fundamental en la prevención, acaecimiento y control de diversas enfermedades crónicas (Cohen y Herbert, 1996; Kaplan, 2000). Muchos de los estudios tradicionales en el campo que relaciona la psicología con la salud constituyen importantes testimonios de ello, sobre todo en los que los investigadores se apoyan en preparaciones experimentales (Bovbjerg *et al.*, 1992; Brady y Harris, 1983; Peters *et al.*, 1999), que ciertamente, podríamos, afirmar han sentado las bases para los posteriores estudios que se han conducido desde entonces.

No obstante lo anterior, algo que al día de hoy debería quedar claro, es que infortunadamente es poco lo que se ha avanzado en materia de investigación sobre el fenómeno de personalidad. Es decir, con todo y que se reconozca su influencia para el cuidado, mantenimiento, pérdida y eventual recuperación de la salud (Bermúdez, 2006; Johnson, Batey y Holdsworth, 2009; Ploubidis y Grundy, 2009), en general se adolece de estudios que se caractericen por: *a)* abordar de manera sistemática la relación personalidad-salud-enfermedad; *b)* con base en propuestas alternativas a las tradicionales —por ejemplo la del propio Eysenck o las que tratan el fenómeno de personalidad en la forma de rasgos y/o estados— procurar el estudio de esa relación manteniendo una buena dosis de congruencia y coherencia entre el discurso teórico y los métodos, y *c)* que éstos sean experimentales, de tal suerte que permitan realizar réplicas de las preparaciones, a efecto de validar la pertinencia y posterior utilidad aplicada de los hallazgos.

Precisamente por lo anterior en nuestro laboratorio hemos considerado de capital importancia partir de un modelo teórico de salud biológica (Ribes, 1990b) y de una teoría de la personalidad (Ribes y Sánchez, 1990), a efecto de ahondar en la investigación de cómo es que determinados estilos interactivos se relacionan con un indicador biológico del proceso de salud: los niveles de cortisol salival. Los resultados que aquí se han reseñado no son, por supuesto, concluyentes. Nos ofrecen primeros indicios de esa relación, es decir, de los efectos de la personalidad sobre la salud y, por lo tanto, les asignamos un valor heurístico.

Estamos seguros de que en lo inmediato necesariamente debemos cumplir con dos tareas que consideramos claves. Por un lado, es fundamental diseñar pruebas complementarias y apoyarnos en preparaciones experimentales que nos permitan evaluar tanto la estabilidad como la consistencia conductual a lo largo del tiempo y entre situaciones. Por el otro, y ésta es una tarea ineludible, tenemos que procurar la medición de otros parámetros biológicos, como los de la reactividad de los sistemas inmune, cardiovascular y endocrino, por ejemplo los linfocitos T y B, las células conocidas como *natural killers*, la presión sanguínea, los niveles de concentración de azúcar en sangre, entre otros.

Ambas tareas supondrían que tendríamos que trabajar no sólo con participantes “sanos”, sino también con personas diagnosticadas con diferentes enfermedades crónicas y que cursan por distintos momentos de la enfermedad; se trataría de identificar si dadas ciertas características de la personalidad, sería factible relacionarlas con las enfermedades y con sus correspondientes tratamientos: si facilitan o no el avance clínico de la enfermedad, y si a la vez favorecen la práctica eficiente de las conductas de adhesión que son necesarias en razón de la enfermedad (Sánchez-Sosa, Fierros, Cázares y Piña, 2011; Seligman, 2003).

Referencias

- Amelang, M. (1997), "Using Personality Variables to Predict Cancer and Heart Diseases", *European Journal of Personality*, 11, pp. 319-342.
- , y C. Schmidt-Rathjens (1992), "Personality, Stress and Disease. Some Results on the Psychometric Properties of the Grossarth-Maticek and Eysenck Inventories", *Psychological Reports*, 71, pp. 1251-1263.
- Bayés, R. (1995), *Psicología y SIDA*, Barcelona, Martínez Roca.
- , y E. Ribes (1992), "Un modelo psicológico de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA", en J. A. Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta*. Hermosillo, México, Universidad de Sonora, pp. 1-21.
- Benostsch, E. G., A. J. Christensen y L. McKelvey (1997), "Hostility, Social Support, and Ambulatory Cardiovascular Activity", *Journal of Behavioral Medicine*, 20, pp. 163-173.
- Bermúdez, J. (2006), "Personality Science, Self-regulation, and Health Behavior", *Applied Psychology: An International Review*, 55, pp. 386-396.
- Blumenthal, J. A., L. C. O'Toole y T. Haney (1984), "Behavioral Assessment of the Type A Behavior Pattern", *Psychosomatic Medicine*, 46, pp. 415-423.
- Brady, J. (1958), "Ulcers in Executive Monkeys", *Scientific American*, 199, pp. 95-100.
- , y A. Harris (1983), "La producción experimental de estados fisiológicos alterados. Modelos experimentales conductuales concurrentes y contingentes", en W. K. Honig y J. E. R. Staddon (eds.), *Manual de conducta operante*, México, Trillas, pp. 794-824.
- Bovbjerg, D. H., P. B. Jacobsen, K. L. Taylor, J. P. Crown, T. A. Gilewski, B. S. Reichman y T. B. Hakes (1992), "An Experimental Analysis of Classically Conditioned Nausea During Cancer Chemotherapy", *Psychosomatic Medicine*, 54, pp. 623-637.
- Camacho, E., S. Orejudo, C. Vega-Michel, J. Córdova, O. García y C. González (2006, septiembre), "Análisis correlacional entre pruebas de personalidad, evaluación de estilos interactivos y cortisol salival", trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela, España.
- , C. Vega-Michel, G. Vega, E. Nuño y J. L. Parra (2010, octubre), "Simposio sobre Psiconeuroinmunología: Investigación básica y aplicaciones", en el XVIII Congreso Mexicano de Psicología, México, Distrito Federal.
- Catell, R. B. (1965), *El análisis científico de la personalidad*, Barcelona, Fontanella.
- Cohen, S., y T. B. Herbert (1996), "Health Psychology: Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Human Psychoneuroimmunology", *Annual Review of Psychology*, 47, pp. 113-142.
- Contrada, R., y M. Guyll (2001), "On Who Gets Sick and Why: The Role of Personality and Stress", en A. Baum, T. Revenson y J. Singer (eds.), *Handbook*

- of Health Psychology*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, pp. 59-84.
- Esterling, B. A., M. Antoni, M. Kumar y N. Schneiderman (1990), "Emotional Repression, Stress Disclosure Responses, and Epstein-Barer Viral Capsid Antigen Titers", *Psychosomatic Medicine*, 52, pp. 397-410.
- Eysenck, H. J. (1970), *Fundamentos biológicos de la personalidad*, Barcelona; Fontanella.
- , (1987), "Personality as a Predictor of Cancer and a Cardiovascular Disease, and Application of Behavior Therapy in Prophylaxis", *European Journal of Psychiatry*, 1, pp. 29-41.
- , (1988), "The Respective Importance of Personality, Cigarette Smoking and Interaction Effects for the Genesis of Cancer and Coronary Heart Disease", *Personality and Individual Differences*, 9, pp. 453-464.
- , (1994), *Tabaco, personalidad y estrés*, Barcelona, Herder.
- Fernández, G., y D. Mercado (1996), "Enfermedades aprendidas", en G. R. Ortiz (coord.), *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Xalapa, México, Universidad Veracruzana, pp. 85-96.
- First, M., A. Frances y H. Pincus (1996), *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial*, Barcelona, Masson.
- Friedman, M., y R. Rosenman (1958), "Association of Specific overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Findings", *Journal of the American Medical Association*, 169, pp. 1286-1296.
- , y R. Rosenman (1974), *Type A Behavior and Your Heart*, Nueva York, Alfred Knopf.
- Grossarth-Maticek, R., y J. H. Eysenck (1990), "Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory", *Psychological Reports*, 66, pp. 355-373.
- Herbert, T. B., y S. Cohen (1993), "Depression and Immunity: A Meta-analytic Review", *Psychological Bulletin*, 113, pp. 472-486.
- Hernández, E., A. Palomera y F. de Santos (2003), *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*, Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara.
- Hernández, J. M. (2000), *La personalidad. Elementos para su estudio*, Madrid; Biblioteca Nueva.
- , J. Lozano y J. Santacreu (2011), "La evaluación de la persistencia basada en una tarea de aprendizaje adquisición-extinción", *Escritos de Psicología*, 4, pp. 25-33.
- , O. Shih, M. Contreras y J. Santacreu (2001), "El efecto de la competencia y la eficacia en la evaluación objetiva de la transgresión de normas", *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, pp. 205-227.
- Jennings, J. R., y K. A. Matthews (1984), "The Impatience of Youth: Phasic Cardiovascular Response in Type A and Type B Elementary School-aged Boys", *Psychosomatic Medicine*, 46, pp. 498-511.
- Johnson, S. J., M. Batey y L. Holdsworth (2009), "Personality and Health: The

- Mediating Role of Trait Emotional Intelligence and Work of Locus of Control”, *Personality and Individual Differences*, 47, pp. 470-775.
- Kantor, J. R. (1978), *Psicología interconductual*, México, Trillas.
- Kaplan, R. M. (2000), “Two Pathways to Prevention”, *American Psychologist*, 55, pp. 382-396.
- Kariyawazam, S., F. Zaw y S. Handley (2002), “Reduced Salivary Cortisol in Children with Comorbid Attention Deficit Hyperactive Disorder and Oppositional Defiant Disorder”, *Neuroendocrinology Letters*, 23, pp. 45-48.
- Kazdin, A. (1996), *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*, México, El Manual Moderno.
- Kiecolt-Glaser, J., y M. Chee (1991), “Personality, Stress and Cancer: A Re-examination”, *Psychological Inquiry*, 2, pp. 249-251.
- , W. Malarkey, M. Chee, T. Newton, J. Caccioppo, H. Mao y R. Glaser (1993), “Negative Behavior During Marital Conflict is Associated with Immunological Down-regulation”, *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 395-409.
- Marroquín, A. (1999), “Grupos familiares con factores psicológicos de riesgo para infarto del miocardio y angina de pecho”, tesis de maestría en psicología de la salud no publicada, Culiacán, México, Universidad Autónoma de Sinaloa/Escuela de Psicología.
- Miller, G. E., K. E. Freeland, R. M. Carney y W. A. Banks (2003), “Cynical Hostility, Depressive Symptoms, and the Expression of Inflammatory Risk Markers for Coronary Heart Disease”, *Journal of Behavioral Medicine*, 26, pp. 501-515.
- Mischel, W. (1980), *Personalidad y evaluación*, México, Trillas.
- Orejudo, S., E. Camacho y Vega-Michel (en preparación), *Niveles de cortisol y tipos de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Un estudio transcultural*.
- , M. Froján y C. Malo (2004), “La tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Relación con otros constructos psicológicos”, *Psiquis*, 25, pp. 152-166.
- , y M. Froján (2005), “Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades”, *Anales de Psicología*, 21, pp. 276-285.
- Peters, M. L., G. L. Godaert, R. E. Ballieux, J. F. Brosschot, F. C. Sweep, L. M. Swinkels, y C. J. Heijnen (1999), “Immune Response to Experimental Stress: Effects of Mental Effort and Uncontrollability”, *Psychosomatic Medicine*, 61, pp. 513-524.
- Ploubidis, G. B., y E. Grundy (2009), “Personality and All Cause Mortality: Evidence for Indirect Links”, *Personality and Individual Differences*, 47, pp. 203-208.
- Quander-Blaznik, J. (1990), “Personality as Predictor of Lung Cancer: A Replication”, *Personality and Individual Differences*, 13, pp. 683-689.
- Ragland, D. R., y R. J. Brand (1988), “Type A Behavior and Mortality from Co-

- ronary Heart Disease”, *New England Journal of Medicine*, 318, pp. 65-69.
- Reynoso, L., M. A. Álvarez, R. Tron, I. de la Torre y I. Seligson (2002), “Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular”, en L. Reynoso e I. Seligson (coords.), *Psicología y salud*, México; Universidad Nacional Autónoma de México/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 43-70.
- , y I. Seligson (1997), “Patrón conductual tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación”, *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 67, pp. 419-427.
- Reynoso, L., y I. Seligson (coords.) (2002), *Psicología y salud*. México; Universidad Nacional Autónoma de México/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Ribes, E. (1990a), *Psicología y salud: un análisis conceptual*, Barcelona; Martínez Roca.
- , (1990b), *Psicología general*, México; Trillas.
- , (2005), “¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales”, *Acta Comportamentalia*, 13, pp. 37-52.
- , (2009), “La personalidad como organización de los estilos interactivos”, *Revista Mexicana de Psicología*, 26, pp. 145-161.
- , y S. Sánchez (1990), “El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad”, en E. Ribes (ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, México; Trillas, pp. 79-98.
- , S. Contreras, C. Martínez, E. Doval y C. Viladrich (2005), “Individual Consistencies Across Time and Tasks: A Replication of Interactive Styles”, *The Psychological Record*, 55, pp. 619-631.
- , y F. López (1985), *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*, México, Trillas.
- Ryle, G. (1967), *El concepto de lo mental*, Buenos Aires, Paidós.
- Sánchez-Sosa, J. J., L. E. Fierros, O. Cázares y J. A. Piña (2011), “Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral”, en J. L. Ybarra, J. J. Sánchez-Sosa y J. A. Piña (eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*, México, Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno, pp. 137-154.
- Santacreu, J., y O. García-Leal (2000), “La utilización de tests comportamentales computarizados en el estudio de la personalidad: La evaluación de la “persistencia”, *Psicothema*, 12, pp. 117-126.
- , J. Hernández, P. Adarraga y M. Oliva (2002), *La personalidad en el marco de una teoría del comportamiento humano*, Madrid, Pirámide.
- Santé, L., y J. Santacreu (2001), “La eficacia (o la suerte) como moduladora en la evaluación del estilo interactivo tendencia al riesgo”, *Acta Comportamentalia*, 9, pp. 163-188.
- Seligman, M. (1983), *Indefensión*, Madrid, Debate.

- , (2003), *La auténtica felicidad*, Barcelona, Javier Vergara.
- Selye, H. (1984), *The Stress of Life*, Nueva York, Mc Graw-Hill.
- Smith, T. W. (2011), “Toward a More Systematic, Cumulative, and Applicable Science of Personality and Health: Lessons from Type D Personality”, *Psychosomatic Medicine*, 73, pp. 528-532.
- Staats, A. (1996), *Conducta y personalidad: Conductismo psicológico*, Bilbao, Descleé de Brouwer.
- Smedslund, G. (1995), “Personality and Vulnerability to Cancer and Heart Disease: Relations to Demographic and Lifestyle Variables”, *Personality and Individual Differences*, 19, pp. 691-697.
- Temoshok, L., y H. Dreher (1992), *The Type C Connection*, Nueva York, Random House.
- Vega-Camacho, C., E. Camacho, G. Vega, J. L. Parra, C. Aparicio y F. Torres (2011, mayo), “Simposio sobre personalidad y salud”, en el V Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Xalapa, México.
- Watson, J. B. (1924/1961), *Conductismo*, Buenos Aires, Paidós.
- Williams, R., y V. Williams (1993), *Anger Skills: 17 Strategies for Controlling the Hostility that Can Harm Your Health*, Nueva York, Harper Collins Publishers.

9. OBESIDAD Y TRASTORNO POR ATRACÓN ALIMENTARIO¹

Rosalía Vázquez Arévalo,
Xochitl López Aguilar
y Juan Manuel Mancilla Díaz
*Proyecto de Investigación en Nutrición
Facultad de Estudios Superiores-Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México*

Héctor Julián Velázquez López
*Programa de Doctorado en Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México*

Introducción

La estética corporal, tanto en países de Occidente como en sociedades occidentalizadas, se suele representar con la delgadez. Como ha señalado Vandereycken (1993), vivimos en la “cultura de la delgadez”, a la cual se atribuyen resultados prodigiosos, no siempre comprobados, como el éxito social, la belleza y la salud. Por ende, la obesidad aparece como la contraparte negativa, y en ello los profesionistas de la salud han contribuido significativamente, aumentan el espectro del rechazo al sobrepeso: “las razones médicas han venido a confirmar las motivaciones estéticas del culto a la delgadez” (Toro, 1996, p. 169).

Hoy día, un número creciente de investigaciones sobre obesidad presentan datos que la relacionan con trastornos del ánimo, con ansiedad o con el abuso de sustancias —principalmente alcohol (Gruzca, Krueger, Racette, Norberg, Hipp y Bierut, 2010; Petry, Barry, Pietrzak y Wagner, 2008), aunque no queda claro qué evento se constituye en la causa y cuál en el efecto; también se ha encontrado evidencia en sentido opuesto, donde no se ha puesto en evidencia dicha relación (Goldney, Dunn, Air, dal Grande y Taylor, 2009; Hach, Ruhl, Klose, Klotsche, Kirch y Jacobi, 2007; Papelbaun, Moreira, Gaya, Preissler y Coutinho, 2010).

Lo expuesto antes de manera sucinta nos permite, de entrada, avizorar la complejidad del problema de la obesidad, cuyo origen y mantenimiento es multicausal. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que no siempre queda claro en qué se diferencia de otros problemas o trastornos, por ejemplo en relación

¹ El presente estudio se realizó gracias a un apoyo otorgado a Georgina Álvarez R. y Rosalía Vázquez Arévalo, por parte del Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT-IN305912).

con el conocido *trastorno por atracón*. Éste se distingue por que las personas que se encuentran en riesgo acuden reiteradamente a tratamientos para reducción de peso, que no siempre son efectivos. Dada la relevancia que reviste este trastorno en nuestra sociedad actual y sumado al hecho de que el mismo está adquiriendo proporciones preocupantes en términos epidemiológicos, en el presente capítulo presentamos un panorama general del trastorno en su relación con la obesidad, considerando de manera prioritaria a los varones, por tratarse de un sector de la población que ha sido poco estudiado.

Consideraciones en torno al abordaje de la obesidad

La obesidad se ha convertido en un tema recurrente de salud, tanto para los profesionales del ramo como para el público en general. En el concierto internacional, los datos y las estadísticas la sitúan como la pandemia del siglo XXI. Pero, ¿qué es la obesidad? De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), se trata de una condición médica ocasionada por un exceso de grasa en el cuerpo. Siguiendo con la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Los parámetros antropométricos que establece la OMS para considerar sobrepeso y obesidad en población de adultos son: *a)* sobrepeso, si se presenta un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, y *b)* obesidad, si se obtiene un IMC igual o superior a 30.

Actualmente, en el mundo se considera que existen más de 1 200 millones de personas con sobrepeso y obesidad, de las cuales, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos alrededor de 80 millones son mexicanos (OCDE, 2012). En la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT) (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) se señala que la prevalencia de sobrepeso es más alta en los hombres (42.5%) en comparación con las mujeres (37.4%), en tanto que en la obesidad se observa una tendencia inversa: la prevalencia es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%). Al combinar sobrepeso y obesidad, se detecta que la prevalencia es de 71.9% en mujeres y 66.7% en hombres mayores de 20 años. En la misma encuesta se destaca que la prevalencia de sobrepeso y obesidad —particularmente esta última— muestra una tendencia a aumentar con la edad, no obstante que a partir de los 60 años en adelante disminuye considerablemente para ambos géneros.

Ahora bien, puesto que el de la obesidad es un grave problema de salud por las enfermedades que se le asocian, es necesario ser extremadamente cuidadosos en el análisis del problema, a efecto de estar en mejores condiciones de aportar en otros momentos y en otras circunstancias soluciones efectivas; por ello, a continuación se señalan algunas consideraciones que hay que tener en cuenta:

1. No se puede entender la obesidad y el sobrepeso como si fueran lo mismo. De acuerdo con los criterios de IMC planteados, el sobrepeso no tiene las mismas consecuencias y enfermedades asociadas que la obesidad, su tratamiento no puede ser igual y suele ser más fácil modificar hábitos e IMC en personas que la sufren que en quienes presentan obesidad (Toro, 1996).
2. La concepción de la obesidad es limitada. Hoy en día se sabe que la obesidad es un fenómeno complejo y multicausal, cuya definición propuesta por Bourgues (1987) nos permite entenderla mejor, cuando apunta que se trata de un exceso de tejido adiposo que se vincula con numerosas enfermedades y con mayor mortalidad, producto de un balance energético mayor al óptimo que puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, psicológicos, sociales y culturales, económicos, etcétera. Por ello, las medidas emprendidas deben ser desde diferentes ámbitos y por diferentes profesionales.
3. El parámetro de medición es el IMC, que nos remite a una relación de peso corporal con la talla; aunque puede ser un buen indicador de riesgo de obesidad, no proporciona el porcentaje de grasa, que es el elemento esencial en la definición de obesidad. El peso corporal puede ser una medida burda de la masa corporal total, pero no distingue entre los diversos componentes como la masa magra, ósea y grasa, además de que no considera la constitución física y anatómica de las personas —pequeña, mediana y grande (Toro, 1996)
4. El origen de la obesidad es multicausal, y si bien es cierto que la mayoría de las obesidades se debe a una mayor ingesta a la óptima, se sabe que 5% de las obesidades tiene origen genético.
5. En el caso de México, no se debe olvidar que la Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SS1-1998) clasifica a una persona con sobrepeso cuando su IMC se sitúa entre 25 y 27 y a las personas obesas a partir de un IMC igual o superior a 27.1, lo cual nos lleva a inferir que de ese 24.6% de obesos, algunos realmente tendrían sobrepeso según los criterios expuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).
6. El manejo social de la obesidad a través de la información imprecisa o poco detallada —como igualar sobrepeso a obesidad o bien creer que todas las obesidades son consecuencia de una sobreingestión, etcétera— ha provocado sin duda la estigmatización de estos pacientes, lo que ha derivado en diversos prejuicios que muchas veces carecen de fundamento, reforzándose expectativas negativas que a menudo se traducen en discriminación y en un intenso malestar psicológico en quien la padece, tal como lo señalan diversos estudios (Bocchierri, Mean y Fisher, 2002; Guzmán y Lugli, 2009; Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005; Rand y Macgregor, 1990).
7. La obesidad es un problema grave de salud, algunas de cuyas modalidades tienen un origen psicopatológico; tal es el caso de la obesidad reactiva según

la clasificación internacional de las enfermedades, conocida por sus siglas en inglés como *CIE-10* (OMS, 1992), que se asocia con sobreingestión ocasionada por otros disturbios psicológicos: sobreingestión o ingestión excesiva de alimento como resultado de acontecimientos o eventos estresantes que generan obesidad, como duelos por pérdidas de alguna persona cercana, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso. Otra entidad clínica que ha cobrado relevancia en las últimas décadas es el *Trastorno por Atracón*.

Trastorno por atracón

El carácter clínico del atracón alimentario en personas obesas que acudían a tratamiento para la reducción de peso fue descrito inicialmente por Stunkard, en 1959, no obstante que fue hasta 1976 cuando se propusieron criterios específicos para la conducta de atracón (Fairburn y Wilson, 1993); destacan fundamentalmente tres, a saber:

1. Ingestión impulsiva, episódica, incontrolable y rápida de una gran cantidad de comida en un periodo relativamente corto de tiempo.
2. La terminación del episodio se da únicamente hasta llegar a un punto de malestar físico (*i.e.*, dolor abdominal y sensación de náuseas o distensión). El vómito puede presentarse, pero no se requiere para el diagnóstico.
3. Subsecuentes sentimientos de culpa, remordimiento o autodesprecio.

La conducta de atracón alimentario como criterio diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales —*DSM-III* por sus siglas en inglés (American Psychiatric Association, 1980), con el objeto de identificar a la bulimia nerviosa (BN), aun cuando dadas las controversias generadas fue modificado en sucesivas ediciones con la finalidad de precisar aún más el concepto (cuadro 1).

La propuesta de dichos criterios generó mayor investigación en muestras de personas con obesidad en la década de los ochenta del siglo pasado, ante las evidencias que señalaban que una cuarta parte de las personas que buscaban tratamiento para la reducción de peso presentaba problemas de atracón alimentario, siendo una característica en ellas no mostrar conductas compensatorias; cuando éstas se presentaban, su frecuencia era menor en las personas diagnosticadas con BN (Marcus 1999; citado en Goldstein y Stunkard, 1999).

Con base en los hallazgos realizados, Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus *et al.* (1991) desarrollaron los criterios para el Trastorno por Atracón (TPA), denominándolo inicialmente *Síndrome de Sobreingestión Patológica*, término que más tarde fue reemplazado por *Trastorno por Ingestión Compulsiva* y, finalmen-

Cuadro 1. *Evolución de la definición del atracón alimentario a través de sucesivas revisiones del DSM (Fairburn y Wilson, 1993)*

DSM	Criterios
DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).	Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse, que debe asociarse con tres de los síntomas siguientes: 1. Alimentos hipercalóricos. 2. Clandestinidad. 3. Estados fisiológicos posteriores. 4. Oscilaciones en el peso
DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988).	1. Recurrentes episodios de ingestión voraz (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo). 2. Sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).	Recurrentes episodios de atracón alimentario: 1. Ingestión, en un corto periodo de tiempo (i.e., en dos horas), de una cantidad de comida que es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (i.e., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

te, por *Trastorno por Atracón*. El TPA aparece en el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), en el apartado de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TANE), como una categoría diagnóstica provisional que amerita estudios posteriores, conservando sus criterios en la última versión de este manual *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), que son los siguientes:

Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos siguientes condiciones: 1) ingestión en un corto periodo (i.e., dos horas) de una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares, y 2) sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (i.e., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué y cuánto está comiendo).

Los episodios de atracón se asocian con tres o más de los siguientes síntomas: 1) ingestión mucho más rápida de lo normal; 2) comer hasta sentirse desagrada-

blemente lleno; 3) ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre; 4) comer a solas para esconder la voracidad; 5) sentirse a disgusto con uno mismo, y experimentar depresión o gran culpabilidad después del atracón; 6. profundo malestar al recordar los atracones; 7) los atracones tienen lugar, en términos generales, al menos dos días a la semana durante seis meses, y 8) el atracón no se asocia con estrategias compensatorias inadecuadas (*i.e.*, purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosas.²

Por otro lado, se debe considerar que no todas las personas con obesidad presentan TPA; si bien es cierto es necesario destacar que en buena medida la prevalencia de dicho trastorno se ha detectado en esta población, los estudios apuntan a que las personas con el mismo presentan un IMC que va de 32 a 42 (Barry, Grilo y Masheb, 2002; Grilo y Masheb, 2004; Roehrig, Masheb, White y Grilo, 2009; Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch y Brownell, 1997).

La población con mayor riesgo está conformada por personas que son principalmente obesas y que acuden a tratamiento, con una prevalencia todavía no muy clara, que oscila entre 8 y 53% (de Zwaam, 2001; Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen y Martinovich, 2003; Gormally, Black, Datson y Rardin, 1982; Spitzer *et al.*, 1992; Spitzer *et al.*, 1993; Villagómez, Cortés, Barrera, Saucedo y Alcocer, 2003; Williamson y Martin, 1999). En una muestra comunitaria los índices son menores y con mayor acuerdo, y van de 1.55 a 3% (Feldman y Meyer, 2007; Hay, 1998; Hodges, Stellefson, Jarrell, Cochrane y Brewerton, 1999; Nicdao, Hong y Takeuchi, 2007), e inclusive, cuando llegan a incrementarse, alcanzan hasta 6.6% (Grucza, Przybeck y Cloninger, 2007).

En cuanto a su distribución por género, se observa que por cada caso de hombres hay tres en mujeres (Castonguay, Eldredge y Agras, 1995; de Zwaan, 2001; Smith, Marcus y Eldredge, 1994; Womble *et al.*, 2001). La edad de inicio en que se presenta el TPA es 32 años (American Psychiatric Association, 2000; Marcus, 1999); no obstante, puede presentarse en la adolescencia tardía o en la juventud temprana (García-Camba, 2001).

Modelos de Trastorno por Atracón y obesidad

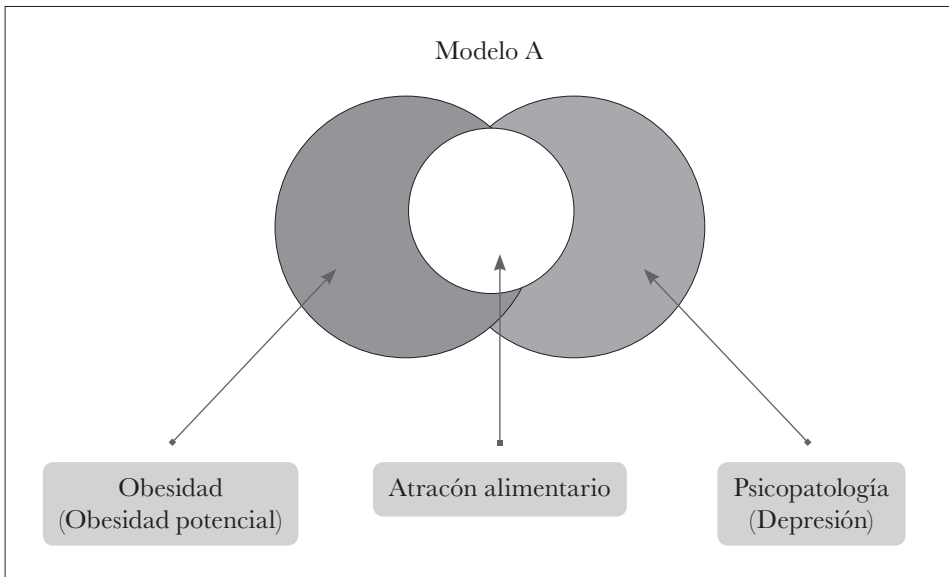
Devlin, Goldfein y Dobrow (2003) proponen dos modelos que intentan explicar la asociación entre atracón y obesidad:

² El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

El *modelo A* sugiere que el TPA es una característica o condición que emerge de dos trastornos primarios coexistentes, por ejemplo: el TPA surge cuando la obesidad (u obesidad potencial) y alguna entidad psicopatológica general –i.e., depresión– concurren. El atracón alimentario, como un marcador de psicopatología entre personas obesas, ha sido propuesto y discutido detalladamente en otros estudios. Los argumentos que se han planteado a favor de este modelo son: 1) pacientes obesos con TPA difieren de las personas sin TPA en la comorbilidad psiquiátrica; 2) en estudios con muestras comunitarias se ha identificado a la obesidad y a los trastornos psiquiátricos como factores de riesgo para el TPA, y 3) el atracón es sugerido como una característica atípica de depresión (figura 1).

El *modelo B* considera que la disforia peso/figura y angustia relacionada con el peso, así como la impulsividad, son fenómenos que subyacen al atracón alimentario entre personas obesas. De acuerdo con este modelo, la angustia extrema ante la imagen corporal en las personas obesas puede desencadenar el atracón alimentario, quizá debido a un intento poco realista e infructuoso de restricción

Figura 1. *Psicopatología en la obesidad (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003)*

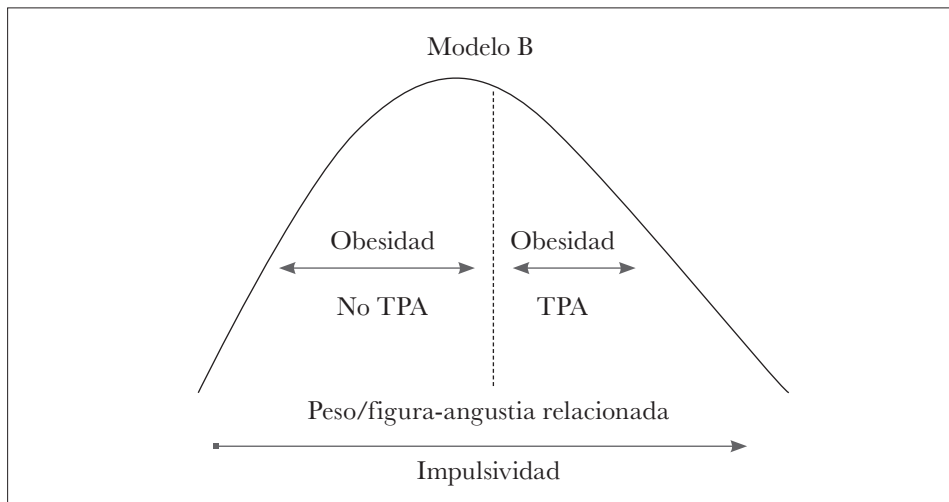


alimentaria para mejorar la imagen corporal. No obstante, una limitación de este modelo es que las personas con TPA no presentan grandes restricciones en su conducta alimentaria entre episodios alimentarios. Asimismo, son más frecuentes las dietas y las fluctuaciones en su peso corporal que en los obesos sin TPA. Otra potencial dimensión del TPA en muestras de obesos es la impulsividad, toda vez que los hallazgos señalan que el atracón alimentario entre obesos se asocia con

altos niveles de impulsividad u otras conductas problemáticas, por ejemplo, las compras compulsivas; se da sustento así al concepto y a la idea de que el atracón alimentario es la manifestación de una alta impulsividad entre personas predispuestas a la obesidad (figura 2).

Considerando lo expuesto antes, la población de obesos es un grupo heterogéneo, por lo que se debe dividir en muestras con y sin TPA. Las investigaciones sobre el particular indican que los obesos con atracón alimentario o TPA son clínicamente diferentes de los obesos sin trastorno en los siguientes aspectos:

Figura 2. Psicopatología de la obesidad (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003)



1. Mayor problemática en relación con el peso corporal: IMC más elevado, inicio temprano del sobrepeso, oscilación del peso corporal (de Zwann, 2001), mayor porcentaje de grasa e historia familiar de sobrepeso (Giusti, Héraïef, Gaillard y Burckhardt, 2004; Lewinsohn, Seeley, Moerk y Striegel-Moore, 2002).
2. Alteraciones alimentarias: inicio temprano de las dietas (Goldfein, Walsh, Devlin, LaChaussée y Kissileff, 1993), restricción alimentaria, desinhibición, susceptibilidad al hambre y preocupación por la comida (Adami, Campostano, Marinari, Ravera y Scopinaro, 2002; Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli y Walsh, 2002; Hsu *et al.*, 2000; Kalarchian, Wilson, Brolin y Bradely, 1998; Kuehnel y Wadden, 1994; Le Grange, Gorin, Catley y Stone, 2001; Telch y Stice, 1998). Asimismo, se ha detectado que la alimentación se encuentra asociada con las emociones (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet y Barbe, 2003).
3. Problemática psicológica que se caracteriza por impulsividad (Nasser, Gluck y Geliebter; 2004), alexitimia e insatisfacción corporal (Guss *et al.*, 2002; Ma-

tos, Aranha, Faria, Ferreira, Bacaltchuck y Zanella, 2002), pobre motivación para adelgazar, sentimientos de ineficacia e identificación interoceptiva (Antonoun, Tasca, Wood y Bissada, 2003; Kuehnel y Wadden, 1994; Ramacciotti, Coli, Passaglia, Lacorte, Pea y Dell'Osso, 2000; Tasca, Illing, Lybanon-Daigle, Bissada y Balfour, 2003), baja autoestima (Telch, Agras y Rositer, 1994; Striegel-Moor, Wilson, Wilfley, Elder y Brownell, 1998) y comorbilidad psiquiátrica, principalmente ansiedad y depresión (Anthony, Johnson, Carr-Nangle y Abel, 1994; Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993).

Trastorno por Atracón en hombres

El TPA ha sido estudiado mayoritariamente en población femenina, a pesar de ser un trastorno más frecuente en hombres y de presentarse en proporción similar entre ambos sexos —en una proporción de dos casos de hombres por cada tres de mujeres, tanto en población que busca tratamiento para bajar de peso como en muestras comunitarias (American Psychiatric Association, 1994, 2000; Castonguay *et al.*, 1995; de Zwaan, 2001; Smith y Thelen, 1994; Spitzer *et al.*, 1992; Spitzer *et al.*, 1993; Williamson, 1990; Womble *et al.*, 2001)

Se debe señalar que existen factores socioculturales que han dificultado la detección de este padecimiento en esta población, como el hecho de considerar que en los hombres es común la ingesta de grandes cantidades de alimentos, además de que los profesionales de la salud y ellos mismos creen que las patologías alimentarias son exclusivas de las mujeres. A esto hay que agregar que la gran mayoría de los instrumentos de tamizaje o detección de riesgo están contruidos para mujeres. Adicionalmente, la mayoría de los estudios que han incluido muestras de varones con TPA también realizan comparaciones con mujeres con TPA, de las cuales se ha obtenido una serie de datos muy interesantes, que resumimos a continuación:

1. En cuanto a la frecuencia de dieta restrictiva, se ha encontrado que la mayoría de los hombres con TPA (70.2%) no la utiliza como estrategia para la pérdida de peso (Barry *et al.*, 2002; Grilo y Masheb, 2004), como sucede con la mujeres.
2. La preocupación por el peso y la imagen corporal son características presentes en las personas con TPA, y en la población masculina también es posible tener dicha apreciación, ya que los hombres con TPA presentan mayores niveles de dichas características que aquellos sin TPA; empero, suele ser menor en comparación con las mujeres (Barry *et al.*, 2002; Cuzzolaro, Donini, Bellini y Santomassimo, 2008; Grilo y Masheb, 2004; Roehrig *et al.*, 2009; Tanofsky *et al.*, 1997).
3. En lo que respecta al afecto negativo, parece claro que es una constante en hombres y mujeres con TPA (Amianto, Lavagnino, Leombruni, Gastaldi,

Daga y Fassino, 2011; Galanti, Gluck y Geliebter, 2007; Geliebter, Hassid y Hashim, 2001; Grilo *et al.*, 2009; Grilo y Masheb, 2005; Kolotkin, Westman, Ostbye, Crosby, Eisenson y Binks, 2004; Masheb y Grilo, 2006), no así en los obesos que no tienen esta patología.

En México, los estudios en TPA son incipientes, y en varones con esta problemática casi inexistentes. A continuación presentamos los resultados de tres casos mexicanos, que son resultados reportados en una tesis doctoral en la que se abordó la temática (López, 2008).

Participantes

Se diagnosticaron tres casos con TPA de una muestra comunitaria de 567 estudiantes de 567 hombres: el primer caso fue un estudiante de bachillerato de 16 años, proveniente de una familia nuclear (segundo hijo de cuatro hermanos), quien presentaba atracones tres veces a la semana desde que comenzó la adolescencia. El segundo caso correspondió a un estudiante de bachillerato de 17 años, proveniente de una familia nuclear (segundo de tres hermanos), quien señaló tener problemas de sobrepeso e inadecuados hábitos alimentarios desde la niñez. El tercer caso fue el de un estudiante de bachillerato de 17 años, proveniente de una familia nuclear (primero de cinco hijos), quien señaló tener problemas de sobrepeso desde los 10 años y someterse desde los 12 años a dietas restrictivas. El participante recuerda presentar atracones desde la infancia.

Instrumentos

Hoja de datos generales. Su objetivo es registrar información respecto de las características sociodemográficas de los participantes, como: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, entre otros.

Hoja de consentimiento informado. Su objetivo es dar a conocer el objetivo de la investigación y señalar que ésta no tiene efectos nocivos para los participantes, así como, en caso de ser necesario, canalizarlos para recibir atención psicológica.

Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación, o TFEQ, por sus siglas en inglés (*Three Factor Eating Questionnaire*), Validado por Stunkard y Messick (1985). Contiene 51 preguntas que se dividen en tres factores relacionados con la alimentación: restricción alimentaria ($\alpha = 0.93$), desinhibición ($\alpha = 0.91$) y susceptibilidad al hambre ($\alpha = 0.85$). La adaptación para la población mexicana presenta un coeficiente de consistencia interna adecuado ($\alpha = 0.87$) y una efectiva validez concurrente y discriminante (López, Mancilla, Vázquez, Franco, Álvarez y Ocampo, 2011).

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación, o EAT-40, por sus siglas en inglés (*Eating Attitudes Test*), creado y validado por Garner y Garfinkel (1979). Consta de 40 preguntas, cuya finalidad es identificar los síntomas característicos de los trastornos alimentarios. Fue validado en población mexicana por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), comprobando que posee adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0.90$ en muestra clínica; especificidad = 91% y sensibilidad = 83%). El punto de corte internacional es ≥ 30 y el punto de corte mexicano es de ≥ 28 . En la validación mexicana se obtuvieron cinco factores que explican 46.6% de la varianza total, de los cuales para la presente investigación, se retomaron únicamente tres: restricción alimentaria, preocupación por la comida y presión social percibida.

Test de Bulimia, o BULIT, por sus siglas en inglés (*Bulimia Test*), construido y validado por Smith y Thelen (1984). Incluye 36 preguntas que identifican la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa. En población mexicana fue validado por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.89$); esta versión sugiere un punto de corte ≥ 85 (sensibilidad = 79% y especificidad = 97%) y tres factores que explican 33.3% de la varianza total: atracón, sentimientos negativos después del atracón y conductas compensatorias. Para la presente investigación se emplearon los tres factores para población mexicana y las preguntas que evalúan fluctuaciones de peso.

Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado, o QEWP-R, por sus siglas en inglés (*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*); fue construido por Spitzer, Yanovsky y Marcus (1993) y contiene 13 preguntas que tienen como objetivo discriminar entre muestras de pacientes con TPA y BN. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran una estabilidad moderada sobre el tiempo —tres semanas ($Kappa = 0.58$) y una validez convergente (asociación entre la Entrevista Clínica Estructurada [*SCID*, por sus siglas en inglés] con *QWEP*, valor de $Kappa = 0.60$). Fue traducido, adaptado y validado en población mexicana por López, Mancilla, Vázquez, Álvarez y Franco (2011), quienes reportaron un α de 0.71 y una estructura factorial de dos factores (conductas compensatorias y atracón), con una varianza explicada total de 55.04%. También se halló un coeficiente de correlación positiva entre el *QEWP-R* y la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios ($Kappa = 0.81$; $p \leq 0.0001$).

Inventario de Depresión de Beck, o BDI, por sus siglas en inglés (*Beck Depression Inventory*), elaborado por Beck (Beck, 1967; Beck y Steer, 1993). Contiene 21 preguntas para evaluar la presencia de depresión. Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado en población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1996). La versión mexicana del IDB presenta una

adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.87$), validez concurrente (correlaciona con la Escala de Depresión de Zung: $r = 0.70$; $p \leq 0.0001$), con los siguientes niveles de depresión: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63).

Inventario de Ansiedad de Beck, o BAI, por sus siglas en inglés (*Beck Anxiety Inventory*); fue desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988). El BAI contiene 21 preguntas que evalúan la sintomatología de ansiedad y su severidad; para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). La versión mexicana del BAI presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.84$ en estudiantes y $\alpha = 0.83$ en adultos), una adecuada confiabilidad test/re-test ($r = 0.75$), siendo los niveles de severidad los siguientes: mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y severa (31-65).

Inventario de Trastornos Alimentarios, o EDI, por sus siglas en inglés (*Eating Disorders Inventory*); fue desarrollado y validado por Garner, Olmestad y Polivy (1983). Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuestas, que fue validado para población mexicana por Mancilla, Franco, Álvarez y Vázquez (2003), quienes encontraron una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.87$) y validez concurrente (correlación entre el total del *EAT-40* con cada uno de los factores del *EDI*). En esta validación se propuso una estructura factorial de ocho subescalas que explican 41.7% de la varianza total. Para este trabajo únicamente se consideraron los factores de identificación interoceptiva, ineficacia y motivación para adelgazar.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios, o IDED, por sus siglas en inglés (*Interview for the Diagnosis of Eating Disorders*); fue elaborada por Williamson (1990) y tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, partiendo de los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). Se divide en los siguientes apartados: 1) evaluación general e historia del problema; 2) anorexia nerviosa; 3) bulimia nerviosa, y 4) trastorno por Atracón. Esta entrevista ha demostrado tener validez de contenido, concurrente y discriminante (Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998).

Cuestionario de Imagen Corporal, o BSQ, por sus siglas en inglés (*Body Shape Questionnaire*); construido por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Contiene 34 preguntas cuyo objetivo es evaluar la preocupación y la insatisfacción corporal. Se ha propuesto un punto de corte internacional ≥ 105 y de ≥ 110 nacional (sensibilidad = 84.3% y especificidad = 84.4%). La versión mexicana fue adaptada y validada por Vázquez, Galán, López, Álvarez, Mancilla, Caballero *et al.* (2011), quienes encontraron una excelente consistencia interna en muestra comunitaria ($\alpha = 0.95$) y clínica ($\alpha = 0.98$), así como una adecuada capacidad para discriminar a muestras con y sin TCA.

Medidas antropométricas

Índice de Masa Corporal (IMC): permite establecer la proporción entre el peso y la estatura, a través de la siguiente fórmula: peso/estatura². De acuerdo con Vargas y Casillas (1993), se puede clasificar a la población mexicana en función de los siguientes indicadores: bajo peso (IMC de 15 a 18.9), normopeso (IMC de 19 a 24.9), sobrepeso (IMC de 25 a 29.9) y obesidad (IMC \geq 30).

Índice Cintura Cadera (ICC): estima el predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo, mediante la siguiente fórmula: circunferencia cintura por 100/circunferencia cadera. De acuerdo con Hartz, Rupley, Kaalkhoff y Rimm (1983) se interpreta de la forma siguiente: 1) menor que 73 (hiperginecoide), con alto predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo; 2) de 74-76 (ginecoide), con moderado predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo; 3) de 77-80 (Androide), con moderado predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo, y 4) mayor que 80 (hiperandroide), con alto predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo. Para población mexicana se consideran los valores mayores a 84 para mujeres y 93 para hombres; como riesgo para la salud, principalmente se le asocia con enfermedades del corazón (Vargas y Casillas, 1993).

Porcentaje de grasa. Para determinar el porcentaje de grasa se tomarán los pliegues cutáneos de bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla. La obesidad se define en hombres como un porcentaje de grasa mayor a 25%, y en mujeres, como un porcentaje mayor que 30%. De acuerdo con Lohman, el porcentaje de grasa compatible con la salud es el siguiente: hombres, de 10 al 22, y mujeres, de 20 al 32.

Aparatos e instrumentos

1. Antropómetro GPM, desmontable en cuatro segmentos, con capacidad de 2 m y sensibilidad al milímetro más cercano.
2. Compás de corredera Harpenden, con sensibilidad de 0-140 mm.
3. Cinta métrica flexible, con sensibilidad de 0-150 cm.
4. Calibrador de pliegues cutáneos John Bull con sensibilidad de medición de 0-48 mm y de presión de 100 g/mm².
5. Báscula pesa-personas Tanita, con capacidad de 200 kilogramos y sensibilidad de 100 gramos.

Procedimiento

Se acudió a las instituciones educativas y se presentó el protocolo de investigación a las autoridades académico-administrativas. Una vez aprobado, los estudiantes

voluntarios firmaron el consentimiento informado y tuvieron tres sesiones: en la primera se pedía que contestaran a los siguientes cuestionarios: hoja de datos generales, *EAT*, *BULIT*, *QEWP-R* y *BSQ*; en la segunda sesión se incluyeron los cuestionarios restantes: *EDI*, *TFEQ*, *BDI* y *BAI*; en la tercera sesión se tomaron las medidas antropométricas y se condujo la entrevista tipo diagnóstico. Los instrumentos fueron administrados de manera individual y cada sesión tenía una duración aproximada de 1:30 horas. En este capítulo sólo se presentan los resultados de los tres casos que fueron diagnosticados con TPA.

Resultados

Se encontró que todos los hombres presentaban obesidad y altos porcentajes de grasa (10-22 es lo normal), que tendían a distribuir en la parte superior del cuerpo, denominado hiperandroide (cuadro 2). Asimismo, de los tres hombres, dos refirieron haber ganado de 6 a 8 kilogramos en un mes y uno señaló haber ganado de 3 a 5 kilogramos. Lo anterior sugiere que la oscilación de peso corporal parecía ser una constante en estos varones con TPA.

En cuanto a su conducta alimentaria, uno de los tres varones restringía el alimento, contaba las calorías que consumía en el día, evitaba alimentos altos en carbohidratos, consumía alimentos dietéticos y ocupaba gran parte de su tiempo pensando en la comida. Por su parte, los otros dos negaron tener conductas restrictivas o preocuparse por la comida. Se presentó también dificultad en uno de los varones para identificar sus sensaciones interoceptivas de hambre o saciedad. Con respecto a las emociones relacionadas con el atracón, se identificó que uno de los hombres con TPA refería consumir alimentos cuando estaba triste, ansioso y solo, mientras que los dos restantes señalaron tener sentimientos de ineficacia o no identificar sus emociones con claridad. Por otra parte, ninguno de los hombres señaló emplear conductas compensatorias de tipo purgativo para controlar su peso, aun cuando uno de los participantes mencionó que hacía ejercicio como método para quemar calorías.

Cuadro 2. *Edad e indicadores antropométricos de los varones con TPA*

Casos	Edad	IMC	Porcentaje de grasa	ICC
1	16	33.2	29.6	91
2	17	33.9	32	93.8
3	17	34.3	33.6	98.2
Total	16.6	33.8	32.7	94.3
		Obesidad	Elevado	Hiperandroide

Nota: índice de masa corporal (IMC) e índice cintura cadera (ICC).

También se observó que uno de los hombres con TPA presentó un nivel severo de sintomatología, tanto de ansiedad como de depresión, que correspondió al caso número 3 (cuadro 3).

En relación con la imagen corporal, dos de los tres casos rebasaron el punto de corte del *BSQ* (≥ 110), lo cual indica presencia de insatisfacción corporal. Asimismo, se encontró que dos de los hombres con TPA mencionaron tener miedo de ganar peso y un deseo de ser más delgados; además, señalaron exagerar a menudo la importancia de su peso corporal. En lo que respecta al Índice de Percepción Corporal, éste tiene un valor de 100 cuando la medida real y la de percepción son iguales; valores superiores a 100 indican sobreestimación, e inferiores, subestima-

Cuadro 3. *Puntuaciones obtenidas en los inventarios de ansiedad y depresión*

Casos	Inventario de ansiedad	Inventario de depresión
Caso 1	10 (leve)	4 (mínimo)
Caso 2	10 (leve)	10 (leve)
Caso 3	39 (severo)	42 (severo)
Caso 4	19.67 (moderado)	18.66 (moderado)

ción; los resultados para los casos analizados se pueden observar en el cuadro 4, donde uno de los participantes subestimó considerablemente su peso corporal y su espalda, mientras los tres sobrestimaron su cintura y su cadera.

Instrumentos de Evaluación del Atracón y TPA

Los autoinformes han demostrado ser útiles en la detección de síntomas de TCA, y en el caso del TPA también se cuenta con cuestionarios de tamizaje en los

Cuadro 4. *Imagen corporal en varones con TPA*

Índice de percepción corporal					
		Peso	Espalda	Cintura	Cadera
Casos	BSQ				
1	83	76.24	80.49	102.94	125.57
2	148	101.44	106.98	136.67	146.67
3	152	119.4	126.19	217.24	191.18

Nota: el Índice de Percepción de la Imagen Corporal (IPC), permite contrastar la percepción del sujeto sobre su silueta con las medidas antropométricas reales. De manera que puntuaciones mayores a 100 señalan una sobreestimación, en tanto que puntuaciones menores a 100 indican una subestimación. La forma que se emplea es: tamaño estimado / tamaño real x 100

que se evalúan, fundamentalmente, los siguientes aspectos: *a)* que la cantidad de alimento que la persona reporta consumir corresponda con una gran cantidad de comida, es decir que efectivamente sea un atracón objetivo; *b)* la sensación de pérdida de control; *c)* sentimientos de culpa después del atracón, y *d)* la frecuencia con la cual tiene que presentarse esta conducta para ser considerada patológica, debe ser al menos dos días a la semana durante seis meses.

Entre los instrumentos que se han desarrollado para esos fines se encuentran básicamente tres, que son los más empleados en la bibliografía internacional:

1. *Escala de Atracón Alimentario (Binge Eating Scale)*, elaborada y validada por Gormally *et al.* (1982) con base en los criterios diagnósticos del *DSM-III*. Su utilidad clínica consiste en la detección de los episodios de atracón y en su nivel de severidad. Celio, Wilfley, Crow, Mitchell y Wash (2004) encontraron que la escala presenta una sensibilidad = 0.85 y una especificidad = 0.20; por otro lado, clasifica correctamente a 38.5% de los pacientes con TPA y a 98.2% de las personas sin TCA, usando como punto de corte > 27 (Brody, Walsh y Devlin, 1994).
2. *Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised)* de Spitzer *et al.* (1993), elaborado considerando los criterios diagnósticos propuestos en el *DSM-IV* para el TPA y la BN; actualmente existen tres versiones: adultos, adolescentes y padres (Nangle, Johnson, Carr-Nangle y Engler, 1994). Entre sus propiedades psicométricas se encuentra una estabilidad moderada sobre el tiempo, en concreto a las tres semanas (Kappa = 0.58); además, se ha detectado una asociación con la Entrevista Clínica Estructurada (*SCID*), con un valor de Kappa = 0.60, así como con un valor de sensibilidad = 0.74 (Celio *et al.*, 2004) y 0.88 (Borges, Morgan, Claudino y Silveira, 2005).
3. *Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (Three Factor Eating Questionnaire)*, diseñado y validado por Stunkard y Messick (1985). También conocido como *Inventario de la Alimentación*, es el más citado en la bibliografía. Originalmente se construyó con 67 preguntas, de las cuales 10 pertenecían a la *Escala de Restricción Alimentaria* de Herman y Polivy (1980), 40 a la *Escala de Obesidad Latente* de Pudiel (1978) y 17 fueron construidas por expertos en el área. Después de un primer análisis factorial preliminar se reestructuró el cuestionario, quedando conformado por 93 preguntas. En un segundo análisis factorial se depuraron varias más, permaneciendo 55, de las cuales se eliminaron cuatro porque saturaban en varios factores, de manera que la versión final de este cuestionario quedó constituida por 51 preguntas, que se dividen en tres factores: restricción cognoscitiva, desinhibición y hambre. Estudios posteriores han confirmado su confiabilidad y su validez, demostrando que dicho instrumento es útil para diferenciar entre muestras de obesos con y sin TPA, así como entre pacientes con

BN y TPA (Collins, Lapp, Helder y Saltzberg, 1992; Laessle, Tuschl, Kotthaus y Pirke, 1989; Marcus, Wing y Lamparski, 1985; Wardle, Marsland, Sheikh, Quinn, Fedoroff y Ogden, 1992).

En México se cuenta con la validación de los tres cuestionarios, tal como puede observarse en el cuadro 5, donde se resumen las muestras utilizadas y los resultados obtenidos.

Conclusiones y recomendaciones

La obesidad es un problema de atención mundial y nacional, razón por la cual los profesionales de la salud debemos ser muy cuidadosos en su abordaje, detección y, sobre todo, en el manejo de su información. Asimismo, la obesidad y el sobrepeso no son lo mismo, y deben ser abordados de manera diferente.

Cuadro 5. *Resumen de los estudios de validación en México de cuestionarios de tamizaje para el Trastorno por Atracón*

Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación	
López <i>et al.</i> (2011).	<p>MUESTRA 607 mujeres mexicanas, con un rango de edad de 15 a 35 años ($X = 20.28$; $DE = 5.70$), de las cuales 375 provenían de instituciones educativas públicas y privadas, 142 de centros de ejercicio aeróbico-reductivo, 47 de clínicas de tratamiento de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y 42 fueron canalizadas al Proyecto de Investigación en Nutrición.</p> <p>RESULTADOS Los resultados señalan un coeficiente de consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.87$) y una estructura factorial de dos factores (restricción alimentaria y desinhibición), los cuales explican 30% de la varianza total. Los análisis de la validez concurrente y discriminante muestran datos satisfactorios. Por tanto, el <i>TFEQ</i> es un instrumento adecuado para evaluar la patología alimentaria.</p>
Escala de Atracón Alimentario	
Zúñiga y Robles (2006).	<p>Muestra 100 participantes, de los cuales 81% correspondió a mujeres. Tenían un promedio de edad de 36.53 años ($DE = 9.69$) y acudían a un programa de tratamiento para reducción de peso en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. El promedio de IMC del grupo fue 34.2 ($DE = 7.9$).</p>

Continuación cuadro 5. *Resumen de los estudios de validación en México de cuestionarios de tamizaje para el Trastorno por Atracón*

Escala de Atracón Alimentario	
Zúñiga y Robles (2006).	<p>Muestra</p> <p>69 participantes tenían empleo, 21 contaban con estudios de primaria, 20 del nivel medio-superior, 32 de licenciatura y seis con estudios de posgrado. Su distribución, de acuerdo con el IMC, fue de 5% con peso normal, 9% con sobrepeso, 16% con obesidad grado I, 46% con obesidad grado II y 24% con obesidad grado III.</p> <p>RESULTADOS</p> <p>El análisis factorial derivó en dos factores (16 reactivos): sentimientos y cogniciones ($\alpha = 0.88$) y manifestaciones conductuales ($\alpha = 0.87$), que explican 56.25% de la varianza. El <i>BES</i> demostró alta consistencia interna y validez de constructo en población mexicana que busca tratamiento para la obesidad.</p>
Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso	
López <i>et al.</i> (2011).	<p>MUESTRA</p> <p>Se conformó por 448 mujeres con un rango de edad de 20 a 55 años ($X = 32.47$; $DE = 11.80$), un índice de masa corporal (IMC) promedio de 29.58 ($DE = 6.52$) y un nivel de escolaridad de bachillerato y licenciatura. Los participantes procedían de centros de ejercicio aeróbico-reductivo, instituciones educativas públicas y privadas, muestra que es canalizada al Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN-UNAM) para su evaluación y de clínicas de reducción de peso, las cuales se encuentran ubicadas en la Ciudad de México y su zona metropolitana.</p> <p>RESULTADOS</p> <p>Se encontró un adecuado nivel de asociación entre la entrevista <i>IDED</i> y el <i>QEWPR</i> ($Kappa = 0.60$; $p \leq 0.0001$). Asimismo, se encontró que los tres factores de la validación mexicana del <i>BULIT</i> se asociaron con algunos indicadores que evalúa el <i>QEWPR</i> (atracción, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias). El atracón alimentario también se asoció con el IMC. Se concluye que este <i>QEWPR</i> es un adecuado instrumento de tamizaje para población mexicana con sintomatología de Trastorno por Atracón y bulimia nerviosa.</p>

El TPA es una psicopatología alimentaria estrechamente relacionada con la obesidad, que se presenta principalmente en personas con una historia de dietas, fluctuaciones de peso e insatisfacción corporal. Sin embargo, se debe enfatizar que no todos los obesos tienen este trastorno.

Por lo anterior, la investigación nacional e internacional sobre el TPA requiere considerar más a los varones, reconociendo que acuden con menor frecuencia a tratamiento que las mujeres, por lo que se debe buscar otras formas de detección y atención. También se debe fortalecer la investigación tendiente al diseño y la validación de instrumentos de tamizaje en población masculina y en muestras clínicas, con el propósito de contar con mejores instrumentos de diagnóstico y una detección temprana y oportuna.

Referencias

- Adami, G. F., A. Campostano, G. M. Marinari, G. Ravera y N. Scopinaro (2002), "Night Eating in Obesity: A Descriptive Study", *Nutrition*, 18, pp. 587-589.
- Álvarez, L. G., J. M. Mancilla y R. Vázquez (2000), "Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT)", *Revista Psicología Contemporánea*, 7, pp. 74-85.
- , J. M. Mancilla, R. Vázquez, C. Unikel, A. Caballero y D. Mercado (2004), "Validity of the Eating Attitudes Test: A Study of Mexican Eating Disorders Patients", *Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, pp. 243-248.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, Third Edition)*, Washington, APA Press.
- , (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, Third Edition Revisited)*, Washington; APA Press.
- , (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, Fourth Edition)*, Washington, APA Press.
- , (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, Fourth Edition Revisited)*, Washington, APA Press.
- Amianto, F., L. Lavagnino, P. Leombruni, F. Gastaldi, G. A. Daga y S. Fassino (2011), "Hypomania Across the Binge Eating Spectrum. A Study on Hypomanic Symptoms in Full Criteria and Sub-threshold Binge Eating Subjects", *Journal of Affective Disorders*, 133, pp. 580-583.
- Anthony, M. M., W. G. Johnson, R. R. Carr-Nangle y J. L. Abel (1994), "Psychopathology Correlates of Binge Eating Disorder", *Comprehensive Psychiatry*, 35, pp. 386-392.
- Antonioun, M., G. A. Tasca, J. Wood y H. Bissada (2003), "Binge Eating Disorder versus Overeating: A Failure to Replicate and Common Factors in Severely Obese Treatment Seeking Women", *Eating and Weight Disorders*, 8, pp. 145-149.

- Barry, D. T., C. M. Grilo y R. M. Masheb (2002), "Gender Differences in Patients with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 31, pp. 63-70.
- Beck, A. T. (1967), "Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects", en H. Leitenberg (ed.), *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Nueva York, Prentice-Hall.
- , y R. A. Steer (1993), *Handbook of Beck Depression Inventory*, Washington, The Psychological Corporation.
- , N. Epstein, G. Brown y R. Steer (1988), "An Inventory for Measuring Clinical Anxiety Psychometric Properties", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- Bocchierri, L. E., M. Mean y B. L. Fisher (2002), "A Review of Psychosocial Outcomes of Surgery for Morbid Obesity", *Journal of Psychosomatic Research*, 52, pp. 155-165.
- Borges, M. B., C. M. Morgan, A. M. Claudino y D. X. Silveira (2005), "Validation of the Portuguese Version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns—revised (QEWPR) for the Screening of Binge Eating Disorder", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, pp. 319-322.
- Bourgues, H. (1987), *Nutrición y alimentos. Su problemática en México*, México, Compañía Editorial Continental.
- Brody, M. L., B. T. Walsh y M. J. Devlin (1994), "Binge Eating Disorder: Reliability and Validity of a New Diagnostic Category", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 381-386.
- Castonguay, L. G., K. L. Eldredge y W. S. Agras (1995), "Binge Eating Disorder: Current State and Future Directions", *Clinical Psychology Review*, 15, pp. 865-890.
- Castro, J., J. Toro, M. Salamero y E. Guimerá (1991), "The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version", *Psychological Assessment*, 2, pp. 175-190.
- Celio, A. A., D. E. Wilfley, S. J. Crow, J. Mitchell y B. T. Wash (2004), "A Comparison of the Binge Eating Scale, Questionnaire for Eating and Weight Patterns-revised, and Eating Disorder Examination Questionnaire with Instructions with the Eating Disorder Examination in the Assessment of Binge Eating Disorder and its Symptoms", *International Journal of Eating Disorders*, 36, pp. 434-444.
- Collins, R. L., W. M. Lapp, L. Helder y J. A. Saltzberg (1992), "Cognitive Restraint and Impulsive Eating: Insights from the Three-factor Eating Questionnaire", *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, pp. 47-53.
- Cooper, P. J., M. Taylor, Z. Cooper y C. G. Fairburn (1987), "The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire", *The Journal of Eating Disorders*, 6, pp. 485-494.
- Cuzzolaro, M., L. Donini, M. Bellini y C. Santomassimo (2008), "Binge Eating Disorder and Body Uneasiness", *Psihologijske Teme*, 17, pp. 287-312.

- Devlin, M. J., J. A. Goldfein y I. Dobrow (2003), "What is this Thing Called BED? Current Status of Binge Eating Disorder Nosology", *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl. 1), pp. S2-S18.
- Fairburn, C. G. y G. T. Wilson (1993), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*, Nueva York, The Guilford Press.
- Feldman, M. B., y I. H. Meyer (2007), "Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations", *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 218-226.
- Fitzgibbon, M. L., L. Sánchez-Johnsen y Z. Martinovich (2003), "A Test for the Continuity Perspective Across Bulimic and Binge Eating Pathology", *International Journal of Eating Disorders*, 34, pp. 83-97.
- Galanti, K., M. E. Gluck y A. Geliebter (2007), "Test Meal Intake in Obese Binge Eaters in Relation to Impulsivity and Compulsivity", *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 727-732.
- García-Camba, E. (2001), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*, Barcelona, Masson.
- Garner, D. M., y P. E. Garfinkel (1979), "The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa", *Psychological Medicine*, 9, pp. 273-279.
- , y P. E. Garfinkel (1982), "The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates", *Psychological Medicine*, 12, pp. 871-878.
- Geliebter, A., G. Hassid y S. A. Hashim (2001), "Test Meal Intake in Obese Binge Eaters in Relation to Mood and Gender", *International Journal of Eating Disorders*, 29, pp. 488-494.
- Giusti, V., E. Héraïef, R. C. Gaillard y P. Burckhard (2004), "Predictive Factors of Binge Eating Disorder in Women Searching to Lose Weight", *Eating and Weight Disorders*, 9, pp. 44-49.
- Goldfein, J. A., B. T. Walsh, M. J. Devlin, J. L. LaChaussée y H. R. Kissileff (1993) "Eating Behavior in Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 14, pp. 427-431.
- Goldney, R. D., K. I. Dunn, T. M. Air, E. del Grande y A. W. Taylor (2009), "Relationships between Body Mass Index, Mental Health, and Suicidal Ideation: Population Perspective Using Two Methods", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, pp. 652-658.
- Gormally, J., S. Black, S. Datson y D. Rardin (1982), "The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons", *Addictive Behaviors*, 7, pp. 47-55.
- , y R. M. Masheb (2004), "Night-time Eating in Men and Women with Binge Eating Disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 42, pp. 397-407.
- , y R. M. Masheb (2005), "Correlates of Body Image Dissatisfaction in Treatment-seeking Men and Women with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 38, pp. 162-166.
- Grilo, C. M., M. A. White y R. M. Masheb (2009), "DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and its Correlates in Binge Eating Disorder", *Internatio-*

- nal Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 228-234.
- Grucza, R. A., R. F. Krueger, S. B. Racette, K. E. Norberg, P. R. Hipp y L. J. Bierut (2010), "The Emerging Link between Alcoholism Risk and Obesity in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 67, pp. 1301-1308.
- , T. R. Przybeck y C. R. Cloninger (2007), "Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample", *Comprehensive Psychiatry*, 48, pp. 124-131.
- Guss, J. L., H. R. Kissileff, M. J. Devlin, E. Zimmerli y B. T. Walsh (2002), "Binge Size Increases with Body Mass Index in Women with Binge-eating Disorder", *Obesity Research*, 10, pp. 1021-1029.
- Guzmán, R., y Z. Lugli (2009), "Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria", *Suma Psicológica*, 16, pp. 37-50.
- Hach, I., U. E. Ruhl, M. Klose, J. Klotsche, W. Kirch y F. Jacobi (2007), "Obesity and the Risk for Mental Disorders in a Representative German Adult Sample", *European Journal of Public Health*, 17, pp. 297-305.
- Hartz, A. J., D. C. Rupley, R. D. Kalkhoff y A. A. Rimm (1983), "Relationship of Obesity to Diabetes: Influence of Obesity Level and Body Fat Distribution", *Preventive Medicine*, 12, pp. 351-357.
- Hay, P. (1998), "The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: An Australian Community-based Survey", *International Journal of Eating Disorders*, 23, pp. 371-382.
- Herman, C. P., y J. Polivy (1980), "Restrained Eating", en A. J. Stunkard (ed.), *Obesity*, Filadelfia, Saunders, pp. 208-225.
- Hodges, E. L., E. J. Stelfox, M. P. Jarrell, C. E. Cochrane y T. D. Brewerton (1999), "Eating Disorder Pathology in a Culinary Arts School", *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 7, pp. 43-50.
- Hsu, L. K. G., B. Mulliken, B. McDonagh, S. Krupa, W. Rand, C. G. Fairburn y S. Robert (2002), "Binge Eating Disorder in Extreme Obesity", *International Journal of Eating Disorders*, 26, pp. 1398-1403.
- Johnson, W. G., F. G. Grieve, C. D. Adams y J. Sandy (1999), "Measuring Binge Eating in Adolescents: Adolescent and Parent Versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns", *International Journal of Eating Disorders*, 26, pp. 301-314.
- Jurado, S., M. E. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperena y R. Varela (1996), "La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México", *Salud Mental*, 21, pp. 26-31.
- Kalarchian, M., G. Wilson, R. Brolin y L. Bradley (1998), "Effects of Bariatric Surgery on Binge Eating and Related Psychopathology", *Eating Weight Disorders*, 4, pp. 1-5.
- Kolotkin, R. L., E. C. Westman, T. Ostbye, R. D. Crosby, H. J. Eisenson y M. Binks (2004), "Does Binge Eating Disorder Impact Weight-related Quali-

- ty of Life?”, *Obesity Research*, 12, pp. 999-1005.
- Kuehnel, R. H., y T. A. Wadden (1994), “Binge Eating Disorder, Weight Cycling, and Psychopathology”, *International Journal of Eating Disorders*, 15, pp. 321-329.
- Kustlesic, V., D. A. Williamson, D. H. Gleaves, J. M. Barbin y K. P. Murphy-Eberenz (1998), “The Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV Diagnostic Criteria”, *Psychological Assessment*, 10, pp. 41-48.
- Laessle, R. G., R. J. Tuschl, B. C. Kotthaus y K. M. Pirke (1989), “A Comparison of the Validity of Three Scales for the Assessment of Dietary Restraint”, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, pp. 504-507.
- Le Grange, D., A. Gorin, D. Catley y A. A. Stone (2001), “Does Momentary Assessment Detect Binge Eating in Overweight Women that is Denied at Interview?”, *European Eating Disorders Review*, 9, pp. 309-324.
- Lewinsohn, P. M., J. R. Seeley, K. C. Moerk y R. H. Striegel-Moore (2002), “Gender Differences in Eating Disorder Symptoms in Young Adults”, *International Journal of Eating Disorders*, 32, pp. 426-440.
- López, X. (2008), “Caracterización del trastorno por atracón en mujeres y hombres mexicanos”, tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , J. M. Mancilla, R. Vázquez, G. L. Álvarez y K. Franco (2011), “Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWPR)”, *Revista Psicología. Com* (disponible en internet: <http://www.psiquiatria.com>) [consultado el 10 de agosto de 2011].
- , J. M. Mancilla, R. Vázquez, K. Franco, G. L. Álvarez y M. T. Ocampo (2011), “Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 24-32.
- Mancilla, J. M., K. Franco, G. L. Álvarez y R. Vázquez (2003), “Evaluation of the Psychometric Properties of the Mexican Version of the Eating Disorders Inventory”, *Revista Thomson Psicología*, 1, pp. 167-177.
- Marcus, M. D. (1997), “Adapting Treatment for Patients with Binge Eating Disorders”, en D. M. Garner y P. E. Garfinkel (eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Nueva York, The Guilford Press, pp. 484-485.
- , (1999), “Obesity Patients with Binge Eating Disorders”, en J. D. Goldstein y J. A. Stunkard (eds.), *The Management of Eating Disorders and Obesity*, New Jersey, Human Press, pp. 125-153.
- , R. R. Wing y D. M. Lamparski (1985), “Binge Eating and Dietary Restraint in Obese Patients”, *Addictive Behaviors*, 10, pp. 163-168.

- Masheb, R. M., y C. M. Grilo (2006), "Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 39, pp. 141-146.
- Matos, M. I., L. Aranha, A. Faria, S. Ferreira, J. Bacaltchuck y M. T. Zanella (2002), "Binge Eating Disorder, Anxiety, Depression and Body Image in Grade III Obesity Patients", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, pp. 165-169.
- Montt, D., A. Koppmann y M. Rodríguez (2005), "Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido", *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 16, pp. 282-288.
- Nangle, D. W., W. G. Johnson, R. E. Carr-Nangle y L. Engler (1994), "Binge Eating Disorder and the Proposed DSM-IV Criteria: Psychometric Analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns", *International Journal of Eating Disorders*, 16, pp. 147-157.
- Nasser, J. A., M. E. Gluck y A. Geliebter (2004), "Impulsivity and Test Meal Intake in Obese Binge Eating Women", *Appetite*, 43, pp. 303-307.
- Nicdao, E. G., S. Hong y D. T. Takeuchi (2007), "Prevalence and Correlates of Eating Disorders among Asian Americans: Results from the National Latino and Asian American Study", *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Suppl. 3), pp. S22-S26.
- Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SSA1-1998) para el manejo integral de la obesidad.
- Olaiz-Fernández, G., J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy, R. Rojas, S. Villalpando-Hernández, M. Hernández-Ávila y J. Sepulveda (2006), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), "Epidemiología de la obesidad: análisis de tendencia futuras pasadas y proyectas en algunos países", (disponible en internet: <http://www.oecd.org>) [consultado el 25 de junio de 2012].
- Organización Mundial de la Salud (1992), *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*, Madrid, MEDITOR.
- Papelbaum, M., R. O. Moreira, C. W. Gaya, C. Preissler y W. F. Coutinho (2010), "Impact of Body Mass Index on the Psychopathological Profile of Obese Women", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, pp. 42-46.
- Petry, N. M., D. Barry, R. H. Pietrzak y J. A. Wagner (2008), "Overweight and Obesity are Associated with Psychiatric Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 288-297.
- Pinaquy, S., H. Chabrol, C. Simon, J. Louvet y P. Barbe (2003), "Emotional Eating, Alexithymia, and Binge Eating Disorder in Obese Women", *Obesity Research*, 11, pp. 195-201.

- Pudel, V. E. (1978), "Human Feeding in the Laboratory", en G. Bray (dir.), *Recent Advances in Obesity Research. Vol. 2*, Londres; Newman, pp. 66-74.
- Ramacciotti, C. E., E. Coli, C. Passaglia, M. Lacorte, E. Pea y L. Dell'Osso (2000), "Binge Eating Disorder: Prevalence and Psychopathological Features in a Clinical Sample of Obese People in Italy", *Psychiatry Research*, 94, pp. 131-138.
- Rand, C. S., y A. M. Macgregor (1990), "Morbidly Obese Patients' Perceptions of Social Discrimination Before and After Surgery for Obesity", *Southern Medical Journal*, 83, pp. 1390-1395.
- Robles, R., R. Varela, S. Jurado y F. Páez (2001), "Versión mexicana del Inventario de Ansiedad Beck: propiedades psicométricas", *Revista Mexicana de Psicología*, 18, pp. 211-218.
- Roehrig, M., R. M. Masheb, M. A. White y C. M. Grilo (2009), "Dieting Frequency in Obese Patients with Binge Eating Disorder: Behavioral and Metabolic Correlates", *Obesity*, 17, pp. 689-697.
- Smith, D. E., M. Marcus y K. Eldredge (1994), "Binge Eating Syndromes: A Review of Assessment and Treatment with an Emphasis on Clinical Application", *Behavior Therapy*, 25, pp. 635-658.
- Smith, C., y H. Thelen (1984), "Development y Validation of a Test for Bulimia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, pp. 863-872.
- Spitzer, R. L., M. J. Devlin, B. T. Walsh, D. Hasin, R. Wing M. D. Marcus y C. Nonas (1991), "Binge Eating Disorders: To be or Not to be in DSM-IV", *International Journal of Eating Disorders*, 10, pp. 627-629.
- , M. Devlin, B. T. Walsh, D. Hasin, R. Wing, M. Marcus y C. Nonas (1992), "Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria", *International Journal of Eating Disorders*, 11, pp. 191-203.
- , S. Z. Yanovski y M. Marcus (1993), *The Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*, Nueva York, Nueva York State Psychiatric Institute.
- , S. Yanovski, T. Wadden, R. Wing, M. Marcus, A. Stunkard y R. L. Horne (1993), "Binge Eating Disorders: Its Further Validation in a Multisite Study", *International Journal of Eating Disorders*, 13, pp. 137-153.
- Striegel-Moore, R. H., G. T. Wilson, D. E. Wilfley, K. A. Elder y K. D. Brownell (1998), "Binge Eating in an Obese Community Sample", *International Journal of Eating Disorders*, 23, pp. 27-37.
- Stunkard, A. J., y S. Messick (1985), "The Three-Factor Eating Questionnaire to Measure Dietary Restraint, Disinhibition and Hunger", *Appetite*, 29, pp. 71-83.
- Tanofsky, M. B., D. E. Wilfley, E. B. Spurrell, R. Welch y K. D. Brownell (1997), "Comparison of Men and Women with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 21, pp. 49-54.
- Tasca, G. A., V. Illing, V. Lybanon-Daigle, H. Bissada y L. Balfour (2003), "Psychometric Properties of the Eating Disorders Inventory-2 among Women

- Seeking Treatment for Binge Eating Disorder”, *Assessment*, 10, pp. 228-236.
- Telch, C. F., W. S. Agras y E. M. Rossiter (1988), “Binge Eating Increases with Increasing Adiposity”, *International Journal of Eating Disorders*, 7, pp. 115-119.
- Telch, C. F., y E. Stice (1998), “Psychiatric Comorbidity in Women with Binge Eating Disorder: Prevalence Rates from a Non-treatment Sample”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 768-776.
- Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona; Ariel Ciencia.
- Vandereycken, W. (1993), “The Sociocultural Roots of the Fight against Fatness: Implications for Eating Disorders and Obesity”, *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1, pp. 7-16.
- Vargas, L., y L. Casillas (1993), “Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo”, *Cuadernos de Nutrición*, 16, pp. 34-46.
- Vázquez, R., J. Galán, X. López, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla, A. Caballero y C. Unikel (2011), “Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 42-52.
- Villagómez, L., J. Cortés, E. Barrera, D. Saucedo y L. Alcocer (2003), “Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria”, *Revista de Investigación Clínica*, 55, pp. 535-545.
- Wardle, J., L. Marsland, Y. Sheikh, M. Quinn, I. Fedoroff y J. Ogden (1992), “Eating Style and Eating Behavior in Adolescents”, *Appetite*, 2, pp. 167-183.
- Williamson, D. A. (1990), *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*, Nueva York, Pergamon Press.
- , y C. K. Martin (1999), “Binge Eating Disorder: A Review of the Literature after Publication of DSM-IV”, *Eating and Weight Disorders*, 4, pp. 103-114.
- Womble, L. G., D. A. Williamson, C. K. Martin, N. L. Zucker, J. M. Thaw, R. Netemeyer y F. L. Greenway (2001), “Psychosocial Variables Associated with Binge Eating in Obese Males and Females”, *International Journal Eating Disorders*, 30, pp. 217-221.
- Yanovski, S. Z., J. E. Nelson, B. K. Dubbert y R. L. Spitzer (1993), “Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects”, *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1472-1479.
- Zúñiga, O., y R. Robles (2006), “Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad”, *Psiquis*, 15, pp. 126-134.
- Zwaan, M. de (2001), “Binge Eating Disorder and Obesity”, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25 (Suppl. 1), pp. S51-S55.

10. LA FAMILIA EN LA SINTOMATOLOGÍA Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Rosalía Vázquez Arévalo
Proyecto de Investigación en Nutrición
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Ana Olivia Ruiz Martínez
Centro Universitario Zumpango
Universidad Autónoma del estado de México

Judith Galdós Cruz y Juan Manuel Mancilla Díaz
Proyecto de Investigación en Nutrición
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

El reconocimiento de la familia como un factor importante en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) lo podemos encontrar en la historia de la anorexia nerviosa (AN) desde 1874, en un comunicado de medicina en la Universidad de Oxford, en el que se hacía referencia a una forma peculiar de enfermedad que se presentaba casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracterizaba por una demacración extrema y ausencia de apetito. En un primer momento el doctor William Gull la denominó *apepsia histérica*, aunque posteriormente coincidiría con su colega francés Laseguè en llamarla *anorexia nerviosa*; al día de hoy, ambos investigadores son reconocidos como iniciadores del estudio científico de esta enfermedad.

No obstante, es importante subrayar que la concepción actual de los TCA inicia después de la Segunda Guerra Mundial. En los años sesenta del pasado siglo el Modelo de la Neurosis sirvió como base para las explicaciones psicopatológicas, procurando con éste una evaluación fidedigna del pronóstico; fue en la década posterior cuando se constituyó formalmente como un área de interés tanto para la psiquiatría como para la medicina en general, considerando factores personales y familiares.

Los trabajos de Bruch (1973) son una clara muestra de los intentos que se hicieron por entender la anorexia nerviosa desde un enfoque familiar —que no por ello olvidaba los factores de personalidad—, oponiéndose a las posturas psicoanalíticas que la enmarcaban sólo en el ámbito psicosexual. En su opinión, los padres

de las pacientes estaban en continua competencia por demostrar quién hacía más por sus hijos y a la vez les exigían metas más difíciles de alcanzar, especialmente en el aspecto físico. Sus hijas tenían una conducta que era valorada como intachable y lograban éxitos sociales y académicos; sin embargo, a la par se encontró que éstas tenían una baja autoestima y una incapacidad para distinguir entre sus deseos y las expectativas de sus padres.

Surgieron así cuestionamientos básicos que permitieron delimitar el papel de la familia en la gestación y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. ¿Qué relación existe entre las conductas alimentarias y la dinámica familiar? ¿Son diferentes las familias con trastornos alimentarios a las que no los tienen? ¿Son diferentes entre sí las familias con trastornos alimentarios, dependiendo del tipo de trastorno?

La búsqueda de respuestas trajo consigo en la década de los ochenta un fuerte impulso a la investigación sobre los TCA. La evaluación de la familia comenzó a hacerse de forma más rigurosa, con la finalidad de comparar resultados (Kog y Vandereyken, 1989; Strober y Humphrey, 1987). Los reportes iniciales mostraron que las familias con TCA en general presentaban un funcionamiento familiar más deteriorado que las familias que sirvieron como controles (Casper y Troiani, 2001), funcionamiento caracterizado por dificultades en expresión, afectividad y cohesión (Joyce, 2011; Okon, Greene y Smith, 2003; Sánchez, Serna, Seoana y Páramo, 2003), daban menor importancia a las funciones de desarrollo (Vázquez, Raich, Viladrich, Álvarez y Mancilla, 2001), presentaban mayor conflicto interno (Okon *et al.*, 2003; Sánchez *et al.*, 2003) y mostraban mayor rigidez que las familias sin TCA (Gillett, Harper, Larson, Berrett y Hardman, 2009).

Al revisar la bibliografía internacional y nacional, prácticamente desde los principios de la pasada década se ha confirmado que los factores familiares son de capital importancia, de los cuales merece la pena mencionar los siguientes: contextos disfuncionales (Huon *et al.*, 2002), interacciones intrafamiliares negativas y conflictivas (Unikel, Aguilar y Gómez-Peresmitré, 2005; Wade y Lowes, 2002), comunicación estresante a la hora de comer, con énfasis en la apariencia y el peso (Worobey, 2002), así como en la dieta materna (MacBrayer, Smith, McCarthy, Demos y Simmons, 2001).

Al subdividir los estudios de acuerdo con los tipos de TCA, se encuentra que las familias donde se ha diagnosticado AN tienden más a la sobreprotección (Vázquez *et al.*, 2001), a una mayor rigidez o al excesivo control por parte de los padres (North, Gowers y Byram, 1995), a dificultades en la expresión de los desacuerdos (Shugar y Krueger, 1995) y a una pobre comunicación y menor énfasis en la solución de problemas (Emmanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask y Waller, 2004); también se presentan diferencias entre AN restrictiva y AN purgativa, donde las personas diagnosticadas con estas últimas presentan mayor disfuncionalidad (Casper y Troiani, 2001). Por su parte, las familias con Bulimia Nerviosa

(BN) se distinguen por su baja cohesión (Vázquez *et al.*, 2001), por dificultades en la expresión emocional y un alto conflicto (Okon *et al.*, 2003) que se refleja en discusiones frecuentes (Humphrey y Stern, 1988), así como un limitado desarrollo de actividades académicas y sociales por parte de los hijos (Shisslak, McKeon y Crago, 1990).

Empero, no ha sido sino hasta muy recientemente que se empezó a explorar el funcionamiento familiar de las personas con TCA. Los resultados reportados en la bibliografía dan cuenta de que por lo regular se percibe una mayor jerarquía en la actuación, cohesión y organización familiar, otorgando menor importancia a aspectos como la comunicación (Vázquez, Ruiz, Álvarez, Mancilla y Tena, 2010; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj, 2005). No obstante, hace falta una mayor evidencia empírica.

Ésa ha sido una razón de por qué los estudios sobre la familia están poniendo mayor énfasis en su tratamiento integral, incluyendo a más miembros de dicha familia, principalmente a los padres. Los resultados corroboran que existen discrepancias importantes en la manera de percibir dicho funcionamiento, dependiendo del rol que cada miembro desempeñe; las hijas con TCA consideran que su ambiente familiar está más deteriorado en comparación con sus padres (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky y Sunday, 2005; Gillett *et al.*, 2009; Sánchez *et al.*, 2003; Vidovic *et al.*, 2005), encontrando mayor concordancia con la madre que con el padre (Emmanuelli *et al.*, 2004).

En el caso de los TCA, las relaciones familiares han sido consideradas como un factor de riesgo y para su mantenimiento en el tiempo (Killen *et al.*, 1994; Mildred, Paxton y Wertheim, 1995; Strober, 1981; Vandereycken, 1994), constituyéndose en un elemento a considerar en el tratamiento de esta psicopatología alimentaria. Cabe señalar que el estudio del papel de la familia en los TCA no se centra en la búsqueda de su etiología causal (Le Grange, Lock, Loeb y Nicholls, 2010), sino de las variables familiares que, junto con características individuales y socioculturales, intervienen en su origen. Por tanto, aún resulta complejo diferenciar cuáles son los factores familiares característicos que propician el desarrollo de una patología alimentaria, sobre todo al considerar que las disfunciones familiares pueden propiciar una gran diversidad de problemas psicológicos y no sólo de los TCA.

Por ello, el estudio de la familia en los TCA debe abarcar otros aspectos de la vida familiar; por ejemplo, cómo se transmiten actitudes acerca del peso corporal, ya que la familia recibe una gran influencia de la cultura, que delimita lo deseable o lo admirable; así lo muestran estudios en los que se señala que la presión de amigos y familiares, o el aprecio por el estereotipo de delgadez de madres e hijas, constituyen factores de riesgo para los TCA (Ruiz, Vázquez, Mancilla y Trujillo, 2010; Wilksch, Tiggemann y Wade, 2006). Esta admiración por los cuerpos extremadamente delgados establece ideales alejados de la realidad corporal para muchas personas, propiciando en algunas insatisfacción

corporal, rasgo característico de las jóvenes que sufren TCA; en algunos estudios sus resultados señalan que existe similitud entre las madres e hijas en cuanto a su grado de satisfacción corporal (Evans y le Grange, 1995). Por consiguiente, las familias empeñadas en demasía por la apariencia física podrían facilitar la preocupación excesiva por el peso y la figura, que eventualmente se traducen en alteraciones de la conducta alimentaria (Davis, Shuster, Blackmore y Fox, 2004; Laliberté, Boland y Leichner, 1999). De ahí que sea necesario conocer qué papel juega la familia ante propaganda de la “delgadez” y qué actitudes se asumen, favoreciendo o no a los miembros de este tipo de trastornos. En suma, los resultados del funcionamiento familiar son relevantes para comprender el ambiente más íntimo que rodea a quienes padecen TCA; no obstante, parece necesario incluir otros factores que complementen la explicación de dicha relación.

En virtud de lo dicho hasta aquí se plantearon dos estudios, en los que se analizaron los factores asociados a los TCA en población comunitaria con sintomatología de TCA, así como en personas que ya presentan un cuadro clínico completo de TCA. El primero contempló una muestra de estudiantes y el segundo un grupo de mujeres con algún diagnóstico de TCA, así como a sus padres.

Estudio 1

Objetivo: conocer la percepción familiar y las variables asociadas a los TCA en estudiantes varones y mujeres con y sin sintomatología de TCA.

Tipo de diseño: no experimental de tipo transversal con alcance correlacional.

Método

Participantes

El tipo de muestra fue no probabilística y se conformó por 525 personas, de las cuales 288 eran mujeres y 237 hombres, con un rango de edad de 12 a 28 años. Todas provenían de escuelas públicas y privadas que se localizan en la Ciudad de México (Cuadro 1).

Instrumentos

Hoja de Datos Generales. Fue elaborada por el Proyecto de Investigación en Nutrición con la finalidad de indagar sobre datos que incluían el nombre, la edad, el nivel escolar, etcétera, así como algunos antecedentes de TCA.

Cuadro 1. *Características generales de la muestra*

Escolaridad	Régimen	Institución	Hombres	Mujeres	Total
Licenciatura	Público	FES-Iztacala	4	40	44
Licenciatura y bachillerato	Privado	UVM	53	48	101
Bachillerato	Público	CCH-Naucalpan	9	31	40
Secundaria	Privado	Instituto San Ángel	25	19	44
Secundaria	Privado	Escuela Justo Sierra	50	49	99
Secundaria	Público	Escuela Secundaria 110	96	101	197
Totales:			237	288	525
Edad promedio (en años):			15.6	15.8	15.5
			DE = 2.8	DE = 3.1	DE = 3.0

Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Creado y validado en mujeres canadienses por Garner y Garfinkel (1979). Detecta síntomas de TCA, específicamente de AN. Fue adaptado y validado en mujeres mexicanas por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), comprobando adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0.90$ en muestra clínica; especificidad = 91% y sensibilidad = 83%) y en hombres por Vázquez, Saucedo, Ocampo, López, Mancilla y Álvarez (2010), con una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.79$). Consta de 40 preguntas con seis opciones de respuesta y un punto de corte para México de ≥ 28 . Evalúa factores tales como: 1) restricción alimentaria; 2) bulimia; 3) motivación por adelgazar; 4) preocupación por la comida, y 5) presión social percibida.

Cuestionario de Bulimia (BULIT). Creado y validado en mujeres estadounidenses por Smith y Thelen (1984), con el propósito de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones características de la BN. Consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta. Fue adaptado y validado en población mexicana de mujeres por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.89$); esta versión sugiere un punto de corte de ≥ 85 (sensibilidad = 79% y especificidad = 97%) y evalúa tres factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación; 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, y 3) Conductas Compensatorias.

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC). Fue elaborado y validado en mujeres españolas por Toro, Salamero y Martínez (1994), en población mexicana de mujeres por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), y en hombres por Vázquez, Velázquez, Álvarez, Mancilla y Franco (2010). Su objetivo es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético

corporal de esbeltez. Consta de 40 preguntas con tres opciones de respuesta, con un punto de corte en la versión original de ≥ 23 -24; la consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0.94$) y explica el 45.3% de la varianza. Se distribuye en cuatro factores, a saber: 1) influencia de la publicidad; $\alpha = 0.92$; 2) malestar por la imagen corporal; $\alpha = 0.86$; 3) influencia de los modelos estéticos corporales; $\alpha = 0.75$, e 4) influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos ($\alpha = 0.63$).

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ). Fue creado y validado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta y su versión original no posee factores ni punto de corte. Su objetivo es explorar la autopercepción respecto de la imagen corporal, así como identificar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal. En mujeres mexicanas fue validada por Vázquez, Galán, López, Álvarez, Mancilla, Caballero *et al.* (2011), obteniendo una excelente consistencia interna ($\alpha = 0.98$); su punto de corte es de 110 (sensibilidad = 84.3% y especificidad = 84.4%) y se obtuvieron dos factores, que explican 68.3% de la varianza: 1. Malestar corporal normativo; $\alpha = 0.95$, y 2. Malestar corporal patológico; $\alpha = 0.94$.

Escala de Clima Social en la Familia (FES), de Moos, Moos y Trickett, 1980). Fue validado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984) y en México se encontró la misma estructura factorial y consistencia adecuada — $\alpha = 0.78$ (Ayala, Fulgencio, Chaparro y Pedroza, 2000)-; en los estudios realizados en PIN se obtuvo un $\alpha = 0.76$. Esta escala aprecia las características socioambientales de todos los tipos de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, así como aquellos aspectos de desarrollo de mayor importancia y su estructura básica; consta de 90 preguntas agrupadas en tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad, donde cada una tiene sus propias subescalas: *Relaciones*: evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas: 1. Cohesión: grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí; 2. Expresividad: grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, y 3. Conflicto: grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia. *Desarrollo*: evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Esta última dimensión comprende cinco subescalas: 1) Autonomía: grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones; 2) Actuación: grado en que las actividades —en la escuela o el trabajo— se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia; 3) Intelectual-cultural:

grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; 4) Social-recreativo: grado de participación en este tipo de actividades, y 5) Moralidad-religiosidad: importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso. *Estabilidad*: proporciona información sobre la estructura y la organización de la familia y el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Está conformada por dos subescalas: 1) Organización: importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, y 2) Control: grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Procedimiento

Se presentó en cada institución educativa el protocolo que explicaba de manera detallada los objetivos de la presente investigación. Posteriormente fueron seleccionados de manera aleatoria los grupos de adolescentes y jóvenes que participarían en la misma. Los instrumentos se administraron en los espacios y los horarios asignados por las autoridades de cada institución. Cabe mencionar que los participantes fueron separados en dos aulas: en una se encontraban las mujeres y en la otra los hombres; se procedió en estos términos debido a que los instrumentos contienen preguntas específicas para cada sexo. A todos los participantes se les repartieron el consentimiento informado y los cuestionarios. Una vez distribuidos éstos, se les dieron las instrucciones para su llenado, enfatizando la importancia de su colaboración y garantizando la confidencialidad de la información proporcionada. En esta fase se administraron los cuestionarios que evaluaban: sintomatología de TCA (*EAT-40* y *BULIT*), insatisfacción corporal (*BSQ*), interiorización del modelo estético corporal (*CIMEC*) y relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (*FES*).

Resultados

Casos que superaron el punto de corte de los instrumentos

El número de casos que superaron el punto de corte de los instrumentos empleados se presenta en el cuadro 2. En cuanto a los cuestionarios que evalúan sintomatología de TCA (*EAT* y *BULIT*), se observa que este último presenta un mayor número de casos que superaron el punto de corte (PC), tanto en el grupo de hombres (10.97%) como en el de mujeres (14.58%). Sin embargo, es importante mencionar que en las mujeres los porcentajes que rebasaron los PC de *EAT* y *BULIT* fueron muy cercanos, mientras que en los varones tenían una clara tendencia a la sintomatología de bulimia. En relación con el cuestionario de Influencia

del modelo estético corporal (CIMEC), se encontró que fue el instrumento que presentó el mayor número de casos que superó el punto de corte, siendo nuevamente mayor en las mujeres (47.92%) que en los hombres (23.63%). Finalmente, en el cuestionario de imagen corporal (BSQ) se aprecia que en las mujeres (20%) hubo más casos con insatisfacción corporal que en los varones (2.53%).

Diferencias entre hombres y mujeres

Ambiente Familiar (FES). El análisis del cuestionario se realizó de dos maneras: por un lado se consideraron los promedios para observar la jerarquización que se

Cuadro 2. *Porcentaje y número de casos que superaron el punto de corte en los instrumentos administrados*

	Punto de corte			
	EAT ≥ 28	BULIT ≥ 85	CIMEC ≥ 24	BSQ ≥ 110
Hombres (n = 237)	5% (n = 12)	10.90% (n = 26)	26.60% (n = 56)	2.50% (n = 6)
Mujeres (n = 288)	13.10% (n = 38)	14.50% (n = 42)	47.90% (n = 138)	20.10% (n = 58)
Niños (n = 525)	9.50% (n = 50)	12.90% (n = 68)	36.90% (n = 194)	12.10% (n = 64)

daba a cada una de las variables evaluadas; por el otro, se compararon estadísticamente las puntuaciones, lo que hizo posible valorar la intensidad que hombres y mujeres daban a cada una de las subescalas. De la muestra general (n = 525) se comparó a hombres (n = 237) y mujeres (n = 288) en lo tocante a cómo jerarquizaban los aspectos familiares; se pudo observar que para ambos grupos la importancia de estas subescalas son muy similares. La subescala de mayor relevancia fue la de cohesión, es decir, donde para los participantes es importante el grado de compenetración que hay entre los miembros de su familia; asimismo, la característica menos significativa fue la de conflicto. Sólo se encontraron diferencias en la percepción de dos subescalas, debido a que para los hombres están primero las actividades culturales e intelectuales, mientras que para las mujeres, la de autonomía. También se encontró que las mujeres obtuvieron significativamente mayores puntuaciones en las subescalas de cohesión y autonomía, mientras que los hombres únicamente obtuvieron puntuaciones mayores y estadísticamente significativas en la subescala de conflicto (cuadro 3). Con respecto al resto de las subescalas, no se encontraron diferencias significativas.

Al comparar a hombres y mujeres de la muestra general en cuanto a las pun-

tuaciones totales de los cuestionarios que evalúan sintomatología de TCA (*EAT* y *BULIT*), imagen corporal (*BSQ*) e influencia de los modelos estéticos corporales (*CIMEC*), se observó que las mujeres tuvieron promedios significativamente

Cuadro 3. *Comparación entre hombres y mujeres en las subescalas del FES*

Subescalas	Hombres	EE	Mujeres	EE	t de Student
Cohesión	X = 6.57	0.12	X = 6.95	0.14	2.04*
Conflicto	X = 3.23	0.11	X = 2.78	0.11	2.91*
Autonomía	X = 5.07	0.01	X = 5.39	0.09	2.40**

Nota: EE = error estándar. *p ≤ 0.05; ** p ≤ 0.01

mayores en todos los cuestionarios en comparación con los hombres (cuadro 4). Cabe mencionar que sólo el promedio del grupo de mujeres rebasó el punto de corte del *CIMEC*, sugiriendo que las mujeres son más susceptibles a la interiorización del modelo estético corporal.

Comparación entre los grupos con sintomatología y control

Se consideraron a todas aquellas personas que superaron el PC de los instrumentos *EAT* y/o *BULIT*, formándose así un grupo de hombres (n = 34) y mujeres (n

Cuadro 4. *Comparación entre hombres y mujeres en los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC*

Instrumentos	Hombres	EE	Mujeres	EE	t de Student
EAT	X = 13.9	0.46	X = 16.7	0.64	3.53**
BULIT	X = 64.4	1.02	X = 67.6	0.96	2.28*
BSQ	X = 56.6	1.37	X = 81	2.04	9.94**
CIMEC	X = 16.4	0.78	X = 24.4	0.91	6.71**

Nota: EE = error estándar. *p ≤ 0.05; ** p ≤ 0.01

= 59), que se agruparon de acuerdo con su sintomatología. Asimismo, se escogió aleatoriamente un grupo similar para mujeres (n = 59) y hombres (n = 34), quienes formaron los grupos control —quienes no rebasaron el PC de los instrumentos, así como tampoco se les diagnosticó ningún TCA en la entrevista-. Al comparar a los grupos de hombres y mujeres con y sin sintomatología en las subescalas del *FES*, se observó que los cuatro grupos jerarquizan a la subescala de cohesión como lo más relevante en su familia y al conflicto como la menos importante (cuadro 5).

En cuanto a la jerarquía de las subescalas restantes se encontró que todos los grupos las percibieron de manera distinta, por lo que se hizo un análisis con base en las tres dimensiones del cuestionario *FES*. *Relaciones*: una de sus subescalas es la *expresividad*, en la que se observó que para los grupos con sintomatología es menos

Cuadro 5. *Jerarquización obtenida por los grupos para cada una de las subescalas del FES*

	Hombres		Mujeres	
	Control (n = 34)	Sintomatología (n = 34)	Control (n = 59)	Sintomatología (n = 59)
1	Cohesión X = 7.32 EE = 0.24	Cohesión X = 5.76 EE = 0.33	Cohesión X = 7.27 EE = 0.30	Cohesión X = 6.51 EE = 0.33
2	Organización X = 6.65 EE = 0.25	Organización X = 5.41 EE = 0.29	Organización X = 6.29 EE = 0.22	Actuación X = 6.19 EE = 0.21
3	Actuación X = 6.09 EE = 0.24	Actuación X = 5.21 EE = 0.25	Expresividad X = 6.05 EE = 0.23	Organización X = 5.88 EE = 0.22
4	Expresividad X = 5.65 EE = 0.28	Intelectual- Cultural X = 5.12 EE = 0.34	Actuación X = 5.68 EE = 0.23	Autonomía X = 5.20 EE = 0.22
5	Moral-religiosidad X = 5.53 EE = 0.22	Expresividad X = 5.06 EE = 0.33	Autonomía X = 5.51 EE = 0.18	Expresividad X = 4.98 EE = 0.28
6	Autonomía X = 5.26 EE = 0.24	Social-recreativo X = 4.91 EE = 0.31	Moral- religiosidad X = 4.86 EE = 0.22	Control X = 4.90 EE = 0.17
7	Intelectual- cultural X = 5.00 EE = 0.27	Autonomía X = 4.88 EE = 0.25	Intelectual- cultural X = 4.83 EE = 0.22	Intelectual- cultural X = 4.81 EE = 0.25
8	Control X = 4.35 EE = 0.28	Moral- religiosidad X = 4.74 EE = 0.28	Social-recreativo X = 4.64 EE = 0.19	Moral- religiosidad X = 4.76 EE = 0.20
9	Social-recreativo X = 4.29 EE = 0.31	Control X = 4.71 EE = 0.24	Control X = 4.54 EE = 0.19	Social-recreativo X = 4.71 EE = 0.20
10	Conflicto X = 2.94 EE = 0.33	Conflicto X = 3.35 EE = 0.30	Conflicto X = 2.39 EE = 0.17	Conflicto X = 3.05 EE = 0.27

Nota: X = media; EE = Error estándar.

relevante que para los grupos control, es decir, que los hombres y las mujeres con sintomatología perciben que no pueden expresar sus sentimientos adecuadamente en su familia. *Estabilidad*: en esta dimensión se encuentran las escalas de *organización y control*; en cuanto a la organización, se obtuvo que para las mujeres con sintomatología no es tan relevante la estructura y la organización para planificar actividades y responsabilidades de la familia, como lo es para los demás grupos.

En lo que hace a la subescala de *control* se presentó que para las mujeres con sintomatología es más importante el cumplimiento de las reglas y los procedimientos que están ya establecidos en su familia, en comparación con el resto de los grupos, aunque se observó que los hombres con sintomatología y las mujeres control perciben este aspecto como algo no tan relevante en su familia. *Desarrollo*: en esta dimensión se encuentran las subescalas de *autonomía, actuación, social-recreativa, intelectual-cultural y moralidad-religiosidad*. En la subescala de *autonomía* se obtuvo que para las mujeres con sintomatología es más relevante el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones que para el resto de los grupos. Cabe mencionar que los hombres con sintomatología tuvieron particularmente un menor promedio en la *actuación*; asimismo, se percibió que para los grupos de hombres es relevante esta subescala, pero lo es más para las mujeres con sintomatología, mientras que para las mujeres control no es tan importante en comparación con el resto de los grupos; es decir que para las mujeres con sintomatología es más significativa la orientación hacia los logros (escuela o trabajo) que para las mujeres control. En lo referente a lo *intelectual-cultural*, se observó que para los hombres con sintomatología es más importante que para el resto de los grupos, quienes la percibieron en la misma posición. En la subescala de lo *social-recreativo* se obtuvo que los hombres con sintomatología perciben como más relevante a esta subescala que el resto de los grupos.

En el cuadro 6 se presenta el análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control en las subescalas del *FES*; como se puede observar, únicamente cuatro de las subescalas presentaron diferencias estadísticamente significativas.

En *cohesión*: aunque los grupos jerarquizaron a esta subescala en el mismo lugar en cuanto a la intensidad, los hombres con sintomatología fueron quienes obtuvieron una puntuación significativamente menor que los grupos control. *Organización*: las diferencias estadísticamente significativas se presentan entre los grupos de hombres control y con sintomatología, siendo el primero el que obtuvo un promedio más alto. *Actuación*: se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología, siendo éstas quienes tienen un promedio más alto. *Expresividad*: en esta subescala se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres control y con sintomatología, siendo las primeras quienes obtuvieron un promedio más alto.

Cuadro 6. *Comparación entre grupos de las subescalas del FES*

Subescala	Hombres		Mujeres		F
	Control	Sintomatología	Control	Sintomatología	
Cohesión	X = 7.3a -0.23	X = 5.7b -0.33	X = 7.2a -0.3	X = 6.51 -0.33	4.43*
Organización	X = 6.0a -0,24	X = 5.2b -0,29	X = 5.6 -0,22	X = 6.1 -0.22	3.75*
Actuación	X = 6.0 -0.24	X = 5.2a -0.25	X = 5.6 -0.23	X = 6.1b -0.21	3.16*
Expresividad	X = 5.6 -0.28	X = 5.0 -0.33	X = 6.0a -0.23	X = 4.9b -0.28	3.75*

Nota: a y b Análisis de varianza (ANOVA) y prueba de corrección de Scheffé. *p < 0.05

Estudio 2

Objetivo: evaluar los efectos de riesgo y protección del funcionamiento familiar sobre la presencia de trastorno alimentario en hijas con TCA y sus respectivos padres.

Diseño: se realizó un estudio con un diseño no experimental de muestras independientes no probabilísticas de sujetos tipo-voluntarios, con temporalidad transversal de alcance correlacional.

Método

Participantes

Se conformó una muestra no probabilística con 81 hijas, 80 madres y 62 padres, quienes fueron ubicados en el grupo correspondiente según el diagnóstico de la hija (cuadro 7).

Escenario

La muestra se obtuvo en clínicas especializadas en TCA e instituciones educativas de nivel medio superior (bachillerato) y superior (licenciatura), tanto públicas como privadas, donde se entró en contacto con la población clínica y comunitaria, respectivamente.

Cuadro 7. *Características de los participantes: hijas, madres y padres*

Grupo	Hija	Diagnóstico	Edad	Madre(años)	Padre
TCA 22 TCANE 5 TPA	47	1 anorexia 19 bulimia	X = 19.1 (DE = 2.8)	47	37
Control	34	Sin TCA	X = 18.7 (DE = 2.3)	33	25
Nota: TCANE = Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. TPA = Trastorno por Atracón.					

Instrumentos

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40), de Garner y Garfinkel, 1979), descrito en el estudio 1.

Test de Bulimia (BULIT), de Smith y Thelen, 1984), descrito en el estudio previo.

Escala de Clima Social en la Familia (FES), de Moos *et al.*, 1980), descrita en el estudio previo.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, Interview for the Diagnosis of Eating Disorders) de Williamson, 1990). Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, partiendo de los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). El *IDED* contiene los apartados siguientes: *a)* evaluación general e historia del problema; *b)* anorexia nerviosa; *c)* bulimia nerviosa, y *d)* trastorno por atracón. Esta entrevista ha demostrado tener validez de contenido, concurrente y discriminante (Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998).

Procedimiento

Con la autorización del protocolo por parte de las autoridades de las instituciones educativas y del sector salud, se recabó el consentimiento informado y se procedió a la administración de los instrumentos de evaluación de la manera siguiente. La administración en la población clínica se realizó en tres fases:

Fase 1: diagnóstico mediante la entrevista clínica (*IDED*) o la historia clínica.

Fase 2: administración individual del *FES* a las hijas participantes.

Fase 3: administración del *FES* a padres.

Por su parte, la administración en la población comunitaria se realizó en cuatro fases:

Fase 1: administración grupal de cuestionarios a hijas (*EAT*, *BULIT* y *FES*).

Fase 2: diagnóstico y ubicación de las participantes en el grupo TCA o control.

Se entrevistó a aquellas hijas que rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje (*EAT* y *BULIT*), ubicándolas en el grupo de TCA. De igual manera, se entrevistó a una muestra equivalente de mujeres que no rebasaron el punto de corte para descartar la presencia de síntomas alimentarios y TCA, quienes entonces se ubicaron en el grupo control.

Fase 3: administración del *FES* a padres.

Fase 4: canalización de las personas detectadas con TCA a instituciones especializadas para su atención.

Resultados

En primer lugar fue necesario estudiar la relación entre la percepción que tienen padres e hijas sobre su funcionamiento familiar; para tal efecto se realizaron correlaciones de Pearson (r) entre los datos de hijas-madre e hijas-padre, utilizando las puntuaciones totales y de cada una de las subescala del *FES*; se retomaron las correlaciones que resultaron estadísticamente significativas, según los siguientes criterios: $r \geq 0.30$ y $p < 0.05$. En las familias con TCA se encontraron correlaciones significativas entre madres e hijas en las tres dimensiones evaluadas: *relaciones* ($r = 0.31$; $p < 0.05$), *desarrollo* ($r = 0.45$; $p < 0.01$) y *estabilidad* ($r = 0.35$; $p < 0.05$), que corresponden con ocho de las 10 subescalas: *cohesión*, *expresión*, *autonomía*, *actividades intelectuales*, *sociales y morales*, *organización* y *control familiar*; las subescalas que no presentaron correlaciones significativas fueron *conflicto* y *actuación*. En el grupo control, las relaciones de hijas y madres entre las subescalas *FES* fueron escasas, siendo la única correlación coincidente entre madres e hijas la de *autonomía* ($r = 0.36$; $p < 0.05$).

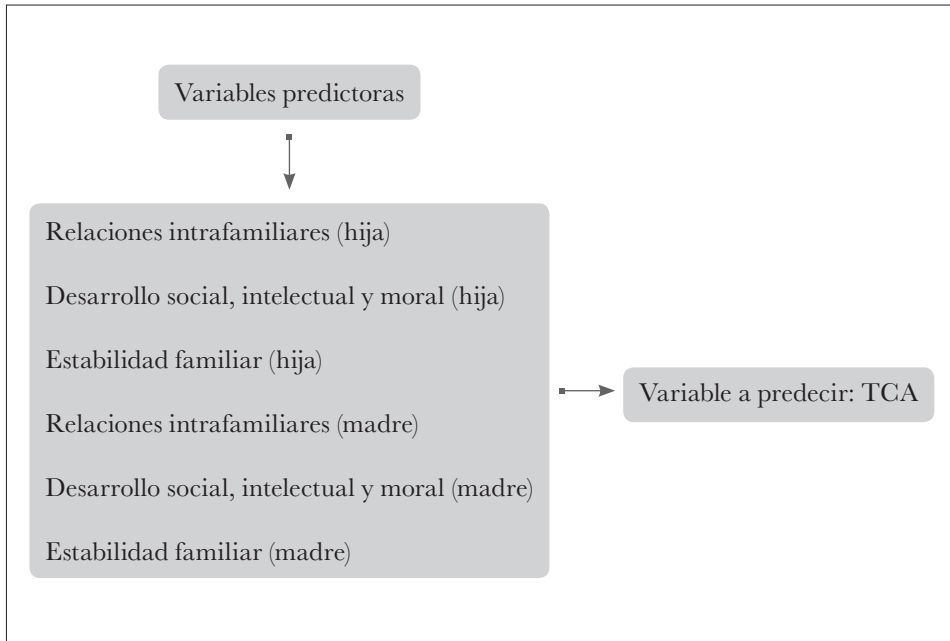
Al analizar la percepción del funcionamiento familiar entre padres e hijas, las relaciones encontradas fueron todavía menores. En las familias con TCA no existieron correlaciones en el total de las tres dimensiones evaluadas por el *FES*, aunque sí existieron en las subescalas *actividades intelectuales-culturales* ($r = 0.37$; $p < 0.05$) y *actividades sociales-recreativas* ($r = 0.37$; $p < 0.05$). Por su parte, en el grupo control también se encontraron dos correlaciones entre padres e hijas en las subescalas de *conflicto* ($r = 0.46$; $p < 0.05$) y *autonomía* ($r = 0.42$; $p < 0.05$).

A partir del análisis correlacional del funcionamiento familiar entre padres e hijas se retomaron las dimensiones del *FES* entre madres e hijas, por considerarlas como aquellas con solidez adecuada y que podrían arrojar un modelo con mayor

parsimonia en lugar de trabajar las subescalas por separado. De esta manera, para evaluar el efecto de riesgo o protección del funcionamiento familiar sobre la presencia de TCA se utilizó una regresión logística binaria, en donde las dimensiones del *FES* (madres e hijas) actuaron como variables predictoras de los TCA (variable dependiente) en el modelo predictivo propuesto (figura 1).

En el cuadro 8 se aprecia que el modelo obtenido para las familias con TCA incluye la dimensión de *desarrollo* (social-intelectual-moral) de las hijas y la dimensión de *relaciones intrafamiliares* por parte de las madres. En el modelo resultante se aprecia

Figura. 1. Variables del funcionamiento familiar utilizadas en el modelo de TCA



el efecto protector de dos dimensiones del funcionamiento familiar evaluadas, aun cuando no se encontró ningún efecto de riesgo en las tres dimensiones evaluadas.

En cuanto a las propiedades estadísticas del modelo se valoró la significancia, calidad de ajuste y la compatibilidad entre lo predicho y lo probado. Se encontró que el modelo fue significativo y congruente, aunque con un nivel explicativo bajo. La percepción que tienen las hijas de que en su familia se promueven actividades para el *desarrollo personal* (*i.e.*, intelectuales, sociales y morales), así como la importancia que se otorga a las *relaciones familiares desde la visión de la madre*, explican la disminución en la ocurrencia de los TCA.

Cuadro 8. *Modelo del funcionamiento familiar para el grupo con TCA*

Variable	B	EE	Wald	<i>p</i>	(Exp.) B	IC (95%)
Desarrollo (hija) ^a	-0.64	0.26	6.02	0.01	0.52	0.32-0.88
Relaciones Intrafamiliares (madre)	-0.48	0.24	3.9	0.04	0.61	0.38-0.99

^a Social, intelectual y moral. Nota: B = coeficiente Beta; EE = error estándar; Exp (B) = expiciente de Beta; IC = intervalo de confianza al 95%.

Cuadro 9. *Ajuste del modelo de funcionamiento familiar para el grupo con TCA*

Variable	R ^{2a}	-2LL ^b	x ²	<i>p</i>	Bondad del ajuste ^c
Desarrollo (hija) ^d	0.22	92.4	14.2	0.001	x ² = 8.2
Relaciones intrafamiliares (madre)					p = 0.41

^a Coeficiente de determinación. ^b Logaritmo de verosimilitud. ^c Prueba de Hosmer y Lemeshow. ^d Social, intelectual y moral. Nota: R² = coeficiente de determinación; 2 LL = logaritmo de la verosimilitud; x² = chi al cuadrado.

Discusión

El presente trabajo está conformado por dos estudios. El primero evaluó los factores asociados con los TCA en población comunitaria, incluyendo el funcionamiento familiar. Los resultados nos permiten conocer algunas características tanto de mujeres y hombres jóvenes con sintomatología de TCA. Por otra parte, el segundo estudio, evaluó los efectos de riesgo y protección del funcionamiento familiar en hijas con TCA y sus padres, mostrándonos características de estas familias en México, lo que nos permite abordar los factores protectores familiares que empiezan a ser explorados en los niveles nacional e internacional.

Sintomatología de TCA

La presencia de Sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario (STCA) se entiende como la presencia de síntomas y signos de AN y/o BN, que fue evaluada a través del PC del *EAT* (≥ 28) y/o del *BULIT* (≥ 85). Se encontró que hay una mayor frecuencia de sintomatología de BN (12.95%; $n = 68$) que de AN (9.52%; $n = 50$) en la muestra general, lo que es similar a otros resultados de estudios realizados en México (Ruiz, Vázquez, Mateo, Galdós, Álvarez y Mancilla, 2004; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004; Mancilla, Franco, Vázquez, López, Álvarez y Ocampo, 2007). Se deben resaltar los resultados obtenidos en varones, por ser una población poco estudiada, observándose

que ellos tienden a la sintomatología de BN (10.97% de casos), la cual incluye el atracón, característica de alteración alimentaria más frecuente en varones y que debe seguir siendo estudiada.

En cuanto a la interiorización del modelo estético corporal, se encontró que 36.95% de la muestra general rebasó el PC del CIMEC, mientras que sólo 12.19% superó el PC en la insatisfacción corporal (*BSQ*). Sin embargo, hay que destacar que las mujeres fueron las que presentaron un mayor número de casos que superaron el PC del CIMEC ($n = 138$) y del *BSQ* ($n = 58$) que los hombres ($n = 56$ y $n = 6$, respectivamente). Esto último se confirmó en el análisis estadístico cuando las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los varones en lo referente a la interiorización del modelo estético de delgadez e insatisfacción corporal.

Toro (2004) menciona que a finales de la década del ochenta del pasado siglo la preocupación por la imagen corporal era considerada como un problema sólo de las mujeres. En los años noventa esto cambió y se empezó a considerar también la importancia que tiene para los varones su cuerpo, por lo que poco a poco se ha convertido en un objeto de estudio. Las normas socioculturales de la imagen corporal masculina subrayan siempre la fuerza y musculatura como algo relevante para esta población. Se observó que el grupo de hombres con sintomatología rebasaron el PC del CIMEC, es decir, que los varones empiezan a ser vulnerables a la interiorización del modelo estético corporal.

Aspectos familiares

Se realizó un análisis del cuestionario *FES*, que se llevó al cabo de dos maneras, considerándose los promedios de cada subescala para: 1) observar la jerarquización que hombres y mujeres le daban a los aspectos evaluados, y 2) conocer la intensidad con que se presentan cada una de estas subescalas. Los especialistas en familia, consideran a ésta conformada por un grupo de personas que se relacionan por medio de fuertes lazos de afecto, lealtad y unión, es decir, que están comprometidas con el beneficio común entre sus miembros (Belart y Ferrer, 1998). Esto concuerda con lo referido por todos los participantes, ya que consideran que la función más importante de sus familias es el apoyo y ayuda que se dan entre sí. Además, se encontró que hombres y mujeres percibieron al conflicto como la característica de menor presencia, lo cual es muy saludable.

En cuanto a los grupos con y sin sintomatología, se observó que a través de todos los análisis que se llevaron a cabo, se encontró que cuatro de las subescalas del *FES* fueron relevantes, a saber:

Cohesión: si consideramos la jerarquía, observamos que todos los grupos coinciden en percibir a la cohesión como el rasgo más importante de sus familias.

No obstante, al considerar la el criterio de intensidad, se encontró que el grupo de hombres con sintomatología obtuvo puntuaciones significativamente menores que los grupos control, lo que sugiere que para los primeros su familia expresa menos apoyo y ayuda entre los miembros, característica reportada por varios autores (*i.e.*, Casper y Troiani, 2001; Laliberté *et al.*, 1999; León, Fulkerson, Perry y Dube, 1994; Wonderlich y Swift, 1990), quienes informan que las personas que tienen un TCA perciben una menor cohesión que las del grupo control. No obstante que estos estudios se han enfocado en la población femenina más que en la masculina, hay que aclarar que se trata de un aspecto relevante que aparece sólo en los hombres con sintomatología, lo cual sin duda merece ser aclarado en estudios posteriores.

Organización: cuando consideramos la jerarquía, se observó que los hombres con sintomatología y los grupos control coinciden en cuanto al orden de su percepción de la subescala de organización, ya que para estos tres grupos está en un segundo lugar, mientras que las mujeres con sintomatología la apreciaron en un tercer lugar; es decir, que éstas le confieren más relevancia a los logros académicos que a la organización. Al considerar su intensidad, se encontró que los hombres con sintomatología obtuvieron promedios significativamente menores que los hombres control, indicando que los hombres con sintomatología perciben que la organización relacionada con planificar las actividades y responsabilidades de la familia no es tan relevante. En la bibliografía se menciona que la poca organización es una característica común en las familias con una persona con BN (Hodges, Cochrane y Brewerton, 1998; Mallinckrodt, McCreary y Robertson, 1985). Esto podría explicarse porque los varones presentaron mayor tendencia a síntomas bulímicos.

Actuación: al considerar la jerarquía, observamos que las mujeres con sintomatología ordenaron a la subescala de actuación en segundo lugar, mientras que ambos grupos de hombres la percibieron en tercer lugar, en tanto que las mujeres control en cuarto; es una característica similar a la reportada por Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich (2000) en cuanto a las mujeres con TCA y control. Empero, al conocer la intensidad se encontró que los hombres con sintomatología obtuvieron una puntuación significativamente menor que las mujeres con sintomatología, lo que hablaría de que para las familias de estas últimas los logros en las actividades tienen una mayor relevancia, aspecto que ha sido señalado en la literatura internacional (Hodges *et al.*, 1998; Laliberté *et al.*, 1999; Rorty, Yager y Rosotto, 1995; Vázquez *et al.*, 2000). Estos datos muestran que hay diferencias entre hombres y mujeres con sintomatología en cuanto a cómo perciben la orientación hacia los logros en su familia, por lo que es importante que se lleven a cabo más investigaciones sobre este aspecto.

Expresividad: en cuanto a la jerarquía, se observó que las mujeres control percibieron en tercer lugar a la subescala de expresividad, los grupos con sintomatología la señalaron en quinto lugar y los hombres control en cuarto. Dicho de otra manera, para las mujeres con sintomatología el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a expresar sus sentimientos y actuar libremente no es tan relevante como lo es para las mujeres control. Cuando se consideró la intensidad, se encontró que las mujeres con sintomatología mostraron promedios significativamente menores que las mujeres control, esto es, que las mujeres con sintomatología percibieron que la expresión emocional en su familia es menor que para las mujeres control, que también coincide con lo reportado en la literatura (Hodges *et al.*, 1998; Okon *et al.*, 2003; Sherman y Thompson, 1999; Vázquez, 1997; Vázquez *et al.*, 2000), quienes reportan que la persona con algún tipo de TCA percibe que en su familia hay poca expresividad emocional, así como problemas de comunicación. Por tanto, las mujeres con sintomatología reportaron que en su familia es más importante la orientación a los logros, la organización y la autonomía que la expresividad.

Pacientes con TCA

En relación con el funcionamiento familiar de las pacientes con TCA, la bibliografía señala que estas familias presentan más deterioro, caracterizado por menor cohesión, expresividad y mayor conflicto (Okon *et al.*, 2003; Sánchez *et al.*, 2003; Vidovic *et al.*, 2005), así como conferirle menor importancia a las actividades intelectuales y sociales (Shisslak *et al.*, 1990; Vázquez *et al.*, 2001); justo por esto último se ha considerado que la disfunción familiar acompaña a los TCA. Cabe recordar que la mayoría de los estudios previos han trabajado únicamente con las hijas afectadas y que son ellas quienes tienen una visión más deteriorada de su familia (Emmanuelli *et al.*, 2004; Sánchez *et al.*, 2003; Vázquez, *et al.*, 2001). No obstante, en el segundo estudio presentado aquí, al considerar tanto a las hijas con TCA como a sus padres, las variables citadas por la bibliografía no ejercieron un efecto de riesgo en la presencia de la psicopatología alimentaria, sino al contrario, se encontraron efectos más bien opuestos, o sea, de protección. En consecuencia, consideramos que el efecto protector de algunas dimensiones del funcionamiento familiar merece seguir siendo explorado, debido a que por tradición el estudio de la psicopatología se ha centrado en los factores de riesgo, dejando un tanto descuidados los posibles efectos de protección (Ruiz *et al.*, 2010). En este sentido, el modelo predictivo no siguió la tradición, sino que resaltó los efectos protectores del área de *desarrollo* y de las *relaciones* intrafamiliares, mostrando así que la familia también puede aportar elementos que hagan a sus hijas resistentes ante la psicopatología alimentaria.

Asimismo, se encontró una importante coincidencia entre hijas-madres con TCA en aspectos como *cohesión*, *expresión*, *organización* y *actividades de desarrollo*, lo

cual no se observa en las familias controles, que bien podría hablarnos de la sobreprotección, característica referida en estas familias (Vázquez *et al.*, 2001, Vidovic *et al.*, 2005) o bien de dificultades en el proceso de desarrollo e individualización de las hijas; inclusive, de un involucramiento excesivo entre madres e hijas que podría considerarse un antecedente, pero también podría presentarse posterior al trastorno debido a la posición de necesitada o desvalida que adquiere la persona enferma, lo cual suele atraer la atención y cuidados de los progenitores. En contraposición, los padres suelen jugar un papel periférico, sin compartir una perspectiva común con otros miembros de la familia, similar en las familias con y sin TCA, lo cual podría hablar más un patrón cultural en el ejercicio de la paternidad que de una característica asociada con los TCA. De esta manera, tanto las coincidencias entre madres e hijas como el papel de los padres requieren mayor investigación a efecto de que nos permita explicar el papel de estos en los TCA. Por último, lo anteriormente expuesto forma parte de uno de los primeros intentos en México por establecer diferencias entre hombres y mujeres con y sin sintomatología de TCA respecto de su dinámica familiar; por otro lado, apunta sobre la importancia de conducir estudios con población clínica que contemplen la participación de los padres, encontrándose que tanto en la población con sintomatología como en las familias con TCA la dimensión de relaciones interpersonales resultó relevante, además de la dimensión de desarrollo (intelectual, social, moral) en el caso de las hijas afectadas por TCA. Por todo ello es necesario que para futuras investigaciones se ponga más atención en estas dimensiones, para confirmar o ampliar los hallazgos aquí presentados.

Referencias

- Álvarez, R. G., J. M. Mancilla y A. R. Vázquez (2000), "Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT)", *Psicología Contemporánea*, 7, pp. 74-85.
- , J. M., Mancilla, A. R., Vázquez, S. C., Unikel, R. A., Caballero y C. D. Mercado (2004), "Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients", *Eating Weight Disorders*, 9, pp. 243-248.
- American Psychiatric Association (1994), "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", *DSM-IV*. Washington.
- Ayala, V. H., J. M., Fulgencio, C. A. Chaparro y C. F. Pedroza (2000), "Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia", *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, pp. 65-89.
- Belart, A. y M. Ferrer (1998), "El ciclo de la vida: Una visión sistemática de la familia", Bilbao, Desclee de Brouwer.

- Bruch, H. (1973), "*Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*", Nueva York, Basic Books.
- Casper, R. C. y M. Troiani (2001), "Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype", *International Journal of Eating Disorders*, 30, pp. 338-342.
- Cooper, P. J., M. J., Taylor, Z. Y. Cooper y C. G. Fairburn (1987), "The development and validation of the Body Shape Questionnaire", *International Journal of Eating Disorders*, 6, pp. 485-494.
- Dancyger, I., V. Fornari, L., Scionti, W. Wisotsky y S. Sunday (2005), "Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?", *Comprehensive Psychiatry*, 46, pp. 135-139.
- Davis, C., B., Shuster, E. Blackmore y J. Fox (2004), "Looking good-focus family on appearance and the risk for eating disorders", *International Journal of Eating Disorder*, 35, pp. 136-144.
- Emmanuelli F, R., Ostuzzi, M., Cuzzolaro, F., Baggio, B. Lask y G. Waller (2004), "Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family member's perceptions", *Eating and Weight Disorders*, 9, pp. 1-6.
- Evans, J. y D. le Grange (1995), "Body size and parenting in eating disorders: a comparative study of the attitude of mothers towards their children", *International Journal of Eating Disorders*, 18, pp. 39-48.
- Garner, D. M. y P. E. Garfinkel (1979), "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 9, pp. 273-279.
- Gillett, K. S., J. M. Harper, J. H. Larson, M. E. Berrett y R. K. Hardman (2009), "Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families", *Journal of Marital & Family Therapy*, 35, pp. 159-174.
- Hodges, E., C. Cochrane y T. Brewerton (1998), "Family characteristics of binge-eating disorder patients", *International Journal of Eating Disorders*, 23, pp. 145-151.
- Huon, G. F., A. Gunewardene, A. Hayne, M. Sankey, J. Lim, T. Piira y C. Walton (2002), "Empirical support for a model of dieting: findings from structural equations modeling", *International Journal of Eating Disorders*, 31, pp. 210-219.
- Humphrey, L. L. y S. Stern (1988), "Object relation and the family system in bulimia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, pp. 337-350.
- Joyce, L. C. (2011), "An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: implications for social work practice", *Child and Family Social Work*, 16, pp. 33-42.
- Killen, J. D., C. Hayward, D. M. Wilson, C. B. Taylor, L. D. Hammer, I. Litt y F. Haidel (1994), "Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls", *International Journal of Eating Disorders*, 4, pp. 357-367.

- Kog, E. y W. Vadereycken (1989), "Family interaction in eating disorders patients and normal controls", *International Journal of Eating Disorders*, 8, pp. 11-23.
- Kustlesic, V., D. A. Williamson, D. H. Gleaves, J. M. Barbin y K. P. Murphy-Eberenz (1988), "The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria", *Psychological Assessment*, 10, pp. 41-48.
- Laliberté, M., F. J. Boland y P. Leichner (1999), "Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa", *Journal of Clinical Psychology*, 55, pp. 1021-1040.
- Le Grange, D., J. Lock, K. Loeb y D. Nicholls (2010), "Academy for Eating Disorders position paper: The role of the family in eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 43, pp. 1-5.
- León, G. R., J. A. Fulkerson, C. L. Perry y A. Dube (1994), "Family influences school behaviors and risk for the later development of an eating disorder", *Journal of Youth and Adolescence*, 23, pp. 499-515.
- MacBrayer, E., G. T. Smith, D. M. McCarthy, S. Demos y J. Simmons (2001), "The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology", *International Journal of Eating disorders*, 30, pp. 149-160.
- Mancilla, J. M., K. Franco, R. Vázquez, X. López, G. L. Álvarez y M. T. Ocampo (2007), "A Two-Stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico", *European Eating Disorders Review*, 15, pp. 1-8.
- Mallinckrodt, B., B. A. McCreary y A. K. Robertson (1995), "Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies", *Journal of Counseling Psychology*, 42, pp. 178-186.
- Mildred, H., S. J. Paxton y E. H. Wertheim (1995), "Risk factors for eating disorders in Greek and Anglo-Australian adolescent girls", *International Journal of Eating Disorders*, 17, pp. 91-96.
- Moos, R., B. Moos y E. J. Trickett (1980), "*Family Environment Scale*", Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- North, C., S. Gowers y V. Byram (1995), "Family functioning in adolescent anorexia nervosa", *British Journal of Psychiatry*, 167, pp. 673-678.
- Okon, D., A. Greene y J. E. Smith (2003), "Family interaction predicts intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia", *International Journal Eating Disorders*, 34, pp. 450-457.
- Rorty, M., J. Yager y E. Rossotto (1995), "Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa", *Child Abuse & Neglect*, 19, pp. 659-667.
- Ruiz, A. O., R. Vázquez, J. M. Mancilla y E. Trujillo (2010), "Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario", *Psicología y Salud*, 20, pp. 169-177.

- , J. M. Mancilla, X. López, G. L. Álvarez y A. Tena (2010), “Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario”, *Universitas Psychologica*, 9, pp. 461-470.
- , C. Mateo, J. Galdós, G. L. Álvarez y J. M. Mancilla (2004), “Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres”, *Revista Electrónica de Psicología del Valle de México*, 1. Disponible en: <http://www.uvmnet.edu/episteme/numero1> [Retirado el 3 de Agosto de 2012].
- Sánchez C. E., R. C. Serna, P. G. Seoana y F. F. Páramo (2003), “Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario”, *Revista Thomson Psicología*, 1, pp. 177-188.
- Seiseddos, N., V. Cruz y A. Cordero (1984), “*Escala de Clima Social en la Familia*”, Madrid, TC.
- Sherman, R. T. y R. A. Thompson (1999), “*Bulimia: Una guía para familiares y amigos*”, México, Trillas.
- Shisslak, C. M., R. T. Mckee y M. Crago (1990), “Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families”, *Journal of Clinical Psychology*, 46, pp. 185-189.
- Shugar, G. y S. Krueger (1995), “Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa”, *International Journal of Eating Disorders*, 17, pp. 23-31.
- Smith, M. C. y M. H. Thelen (1984), “Development and validation of a test for bulimia”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, pp. 863-872.
- Strober, M. (1981), “The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiologic factors”, *International Journal of Eating Disorders*, 1, pp. 28-43.
- , y L. L. Humphrey (1987), “Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 654-659.
- Toro, J. (2004), “*Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*”, Madrid, Ariel.
- , M. Salamero y E. Martínez (1994), “Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa”, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, pp. 147-151.
- Unikel, C., J. Aguilar y G. Gómez-Peresmitré (2005), “Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women”, *Eating and Weight Disorders*, 10, pp. 33-39.
- Vandereycken, W. (1994), “Parental rearing behaviour and eating disorders”, En W. Perris, A. Arrindell y M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 219-234). Chichester, Nueva York, John Wiley and Sons.
- Vázquez, R. (1997), “*Aspectos familiares en la Bulimia y Anorexia Nerviosa*”, Tesis de

- Doctorado no Publicada. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona/Facultad de Psicología.
- , G. L. Álvarez y J. M. Mancilla (2000), “Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales CIMEC, en población mexicana”, *Salud Mental*, 23, pp. 18-24.
- , G. L. Álvarez, J. M. Mancilla y R. M. Raich (2000), “Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario”, *Psicoterapia y Familia*, 13, pp. 33-46.
- , J. Galán, X. López, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla, A. Caballero y C. Unikel (2011), “Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 42-52.
- , X. López, G. L. Álvarez, K. Franco y J. M. Mancilla (2004), “Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados”, *Psicología Conductual*, 12, pp. 415-427.
- , R. M. Raich, M. C. Viladrich, G. L. Álvarez y J. M. Mancilla (2001), “Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios”, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, pp. 325-335.
- , A. O. Ruiz, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla y A. Tena (2010), “Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastorno del comportamiento alimentario”, *Psicología Conductual*, 18, pp. 105-117.
- , I. A. Saucedo, M. T. Ocampo, X. López, J. M. Mancilla y G. L. Álvarez, (2010), “Psychometric properties of the eating attitudes test for men”, *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, pp. 39-46.
- , G. Velázquez, X. López, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla y K. Franco (2010), “Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos”, *Psicología y Ciencia Social*, 12, pp. 5-11.
- Vidovic, V., V. Juresa, I. Begovac, M. Mahnik y G. Tocilj (2005), “Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders”. *European Eating Disorders Review*, 13, pp. 19-28
- Wade, T. D. y J. Lowes (2002), “Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in female adolescent population”, *International Journal of Eating Disorders*, 32, pp. 39-45.
- Wilksch, S. M., M. Tiggemann y T. D. Wade (2006), “Impact of interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys”, *International Journal of Eating Disorders*, 39, pp. 385-393.
- Williamson, D. A. (1990), *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*, Nueva York, Pergamon Press.
- Wonderlich, S. y W. Swift (1990), “Perceptions of parental relationships in the

- eating disorders: the relevance of depressed mood”, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, pp. 353-360.
- Worobey, J. (2002), “Early family mealtime experiences and eating attitude in normal weight, underweight and overweight females”, *Eating and Weight Disorders*, 7, pp. 39-44.

11. MODELOS Y PROCEDIMIENTOS DE INDUCCIÓN AL CONSUMO DEL ALCOHOL: IMPLICACIONES CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICAS

Héctor Martínez Sánchez y Eliana Barrios de Tomasi
Instituto de Neurociencias
Universidad de Guadalajara

Introducción

Como consecuencia de la evolución las especies se han desarrollado mecanismos que les permiten a aquéllas detectar aquellos nutrientes que pueden ser benéficos o nocivos para su supervivencia. Estos mecanismos de detección son particularmente importantes para el caso de la ingestión de los nutrientes que son necesarios para cada especie y para cada individuo perteneciente a la especie. Hoy día se sabe que los sabores dulces normalmente producen atracción (*i.e.*, sacarosa) en la mayoría de las especies, mientras que los sabores amargos (*i.e.*, quinina) por lo general producen rechazo (Martínez y Gómez, 2009). Por tanto, una variable fundamental para la distinción entre aceptación y rechazo es el sabor del alimento o nutriente que está disponible (Ordaz, 2006).

En el caso del consumo de alcohol entre las distintas especies, incluida la humana, no es natural o inicialmente aceptado. En las primeras experiencias el sabor del alcohol es rechazado o consumido en dosis menores cuando se compara con otros sabores. Su consumo regular suele requerir un periodo de adaptación al sabor y a los efectos posdigestivos. Dependiendo de la dosis de la sustancia, la experiencia puede producir un cambio en la palatabilidad del alcohol. Así, Kahan y Eliot (1960), quienes han evaluado la preferencia por el alcohol en ratas, han documentado que éstas prefieren dosis muy bajas, mostrando indiferencia al 5 o 6%; por otro lado, las ratas que iniciaron con una alta concentración desarrollaron una aversión temporal hacia el alcohol, lo que demuestra que la dosis y la experiencia con el alcohol pueden afectar la palatabilidad y su nivel de consumo. Por lo general, se requiere un periodo de adaptación para cambiar la palatabilidad del alcohol, tal como lo demostró Richter (1926), quien reportó que si las ratas son expuestas al alcohol después de 25 a 30 días de haberse adaptado a beber agua, la mayoría rechaza beber la solución conteniendo alcohol.

En la actualidad, la adicción al alcohol es un problema de salud muy importante que se caracteriza por una tolerancia creciente, el beber continuo y una pérdida de control de beber alcohol, aun cuando genera consecuencias aversivas (Duncan, Proulx y Woods, 2005). Recientemente se ha puesto en evidencia en

Estados Unidos que el consumo de alcohol excesivo ha pasado a ocupar la tercera causa de mortalidad no genética, detrás del consumo excesivo de tabaco y de la obesidad. En México, por su parte, se ha afirmado como la principal droga de consumo en el periodo 1994-2010 (Cortés, 2012), a la que se le asocia fuertemente con dos de las 10 principales causas de mortalidad general, a saber, los accidentes y las enfermedades del hígado (Secretaría de Salud, 2011).

A pesar de que la naltrexona, un opioide antagonista, parece mostrar posibilidades prometedoras, infortunadamente no se dispone de un fármaco que pueda aplicarse como tratamiento efectivo para todas las personas dependientes del alcohol. Tampoco existe un tratamiento terapéutico que sea eficaz para tratar a todas las variedades de pacientes (Duncan *et al.*, 2005). El problema de fondo es que, con todo y que los alcohólicos severos sufran gastritis, experimenten pérdida de estatus social y un deterioro marcado de su salud, probablemente se mantendrán bebiendo hasta llegar a la muerte (Dole y Gentry, 1984).

Métodos de inducción

Debido a que el sabor suele ser una especie de primer filtro en la ingesta de los nutrientes, lo que determina la conducta de aceptación o rechazo de sustancias o alimentos, se ha hecho necesario diseñar estrategias que modifiquen esta conducta. Capaldi (1996) ha destacado que en los omnívoros (*i.e.*, ratas y personas) la mayoría de las preferencias de comida son producidas por la experiencia. Si consumir alimento no tiene consecuencias indeseables, el resultado es que aumenta el instinto de querer o desear la comida; por el contrario, si comer ciertos alimentos tiene consecuencias negativas (*i.e.*, sentirnos mal o con problemas digestivos), se producirá una aversión a esa comida; tales consecuencias influyen en nuestras preferencias (Capaldi 1996). En otras palabras, la respuesta de aceptación o rechazo establecida por la historia genética o debida a la experiencia es susceptible de ser modificada y, por lo tanto, es factible explorar procedimientos o técnicas para conseguir modificar las preferencias originales. Por ejemplo, se ha reportado que la selección de comida es un problema principalmente en los niños (Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia y Lancaster, 2002). Es un hecho frecuente para cualquier padre de familia que en ocasiones los niños coman con reticencias ciertos tipos de vegetales, verduras, carnes, etcétera, que se asume son saludables. Por el contrario, las preferencias de los niños suelen inclinarse por golosinas, botanas o helados. Cuando éste es el caso, se pueden presentar serios riesgos de salud en los niños que no comen los alimentos variados y nutritivos necesarios para su desarrollo apropiado (Piazza *et al.*, 2002). Estos hechos no son sorprendentes si atendemos a las preferencias naturales por los sabores dulces.

Harshaw (2008) ha recopilado evidencia que pone en duda la noción de que fenómenos como el hambre, la sed y la saciedad sean innatos o estén genéticamente programados; por el contrario, afirma que son producto del desarrollo individual.

Esta perspectiva incluye considerar como no heredadas las preferencias alimentarias. Para sustentar su argumento, Harshaw ha dirigido el foco de interés sobre los periodos tempranos de la vida de los individuos y las condiciones en que aprendemos a ingerir nuestros alimentos.

El estudio del desarrollo del hambre ha sufrido una demora debido al predominio de la noción de que es un fenómeno innato. Su importancia para la supervivencia ha sido tan evidente que no parecía tener cabida la noción de que el hambre estuviera sujeta al azar o al aprendizaje (Harshaw, 2008). La aceptación casi generalizada de que tanto el hambre como la saciedad tienen un origen genético, ha contribuido a no favorecer la atención del papel de la experiencia en estos importantes procesos para la supervivencia de un organismo. La selección de los nutrientes que un organismo consume no sólo depende de la motivación específica vinculada con un estado de hambre o de saciedad.

En nuestro laboratorio se ha demostrado que ratas saciadas cuando cambian de contexto consumen alimento, aun cuando ya no lo requieren (Ordaz, López-Espinoza y Martínez, 2005). En los humanos este consumo innecesario es bastante común; por ejemplo, cambiar de un sitio a otro puede favorecer el consumo de alimentos o bebidas que no son requeridas. El factor relevante es, entonces, el cambio de contexto, no un estado motivacional específico de hambre o saciedad. Resulta obvio que el reconocimiento del papel del contexto como mecanismo de inducción para el consumo de alimentos y bebidas en el caso humano es más complejo que en animales de laboratorio. La complejidad radica en el contexto social o cultural humano que promueve o prohíbe el consumo de ciertos alimentos y bebidas, aun cuando eventualmente posean propiedades nutritivas para el organismo y que no consideran aspectos motivacionales específicos.

Capaldi (1996) ha documentado varios métodos de condicionamiento eficaces para cambiar las preferencias de consumo para alimentos poco o nada preferidos, demostrando que son producto de la experiencia y del aprendizaje. De acuerdo con el autor, hay al menos cuatro métodos para incrementar la preferencia por un alimento. La frecuencia de consumo de un determinado alimento o bebida deriva en un aumento en la preferencia de ese alimento o bebida. Es decir, la sola exposición o experiencia con ese alimento o bebida modifica su preferencia. Se ha demostrado que los alimentos y las bebidas presentes durante la convalecencia de un malestar o enfermedad aumentan su nivel de preferencia. Por contraste, cuando una persona está enferma los alimentos y las bebidas asociados a un estado de deterioro de salud son rechazados generando una aversión hacia ellos. El método típico es el de emplear un alimento agradable asociado con otro agradable, incrementándose la preferencia por el primero. El último método consiste en la asociación de un alimento o bebida preferidos con nutrientes, dando como resultado un incremento en el consumo de aquellos alimentos o bebidas que contienen el nutriente o los nutrientes, como en el caso de las calorías.

Si la disponibilidad de alcohol es antecedida por un procedimiento de inducción, el consumo de alcohol puede verse favorecido. Por ejemplo, si hay agua disponible o no a la vez que se lleva al cabo la inducción al alcohol, pueden producirse diferencias a mediano y largo plazos en el consumo de alcohol una vez terminado el procedimiento de inducción. Las ratas suelen beber más alcohol cuando la inducción es acompañada con agua, si se compara con ratas que tienen una inducción sólo con alcohol (Veale y Myers, 1969). Otra forma de inducción empleada en el laboratorio para aumentar la preferencia por este líquido es mediante la restricción de comida. Veale y Myers (1969) demostraron que ratas restringidas de alimento aumentaron su preferencia por el consumo de alcohol. Sonderpalm y Hansen (1999), utilizando ratas como sujetos experimentales, mostraron el aumento de la palatabilidad por el alcohol después de haber sido expuestas a condiciones de restricción de alimento.

En nuestro laboratorio hemos estudiado diversas formas de inducción al alcohol en ratas bajo el modelo de autoadministración (Martínez y Urzúa, en revisión). Durante el periodo de inducción de 12 días las ratas podían beber cualquier cantidad de una solución diluida de alcohol, sin que existiese ninguna restricción y teniendo la comida disponible todo el tiempo. Un grupo de ratas fue expuesto a la inducción gradual con alcohol forzado; el periodo iniciaba con una dosis baja (4% v/v) y terminaba con la dosis más alta (10% v/v). Para otro grupo de ratas la inducción no fue gradual, así que las ratas fueron expuestas desde un inicio a la dosis más alta (10% v/v). Otros dos grupos tuvieron disponibles agua y alcohol (6-10% v/v). Los resultados mostraron diferencias en el peso corporal dependiendo del método de inducción utilizado. El grupo con alcohol forzado sin inducción fue el que mostró el peso corporal más bajo y el menor consumo de alimento durante el periodo de inducción; asimismo, el consumo de alcohol mostró variabilidad entre los grupos. Sin embargo, inicialmente durante los tres primeros días el grupo de alcohol forzado con inducción fue el que consumió la mayor cantidad de alcohol. Un dato interesante fue que uno de los grupos que tuvo disponible agua y alcohol gradual, también tuvo el menor consumo de agua y mostró una notable variabilidad por sujeto del consumo de agua durante la inducción. Otros estudios también conducidos en nuestro laboratorio incluyen la exploración de la disponibilidad de alcohol bajo condiciones de actividad y libre acceso. Ratas restringidas de agua trabajan presionando una palanca para conseguir alcohol diluido en agua, como consecuencia de su conducta. Los efectos más notables son que cuando están bajo el efecto del alcohol, las ratas demoran más en conseguir el alcohol y alteran su peso corporal, en comparación con situaciones en las que sólo pueden obtener agua como consecuencia de su conducta. En esta línea de investigación nos interesa explorar los efectos de la disponibilidad de alcohol y el consumo crónico sobre los patrones de alimentación, actividad y peso corporal.

El alcohol como un nutriente

Richter (1953) fue uno de los pioneros en establecer que bebidas como el alcohol, la cerveza y el vino tienen propiedades alimentarias. El alcohol contiene 7 kcal/g y posee con mayor densidad calórica que el carbohidrato o la proteína. Esta característica nutritiva vincula la motivación por consumir alcohol con los sistemas que regulan la ingesta de comida y el gasto de energía. Hay evidencia experimental que demuestra la alteración de la homeostasis energética durante el consumo crónico de alcohol o la abstinencia en roedores con una alta preferencia por el alcohol (Duncan, Proulx y Woods, 2005). Yeomans (2004) ha estudiado la relación entre el consumo de alcohol y las consecuencias energéticas con ratas, poniendo de relieve las características nutritivas del alcohol. Yeomans, Caton y Hetherington (2003), apoyando la idea del alcohol como un nutriente, estudiaron la relación entre el consumo de alcohol y el consumo de comida y agua en ratas, demostrando que la privación de alimento incrementa el consumo de alcohol y que éste, suministrado en pequeñas dosis, aumenta el consumo de alimento.

Por otro lado, Meisch (1984) ha establecido los llamados modelos experimentales de autoadministración de alcohol, en los que el propio sujeto determina, a través de su conducta, el consumo de alcohol dependiendo de las condiciones experimentales. Achagiotis, Poussard y Louis-Sylvestre (1990) han estudiado la relación entre el consumo de alcohol, el alimento y el peso corporal. Las ratas que estuvieron expuestas al acceso libre de una solución diluida de alcohol al 20% ganaron menos peso que otro grupo de ratas que tuvo disponible alcohol al 10%, o que el grupo control que sólo tuvo acceso al agua. Las ratas con alcohol al 20% redujeron principalmente el consumo de alimento nocturno, que es el turno en el ciclo de 24 horas en que las ratas consumen la mayor parte de su alimento diario.

El consumo de alcohol, que originalmente no tiene una motivación interna como en el caso del hambre o la sed, sin embargo puede llegar a generar una motivación aprendida. Por tanto, el consumo excesivo y crónico de alcohol está fuertemente vinculado con el desarrollo de la adicción al alcohol. El fenómeno de la adicción al alcohol, entre otros factores, puede ser una consecuencia directa de la manera en que un individuo o un organismo es inducido a beber alcohol, con importantes implicaciones sobre su funcionamiento fisiológico.

Adicción al alcohol

El alcoholismo, también conocido como *síndrome de dependencia al alcohol*, involucra distintos cambios, físicos, biológicos y conductuales, caracterizados principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia y disminución de la esperanza de vida. La persona alcohólica puede presentar complicaciones generales, incluyendo insomnio, tristeza, nerviosismo y problemas interpersonales (Schuckit, 2000).

La adicción se puede definir como el conjunto de trastornos caracterizados por la necesidad compulsiva de consumir sustancias con alto potencial de abuso y dependencia (*ergo*, drogas) que progresivamente afectan todos los ámbitos de la vida del individuo (Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007). La adicción es caracterizada por episodios frecuentes de intoxicación, compulsión por la búsqueda y consumo de alcohol, pérdida del control y surgimiento de un estado emocional negativo en la ausencia de la droga (American Psychiatric Association, 1994). La condición que lleva a que algunos individuos beban en exceso y otros no, es compleja debido a que involucra interacciones genéticas, psicosociales, ambientales y algunos factores neurobiológicos. En suma, el alcoholismo es un desorden multigénico (Weiss y Porrino, 2002).

Estructuras cerebrales

Debido al bajo peso molecular y a su alta afinidad con el agua, el etanol se mueve por los mismos canales transmembranales por los que pasa el agua. Se distribuye desde la sangre a todos los tejidos y fluidos en proporción a su contenido relativo de agua; por esto el alcohol puede causar daño o interactuar en diferentes sistemas y estructuras, tanto cerebrales como viscerales. El sistema mesolímbico (ATV, N Acc, amígdala, septum lateral e hipotálamo, etcétera) es el que interviene tanto en el reforzamiento como en la búsqueda del alcohol. El sistema mesolímbico cortical, como su nombre lo indica, está formado por estructuras mesencefálicas, límbicas y de la corteza, las cuales en su mayoría tienen proyecciones recíprocas entre sí. El núcleo accumbens (N Acc) se considera una interfase neural entre la motivación y la acción motora (Ayesta, 2002). La sustancia gris periacueductal está involucrada en la analgesia y la nocicepción. (Tempel, Gardner y Zukin, 1984; Yoburn, Nunes, Adler, Pasterna y Inturrisi, 1986).

La atribución subjetiva y el deseo compulsivo (*craving*) dependen de mecanismos neocorticales. El hipocampo y la amígdala son responsables de los procesos de condicionamiento ambiental, como los estímulos específicos o contextuales relacionados con el consumo. Estas estructuras límbicas conectan con las estructuras dopaminérgicas del estriado ventral (corteza y núcleo del N Acc) para ejercer el control de las acciones instrumentales y sus consecuencias (Self y Nestler, 1995).

Algunas estructuras motoras también juegan un papel en las dependencias. Entre ellas se encuentran: el estriado dorsal (caudado-putamen), como encargado de la formación de hábitos (Ayesta, 2002). La vía dopaminérgica nigro-estriatal que se dirige al caudado-putamen podría participar en la sensibilización y en el estrés; asimismo, el *locus ceruleus* juega un papel relevante en los síndromes de abstinencia que se observan con algunas sustancias adictivas, como es el caso del etanol (Ayesta, 2002).

Sistema de neurotransmisión: sistema opioide, dopaminérgico y GABAérgico

Varios estudios muestran que los sistemas (de péptidos opioides, dopaminérgico, GABAérgico, serotoninérgico, glutamatérgico) en el cerebro desempeñan un papel clave en el reforzamiento del alcohol. Aunque las drogas adictivas presentan una gran diversidad molecular y actúan sobre diversos receptores y estructuras, existe un factor común a las mismas, que es la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica, crítica en el proceso de dependencia y adicción. Esta vía nace en el área tegmental ventral (ATV) y su activación durante el consumo agudo induce el incremento en la tasa de liberación de dopamina (DA) y una regulación a la alza en los niveles de adenosín monofosfato cíclico (AMPC) en el N Acc y la amígdala, áreas que se relacionan decisivamente con la recompensa y con el aprendizaje para el consumo (Fernández-Espejo, 2002). La dopamina liberada en el N Acc puede mediar parcialmente el efecto de recompensa de los opioides, el alcohol y de otra variedad de drogas de abuso (Charness, 1996).

Si bien el alcohol interactúa con diversos sistemas de neurotransmisión, su habilidad para incrementar la liberación de DA en el sistema mesolímbico dependería de su interacción con el sistema opioide endógeno, el cual tiene importantes implicaciones sobre los estados anímico y motivacional (March y Miranda-Morales, 2009). Ha sido reportado que una administración baja de alcohol produce la liberación de péptidos opioides en el hipotálamo de roedores (Gianoulakis, 1990) y en la glándula pituitaria de humanos (Gianoulakis, 1996), lo cual puede contribuir a las propiedades reforzantes del alcohol, mientras que la administración de una dosis alta produce un efecto inhibitorio sobre la liberación de estas sustancias (Herz, 1997).

Los opioides actúan sobre los receptores tipo μ , inhibiendo las interneuronas GABAérgicas y estimulando las neuronas dopaminérgicas del ATV. Las neuronas dopaminérgicas, cuyos cuerpos celulares están localizados en el ATV, tienen terminales axónicas en el N Acc que están bajo inhibición GABAérgica. Al mismo tiempo, las neuronas GABAérgica del ATV están bajo el tono inhibitorio opioide. La estimulación de los receptores opioides μ (localizados en los cuerpos celulares de las interneuronas gabaérgicas), tanto por β -endorfinas, como por encefalinas, inhiben la actividad de las neuronas GABA, produciendo una desinhibición de las neuronas dopaminérgicas incrementado así, la liberación de dopamina en el N Acc.

La liberación de β -endorfinas es estimulada por el etanol a nivel del ATV, así como en el N Acc (Gianoulakis, 2004; Olive, Koenig, Nannini y Hodge, 2001; Rasmussen, Bryant, Boldt, Colasurdo, Levin y Wilkinson, 1998). Algunos estudios han investigado la acción de los opioides en el ATV y N Acc. Ambas regiones contienen altos niveles de receptores μ , δ y κ . La administración sistémica aguda

de opioides a ratas excita las neuronas dopaminérgicas del ATV. Estudios más recientes de cortes cerebrales *in vitro* muestran que dicha activación representa un efecto indirecto de opioides; probablemente los opioides por la vía de activación de los receptores μ , inhiben directamente las neuronas GABAérgicas en el ATV, por eso se reduce la influencia inhibitoria de estas células en las neuronas dopaminérgicas (Harris y Nestler, 1993).

Sistema serotoninérgico

El alcohol también produce un incremento en la liberación de serotonina (5-HT) en el cerebro (Schuckit, 2000), pero su administración crónica tiende a decrementar la cantidad de serotonina almacenada en el cerebro. El núcleo dorsal del Rafé es especialmente importante en este fenómeno. La serotonina no participa directamente en la motivación-recompensa, pero ejerce influencia a través de sus efectos sobre el sistema dopaminérgico. La aplicación de 5-HT en las neuronas dopaminérgicas del ATV aumenta su tasa de disparo *in vitro*, un efecto que se atribuyó a la acción de 5-HT sobre los receptores 5-HT₂ (Pessia, Jiang, Alan North y Johnson, 1994).

Los receptores 5-HT que más a menudo se han asociado con trastornos adictivos son 5-HT_{1A}, 5-HT_{1B} y 5-HT_{2A}. El receptor 5-HT_{2C} es el único receptor que cuando se estimula inhibe muchas conductas relacionadas con la adicción (Muller y Huston, 2006). El componente más estudiado y al parecer más importante del sistema serotoninérgico que influye en la motivación-recompensa es el receptor 5-HT_{1B}, un receptor acoplado a Gi que puede encontrarse en las terminales axónicas de muchos tipos de neurona.

Las terminales axónicas de neuronas GABAérgicas que se proyectan desde la corteza del N Acc al ATV contienen receptores 5-HT_{1B} que cuando se activan inhiben la liberación de GABA, el cual se libera en el ATV inhibiendo las neuronas dopaminérgicas locales. La inhibición de la liberación de GABA desinhibe las neuronas dopaminérgicas mesolímbica potenciando con ello el incremento de los efectos de la DA en el consumo de cocaína (David, Segu, Buhot, Ichaye y Cazala, 2004; Guan y McBride, 1989; O'Dell y Parsons, 2004; Yan, Zheng y Yan, 2004) y otras sustancias gratificantes. La sobrerregulación de receptores 5-HT_{1B} en las terminales axónicas de las neuronas GABAérgicas de la corteza del N Acc, podría contribuir a la vulnerabilidad de una persona a desarrollar un trastorno adictivo (Bonci, Bernardi, Grillner y Mercuri, 2003).

Sistema glutamatérgico

El receptor NMDA es uno de los principales receptores del glutamato, el principal neurotransmisor excitador cerebral. Carboni, Isola, Gessa y Rossetti (1993) encontraron que la administración aguda de etanol reduce los niveles de gluta-

mato extracelular en el estriado, el cual contiene al N Acc, entre otras estructuras, suprimiendo las señales de transmisión mediadas por el glutamato en el núcleo central de la amígdala, un efecto que es incrementado después de la exposición crónica al alcohol (Roberto, Schweitzer, Madamba, Stouffer, Parsons y Siggins, 2004). El etanol potencia la acción del GABA y antagoniza la acción del glutamato (Ayesta, 2002). Los disparos en neuronas DA mesencefálicas dependen de las aferencias excitatorias, que activan receptores ionotrópicos glutamatérgicos de células DA (Darracq, Blanc, Glowinski y Tassin, 1998; Jones y Mobley, 2000; Kitai, Shepard, Callaway y Scroggs, 1999).

Adicionalmente, el alcohol afecta la transmisión de glutamato probablemente alterando las funciones de ambos receptores NMDA (Lovinger, White y Weight, 1989) y otro subtipo de receptores conocidos como receptores metabotrópicos de subtipo 5 de glutamato (mGluR5) (Blednov y Harris, 2008). La participación de los receptores NMDA en el alcoholismo es especialmente interesante porque también desempeñan un papel en la plasticidad neuronal, un proceso caracterizado por la reorganización neural que probablemente contribuye a hiper-excitabilidad y el deseo compulsivo (*craving*) durante el síndrome de abstinencia alcohólica (Pulvirenti y Diana, 2001).

Consumo de alcohol en humanos: efectos conductuales y neurológicos

Los efectos del alcoholismo en el cerebro son diversos y están influidos por un amplio rango de variables (Parsons, 1996), como son la cantidad de alcohol consumida, la edad en que la persona empezó a beber, la duración, la edad del paciente, el nivel de educación, el género, los antecedentes genéticos, si son o no familiares de alcohólicos y neuropsiquiátricos; también se tienen a factores de riesgo tales como la exposición de alcohol antes del nacimiento y el estado de salud general (Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).

Los efectos del alcohol sobre el sistema nervioso central pueden subdividirse en tres principales categorías: 1) los efectos de una intoxicación aguda (borrachera, encefalopatía aguda y accidente cerebrovascular); 2) los efectos de la abstinencia, la tolerancia y etanol (delirium tremens y convulsiones), y 3) las manifestaciones retardadas del consumo crónico de alcohol (degeneración cerebelar, encefalopatía de Wernicke y demencia) (véanse Uldry, Bogousslavsky y Regli, 1992). De esta manera, múltiples procesos como la sensibilización, la tolerancia y la neuroadaptación contribuyen al incremento de la motivación de la búsqueda de drogas durante el desarrollo de la dependencia.

Sensibilización se refiere a un aumento en el valor de refuerzo de las drogas después de exposiciones repetidas. La tolerancia es cuando se produce una disminución de la eficacia de los efectos de la droga por lo que el individuo requiere gradualmente dosis más elevadas de alcohol para producir el mismo efecto. Una vez que ha ocurrido la neuroadaptación, la eliminación de alcohol en el organis-

mo provoca un síndrome de abstinencia (Gilpin y Koob, 2008). El espectro de síntomas de abstinencia al alcohol oscila entre síntomas menores como insomnio y temblor hasta complicaciones severas como convulsiones y *delirium tremens* (Ba-yard, McIntyre, Hill y Woodside, 2004).

Tolerancia y abstinencia son fenómenos neuroadaptativos que ocurren con las exposiciones repetidas a determinadas sustancias, sean éstas adictivas o no. Su importancia reside en eso: ser uno o varios mecanismos adaptativos, los cuales, según qué efecto produzcan, se manifiestan en mayor o menor medida. Ambos fenómenos pueden aparecer conjuntamente, lo que sugiere que probablemente compartan algunos de sus mecanismos (Ayesta, 2002). La tolerancia conduce a modificaciones de uso de drogas para obtener los efectos deseados, por ejemplo, incrementando la dosis, reduciendo los intervalos entre dosis, o ambos (Hyman y Malenka, 2001; Nestler, 2001; Shalev, Grimm y Shaham 2002). Los efectos fisiológicos de la abstinencia en humanos y roedores suelen durar hasta 48 horas después de la terminación de la exposición al alcohol e incluyen convulsiones, alteraciones motoras y disturbios autonómicos: sudoración, mayor ritmo cardiaco e inquietud (Isbell, Fraser, Wikler, Belleville y Eiserman, 1955; Majchrowicz, 1975).

La abstinencia obliga a los adictos a reanudar el uso de drogas para prevenir o reducir la disforia y diversos síntomas físicos. La tolerancia y la abstinencia aumentan la búsqueda compulsiva de la droga y el consumo de drogas, que son esenciales en el mantenimiento de la adicción (Hyman y Malenka, 2001; Nestler, 2001; Shalev *et al.*, 2002). Sin embargo, la sensibilización también es importante. Se asocia con una larga duración a cambios adaptativos en los patrones de expresión de genes de los sistemas de dopamina mesolímbico terminal (Nestler, 2001). La sensibilización conductual puede persistir durante semanas o meses y es aumentada por señales ambientales, por ejemplo personas, lugares o parafernalía asociada con el uso de drogas en el pasado (Hyman y Malenka, 2001); estas señales y la sensibilización contribuyen a la reincidencia.

Otro de los problemas del consumo crónico de alcohol es un síndrome grave, conocido como *Encefalopatía de Wernicke*, que es un síndrome neuropsiquiátrico resultante de la deficiencia de tiamina, en la que se produce una disfunción neurocognoscitiva cerebelar, causada por la desconexión de vías cerebelo-cerebrales y, sobre todo, potencialmente fatal. La resonancia magnética es sensible a la detección de lesiones relacionadas con dicha enfermedad, observándose daño en órganos septales, la materia gris periacueductal, el tálamo y el colliculo (Sullivan y Pfefferbaum, 2009).

Implicaciones conductuales y neurológicas del consumo humano

Beber en exceso puede conducir a cambios estructurales del cerebro, algunos de ellos permanentes y algunos otros reversibles. Incluso, alcohólicos que no tengan

ningún problema neurológico o hepático específico muestran signos de daño regional cerebral y disfunción cognoscitiva. La exposición crónica a altas dosis de alcohol puede provocar profundos cambios en la morfología, la proliferación y la supervivencia de las neuronas. Por ejemplo, nuevas neuronas se generan constantemente desde las células madre neuronales a lo largo de la vida de un organismo. En ratas alcohólicas, sin embargo, la proliferación de las células madre y la supervivencia de las neuronas producidas a partir de dichas células madre durante la exposición de alcohol se reducen (Nixon y Crews, 2002).

Actualmente se utilizan técnicas de neuroimagen para mostrar que los seres humanos dependientes al alcohol tienen volúmenes pequeños de amígdala, comparados con las personas no dependientes, y ese menor volumen de amígdala es predictivo para la posterior recaída al alcohol (Wrase, Makris, Braus, Mann, Smolka, Kennedy *et al.* 2008). Métodos electromagnéticos como potenciales a eventos relacionados (ERP) y magnetoencefalografía (MEG) han confirmado que el alcohol ejerce efectos deletéreos en varios niveles del sistema nervioso. Estos efectos incluyen un deterioro de las funciones inferiores del encéfalo, resultando en comportamientos y síntomas como mareos, movimiento involuntario del ojo e inseguridad al andar, así como deterioro de funciones de orden superior como solución de problemas, memoria y emoción (Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).

Conclusiones

El abuso y la dependencia al alcohol se encuentran entre los problemas de salud más costosos del mundo. Una de las causas es el daño a la salud que produce dicha sustancia, lo cual repercute en los ámbitos familiar, social, laboral y económico. El consumo de alcohol parece depender de diversos factores, entre los cuales destacan la dosis utilizada, la ruta de administración, la concentración de alcohol ingerida y las propiedades gustativas de los fluidos consumidos. Finalmente, como recién se ha señalado, afecta y altera al sistema nervioso central, produciendo la recaída o el consumo excesivo.

La investigación básica sobre estos fenómenos de consumo excesivo, como es el caso del alcohol, contribuyen a comprender las variables conductuales y fisiológicas implicadas, así como el papel que juegan en el desarrollo de preferencias por sustancias que tienen una motivación originada en la experiencia y el aprendizaje. Un problema de salud como el consumo crónico y excesivo de alcohol requiere soluciones que incluyan formas de prevención que pueden estar en manos de los propios consumidores. En la medida en que cada persona pueda identificar y manejar apropiadamente sus niveles de consumo de sustancias tóxicas y conozca las consecuencias de los excesos, previsiblemente tendrá mayores posibilidades de decidir sus hábitos de consumo.

Referencias

- Achagiotis, C. L., A. M. Poussard y J. Louis-Sylvestre (1990), "Alcohol Drinking, Food and Fluid Intakes and Body Weight Gain in Rats", *Physiology & Behavior*, 47, pp. 545-548.
- American Psychiatric Association (1994), "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", Vol. 4. Washington.
- Ayesta, F. J. (2002), "Bases Bioquímicas y Neurobiológicas de la Adicción al Alcohol", *Adicciones*, 14, pp. 63-78.
- Bayard, M., J. McIntyre, K. R. Hill y J. Woodside (2004), "Alcohol Withdrawal Syndrome", *American Family Physician*, 69, pp. 1443-1450.
- Blednov, Y. A. y R. A. Harris (2008), "Metabotropic Glutamate Receptor (mGluR5) Regulation of Ethanol Sedation, Dependence and Consumption: Relation to Acamprosate Actions", *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1, pp. 1-19.
- Bonci, A., G. Bernardi, P. Grillner y N. B. Mercuri (2003), "The Dopamine Containing Neuron: Maestro or Simple Musician in the Orchestra of Addiction?", *Trends in Pharmacology Science*, 24, pp. 172-177.
- Capaldi, E. D. (1996), "*Why We Eat What We Eat: The Psychology of Eating*", Washington: American Psychological Association.
- Carboni, S., R. Isola, G. L. Gessa y Z. L. Rossetti (1993), "Ethanol Prevents the Glutamate Release Induced by *N*-methyl- D-aspartate in the Rat Striatum", *Neuroscience Letters*, 152, pp. 133-136.
- Charness, M. (1996), "Ethanol Regulation of the Delta-opioid Receptor Gene. En el Simposium: The Neurobiology of Ethanol-opioid Interaction in Ethanol Reinforcement", *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 8, pp. 181A-186A.
- Corominas, M., C. Roncero, E. Bruguera y M. Casas (2007), "Sistema Dopaminérgico y Adicciones", *Revista de Neurología*, 44, pp. 23-31.
- Cortéz, M. (2012), "Panorama Epidemiológico de las Adicciones en México 2010", *Epidemiología en Breve*, 1, pp. 1-8.
- Darracq, L., G. Blanc, J. Glowinski y J. P. Tassin (1998), "Importance of the Noradrenaline-dopamine Coupling in the Locomotor Activating Effects of D-amphetamine", *Journal of Neuroscience*, 18, pp. 2729-2739.
- David, V., L. Segu, M. C. Buhot, M. Ichaye y P. Cazala (2004), "Rewarding Effects Elicited by Cocaine Microinjections into the Ventral Tegmental Area of C57BL/6 Mice: Involvement of Dopamine D(1) and Serotonin(1B) Receptors", *Psychopharmacology*, 174, pp. 367-375.
- Fernández-Espejo, E. (2002), "Bases Neurológicas de la Drogadicción", *Review of Neurology*, 34, pp. 659-664.
- Gianoulakis, C. (1990), "Characterization of the Effect of Acute Ethanol Admi-

- nistration on the Release of β -endorphin Peptides by the Rat Hypothalamus”, *European Journal of Pharmacology*, 180, pp. 21-29.
- , (2004), “Endogenous Opioids and Addiction to Alcohol and other Drugs of Abuse”, *Current Topics in Medicinal Chemistry*, 4, pp. 39-50.
- Gianoulakis, Ch., B. Krishnan y J. Thavundayil (1996), “Enhanced Sensitivity of Pituitary β -endorphine to Ethanol in Subjects at High Risk of Alcoholism”, *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 250-257.
- Gilpin, N. y G. Koob (2008), “Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms”, *Alcohol Research & Health*, 31, pp. 185-195.
- Guan, X. M. y W. J. McBride (1989), “Serotonin Microinfusion into the Ventral Tegmental Area Increases Accumbens Dopamine Release”, *Brain Research Bulletin*, 23, pp. 541-547.
- Harris, H. W. y E. J. Nestler (1993), “Opiate Regulation of Signal-transduction Pathways”, En R. P. Hammer (Ed.), *The Neurobiology of Opiates* pp. 331-333. Florida, CRC Press.
- Herz, A. (1997), “Endogenous Opioid System and Alcohol Addiction”, *Psychopharmacology*, 192, pp. 99-111.
- Hyman, S. E. y R. C. Malenka (2001), “Addiction and the Brain: The Neurobiology of Compulsion and its Persistence”, *Nature Reviews Neuroscience*, 2, pp. 695-703.
- Isbell, H., H. F. Fraser, A. Wikler, R. E. Belleville y A. J. Eiserman (1955), “An Experimental Study of the Etiology of ‘Rum Fits’ and Delirium Tremens”, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, pp. 1-33.
- Jones, D. L. y C. C. Mobley (2000), “Treatment of Nicotine Addiction”, *Texas Dental Journal*, 117, pp. 26-32.
- Kahn, M. y E. Stellar (1960), “Alcohol Preference in Normal and Anosmic Rats”, *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 53, pp. 571-575.
- Kitai, S. T., P. D. Shepard, J. C. Callaway y R. Scroggs (1999), “Afferent Modulation of Dopamine Neuron Firing Patterns”, *Current Opinion of Neurobiology*, 9, pp. 690-697.
- Lovinger, D. M., G. White y F. F. Weight (1989), “Ethanol Inhibits Nmda-activated Ion Current in Hippocampal Neurons”, *Science*, 243, pp. 1721-1724.
- Majchrowicz, E. (1975), “Induction of Physical Dependence upon Ethanol and the Associated Behavioral Changes in Rats”, *Psychopharmacology*, 43, pp. 245-254.
- March, S. y R. Miranda-Morales (2009), “Problemas Relacionados al Alcohol: Bases Neurobiológicas del Consumo de Alcohol y Modelos Animales Desarrollados para el Abordaje de estas Problemáticas”, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1, pp. 36-50.
- Meisch, R. A. (1984), “Alcohol Self-Administration by Experimental Animals”, En R. G. Smart, H. D. Cappell, F. B. Glaser, e Israel, H. Kalant, R. E. Popham, et al. (Eds.), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Vol. 8*, pp.

- 23-45. Nueva York, Plenum Press.
- Nestler, E. J. (2001), "Molecular Neurobiology of Addiction", *American Journal of Addiction*, 10, pp. 201-217.
- Martínez, H. e I. L. Gómez (2009), "Modelos Experimentales para el Estudio de la Conducta Alimentaria", En E. Matute (Ed.), *Cerebro: Conducta y Cognición* pp. 71-107. México, Universidad de Guadalajara.
- , y R. B. Urzúa (en revisión), "Inducción al Alcohol, Restricción de Comida y Disponibilidad de Alcohol: Efectos sobre Comer, Beber y Peso Corporal en Ratas".
- Muller, C. P. y J. P. Huston (2006), "Determining the Region-specific Contributions of 5-HT Receptors to the Psychostimulant Effects of Cocaine", *Trends in Pharmacology Science*, 27, pp. 105-112.
- Nixon, K. y F. T. Crews (2002), "Binge Ethanol Exposure Decreases Neurogenesis in Adult Rat Hippocampus", *Journal of Neurochemistry*, 83, pp. 1087-1093.
- O'Dell, L. E. y L. H. Parsons (2004), "Serotonin1B Receptors in the Ventral Tegmental Area Modulate Cocaine-induced Increases in Nucleus Accumbens Dopamine Levels", *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 311, pp. 711-719.
- Olive, M. F., H. N. Koenig, M. A. Nannini y C. W. Hodge (2001), "Stimulation of Endorphin Neurotransmission in the Nucleus Accumbens by Ethanol, Cocaine, and Amphetamine", *The Journal of Neuroscience: The official Journal of the Society for Neuroscience*, 21, RC184.
- Oscar-Berman, M. y K. Marinkovic (2003), "Alcoholism and the Brain: An Overview". *Alcohol Research & Health*, 27, pp. 125-133.
- Ordaz, N. (2006), "Análisis de la Conducta Alimentaria en Ratas Albinas (*Rattus Norvegicus*): Efectos del Sabor sobre el Consumo de Comida, Agua y Peso Corporal después de un Periodo de Privación", Tesis de Maestría no Publicada. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara/Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento.
- Ordaz, N., A. López-Espinoza, y H. Martínez (2005), "Efectos de la Modificación del Contexto en el Consumo de Agua y Alimento Durante un Estado de Saciedad en Ratas", *Universitas Psychologica*, 4, pp. 151-160.
- Parsons, O. A. (1996), "Alcohol Abuse and Alcoholism", En S. J. Nixon (Ed.), *Neuropsychology for Clinical Practice* pp. 175-201, Washington, American Psychological Press.
- Pessia, M., Z. G. Jiang, R. Alan North y S. W. Johnson (1994), "Actions of 5-Hydroxytryptamine on Ventral Tegmental Area Neurons of the Rat in Vitro", *Brain Research*, 654, pp. 324-330.
- Piazza, C. C., M. R. Patel, C. M. Santana, H. L. Goth, M. D. Delia y M. L. Blake, (2002), "An Evaluation of Simultaneous and Sequential Presentation of Preferred and No Preferred Food to Treat Food Selectivity", *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, pp. 259-270.

- Pulvirenti, L. y M. Diana (2001), "Drug Dependence as a Disorder of Neural Plasticity: Focus on Dopamine and glutamate", *Neuroscience Review*, 12, pp. 41-59.
- Rasmussen, D. D., C. A. Bryant, B. M. Boldt, E. A. Colasurdo, N. Levin y C. W. Wilkinson (1998), "Acute Alcohol Effects on Opiomelanocortinergic Regulation", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, pp. 789-801.
- Richter, C. P. (1926), "A Study of the Effect of Moderate Doses of Alcohol on the Growth and Behavior of the Rat", *Journal of Experimental Zoology*, 44, pp. 397-418.
- , (1953), "Alcohol, Beer and Wine as Foods", *Quarterly Journal Studies on Alcohol*, 14, pp. 525-539.
- Roberto, M., P. Schweitzer, S. G. Madamba, D. G. Stouffer, L. H. Parsons y G. R. Siggins (2004), "Acute and Chronic Ethanol Alters Glutamatergic Transmission in Rat Central Amygdala: An *in vitro* and *in vivo* Analysis", *Journal of Neuroscience*, 24, pp. 1594-1603.
- Schuckit, M. A. (2000), *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Secretaría de Salud (2011), *"Informe Histórico de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones 1983-2010"*, México, Autor.
- Self, D. W. y E. J. Nestler (1995), "Molecular Mechanisms of Drug Reinforcement and Addiction", *Annual Review of Neuroscience*, 18, pp. 463-495.
- Shalev, U., J. W. Grimm y Y. Shaham (2002), "Neurobiology of Relapse to Heroin and Cocaine Seeking: a Review", *Pharmacology Reviews*, 54, pp. 1-42.
- Sonderpalm, A. H. y S. Hansen (1999), "Alcohol Alliesthesia: Food Restriction Increases the Palatability of Alcohol through a Corticosterone-dependent Mechanism", *Physiology and Behavior*, 67, pp. 409-415.
- Sullivan, E. V. y A. Pfefferbaum (2009), "Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff Syndrome", *Alcohol Alcoholism*, 44, pp. 155-165.
- Tempel, A., E. Gardner y R. Zukin (1984), "Visualization of Opiate Receptor Upregulation by Light Microscopy Autoradiography", *Proceedings of the National Academy of Science*, 81, pp. 3893-3897.
- Uldry, P. A., J. Bogousslavsky y F. Regli (1992), "Main Involvement of the Central Nervous System in Alcoholism", *Schweizerische Rundschau Fur Medizin Praxis*, 81, pp. 1021-1025.
- Veale, W. y R. Myers (1969), "Increased Alcohol Preference in Rats Following Repeated Exposures to Alcohol", *Psychopharmacology*, 15, pp. 361-372.
- Weiss, F. y L. Porrino (2002), "Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges", *Journal of Neuroscience*, 22, pp. 3332-3337.
- Wrase, J., N. Makris, D. F. Braus, K. Mann, M. N. Smolka, D. N. Kennedy y A. Heinz (2008), "Amygdala Volume Associated with Alcohol Abuse Relapse

- and Craving”, *American Journal of Psychiatry*, 165, pp. 1179-1184.
- Yan, Q. S., S. Z. Zheng y S. E. Yan (2004), “Involvement of 5-HT1B Receptors within the Ventral Tegmental Area in Regulation of Mesolimbic Dopaminergic Neuronal Activity Via GABA Mechanisms: A Study with Dual-probe Microdialysis”, *Brain Research*, 1021, pp. 82-91.
- Yeomans, M. R. (2004), “Effects of Alcohol on Food and Energy Intake in Human Subjects: Evidence for Passive and Active Over-consumption of Energy”, *British Journal of Nutrition*, 92, pp. 31-34.
- , S. Caton y M. M. Hetherington (2003), “Alcohol and Food Intake”, *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 6, pp. 639-644.
- Yoburn, B., F. Nunes, B. Adler, G. Pasternak y C. Inturrisi (1986), “Pharmacodynamic Supersensitivity and Opioid Receptor Upregulation in the Mouse”, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 239, pp. 132-135.

12. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD

Jesús Moo Estrella y Ricardo Castillo Ayuso
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Yucatán

Introducción

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, (SAOS) es considerado hoy día un problema de salud pública mundial (Mannarino, Di Filippo y Pirro, 2012; Philip *et al.*, 2010; Phillipson, 1993) que si bien puede ser detectado y tratado oportunamente, a la vez es poco atendido. Asimismo, se estima que representa un gasto dos o tres veces mayor de los recursos institucionales que se invierten en salud (Leger, Bayon, Laaban y Philip, 2011; Ronald, Delaive, Roos, Manfreda, Bahammam y Kryger, 1999).

En México, la detección y tratamiento del SAOS ha incluido la participación de hospitales y universidades que poco a poco se han sumado a su cobertura, en gran medida por el reconocimiento de los beneficios del tratamiento del SAOS en diferentes esferas de la vida de las personas, que incluyen: el mejoramiento de las condiciones médicas, el bienestar psicológico, óptimas relaciones en los ámbitos social y laboral, el desarrollo neuropsicológico y la calidad de vida en general. No obstante, el panorama actual sugiere que aún es mucho el camino por recorrer, lo cual a su vez sugiere la necesidad de formar más profesionales especializados en el estudio del sueño, reducir el tiempo y los costos del diagnóstico, así como mejorar la adhesión de los pacientes al tratamiento (de la Llata-Romero *et al.*, 2011).

Características del SAOS

Los trastornos respiratorios durante el sueño tienen como característica general la alteración del ciclo respiratorio mientras se duerme. En lo particular, la característica más sobresaliente del SAOS es la obstrucción parcial (hipoapnea) o total (apnea) de la vía aérea superior, que ocurre repetitivamente durante el sueño, que con frecuencia conlleva la reducción de la saturación de oxígeno en sangre y que culmina con breves despertares. Por definición, la hipoapnea y la apnea duran al menos 10 segundos en los adultos. La mayoría de los eventos dura entre 10 y 30 segundos, aunque en ocasiones persisten por más de un minuto. Las obstruc-

ciones pueden ocurrir en cualquier etapa del sueño, aunque son más frecuentes durante las etapas N1 y N2, así como en el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR).

En el sueño MOR los eventos respiratorios son más duraderos y presentan mayor decremento de la saturación de oxígeno, que regresa normalmente a valores basales seguido de la recuperación normal de la respiración. El ronquido entre apneas comúnmente es reportado por los compañeros de habitación, quienes además son testigos de los jadeos, el ahogamiento y los movimientos que frecuentemente interrumpen el sueño. La mayoría de los pacientes con SAOS se levantan por la mañana sintiéndose cansados y poco recuperados, a pesar del tiempo que han pasado en la cama (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Prevalencia

Hasta hace medio siglo el SAOS era desconocido y no diagnosticado. Hoy día se estima que ocurre en 4% de hombres y 2% de mujeres, además de que su prevalencia se incrementa conforme llega a la edad adulta mayor. Estudios conducidos en diferentes países, considerando un índice de hipoapnea y apnea ≤ 5 más el reporte de somnolencia diurna, indican que la prevalencia del SAOS oscila entre 2 y 10% en población abierta. En América Latina, con estos mismos indicadores, la prevalencia es de 23.5% (Torre-Bouscoulet *et al.*, 2008), teniendo a la obesidad como el principal factor de riesgo; en México, en personas obesas el SAOS suele presentarse en 98% de los casos.

Causas de SAOS

La causa directa del SAOS es el estrechamiento de la vía aérea superior durante el sueño y su origen es multifactorial. Los pacientes con SAOS tienen reducida la sección transversal de la vía aérea superior debido al abultamiento de tejido blando (lengua, paladar blando y paredes faríngeas laterales), de la anatomía craneofacial, o ambos. La permeabilidad de la vía aérea superior es dependiente de la dilatación de los músculos de la faringe, la cual decrece con el inicio del sueño. Este cambio dependiente del estado sueño-vigilia es el principal factor que contribuye a la obstrucción de la vía aérea superior (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Durante el sueño MOR se presenta una reducción en el tono y la dilatación muscular faríngea, lo que contribuye al aumento de las hipoapneas y apneas, e inclusive a que sean más pronunciadas. Los reportes de polisomnografía muestran que durante la apnea obstructiva ocurre un cese de flujo aéreo, aun cuando continúa el esfuerzo respiratorio.

El SAOS y sus implicaciones sobre la salud cuando se duerme

El SAOS es un serio trastorno del dormir que tiene implicaciones negativas sobre múltiples sistemas del organismo. Se asocia con hipertensión, diabetes y el síndrome metabólico (Rajagopalan, 2012). No obstante, su relación con las enfermedades cardiovasculares es reconocida en el mundo y en México como un problema de salud pública. De manera importante, cuando el SAOS coexiste con una cardiopatía o enfermedad isquémica del corazón, se incrementa significativamente la probabilidad de falla cardíaca (Alva, 2009).

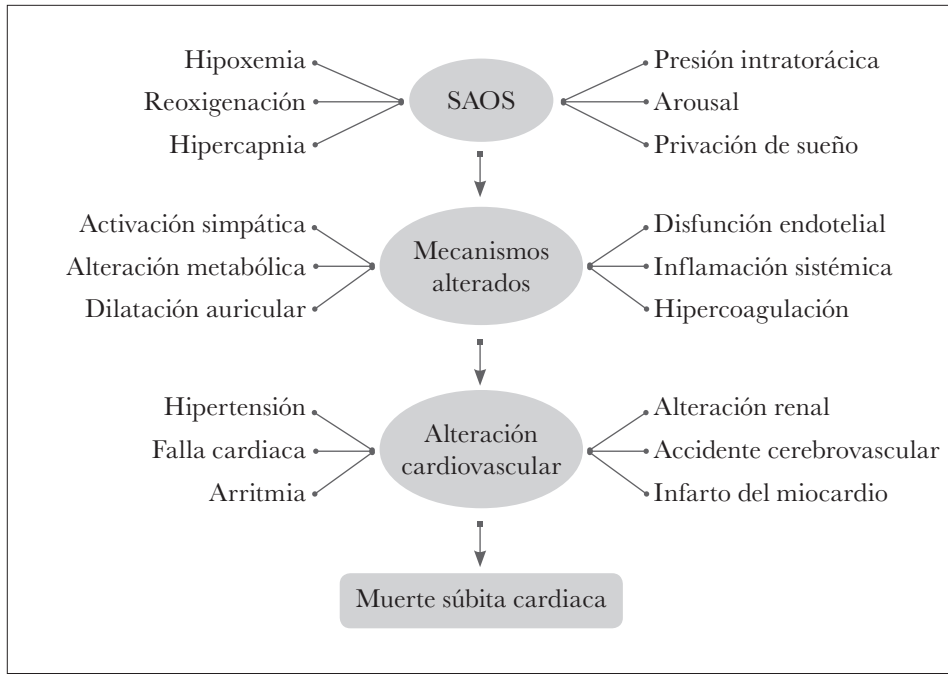
El SAOS y alteraciones cardiovasculares

El SAOS modifica el funcionamiento cardiorrespiratorio por medio de la hipoxemia, los micro despertares (*arousal*) y la presión intratorácica, entre otras, alterando los mecanismos que incluyen al metabólico, la actividad simpática, la inflamación sistémica, la dilatación auricular derecha, etcétera (figura 1), que conllevan alteraciones cardiovasculares e incrementan la muerte súbita cardíaca (Das y Khan, 2012; Torre-Bouscoulet, Meza-Vargas, Castorena-Maldonado y Pérez-Padilla, 2008). Tal como se muestra en la figura 1, el SAOS desencadena una serie de mecanismos que llevan a la alteración cardiovascular, incrementado el riesgo de muerte súbita durante la noche.

Hipoxemia. La disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial se conoce como *hipoxemia*, que es una condición muy frecuente en los pacientes con SAOS. Los periodos intermitentes de hipoxemia y retención de CO₂ es capaz de alterar la respuesta hemodinámica y autonómica del sueño en dichos pacientes. Los periodos agudos de hipoxemia pueden activar los mecanismos patofisiológicos que conducen a los eventos cardíacos nocturnos agudos (Foster, Poulin y Hanly, 2007).

Activación simpática. Los eventos obstructivos durante el sueño son terminados mediante la activación simpática o *arousal*, los cuales se acompañan con el incremento en ésta (Schulz, 2010). Las causas de la sobreactivación simpática sigue siendo incierta (Fletcher, 2003), aun cuando datos obtenidos tanto en animales como humanos sugieren que el ciclo intermitente de hipoxia (CIH) derivado del SAOS puede ser el puente para explicar la relación entre la obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño y la activación simpática que se mantiene inclusive durante la vigilia (Gilmartin, Lynch, Tamisier y Weiss, 2010). La sobreactivación del sistema nervioso simpático explica en parte la presión arterial elevada que se observa en los pacientes con SAOS (Charkoudian y Rabbitts, 2009).

Figura 1. Relación entre el SAOS y la muerte súbita cardiaca.



Alteraciones sistémicas. Las alteraciones sistémicas son provocadas por el sobreesfuerzo ventilatorio que se genera en la lucha por respirar con una vía aérea obstruida. El esfuerzo inspiratorio para liberar la resistencia de la vía aérea durante el sueño puede ser mayor a la disnea que ocurre con el esfuerzo físico intenso en vigilia (Banzett, Pedersen, Schwarstein y Lansing, 2008). La presión intratorácica aumenta los gradientes transmurales, afectando la función de las aurículas, favoreciendo el crecimiento ventricular (Altintas, 2012; Baguet *et al.*, 2010; Wachter *et al.*, 2012) y el riesgo de disección aórtica (Hata *et al.*, 2012; Inami, Seino y Mizuno, 2012).

Hipertensión arterial. El SAOS se asocia con muchas enfermedades cardiovasculares, incluyendo arritmias e hipertensión (Doonan *et al.*, 2011; Haas *et al.*, 2005; Lurie, 2011a; Nieto *et al.*, 2000). El SAOS aumenta tres veces más el riesgo de hipertensión, independiente de la obesidad y otras comorbilidades (Peppard, Young, Palta y Skatrud, 2000). Por el contrario, el SAOS puede estar presente en 70% de los pacientes detectados inicialmente con hipertensión arterial resistente (Goncalves *et al.*, 2007; Logan *et al.*, 2001). La hipoxia intermitente, la estimulación de los quimiorreceptores, la activación simpática y del sistema renina-angiotensina se proponen como los principales mecanismos que relacionan el SAOS con la hipertensión (Das y Khan, 2012; Pedrosa, Krieger, Lorenzi-Filho

y Drager, 2011). Los cambios de presión intratorácica conducen a la activación excesiva del mecanismo del estrés sobre el corazón y las paredes de las arterias; la activación refleja simpática inducida por estos cambios genera aumentos repetitivos de la presión sanguínea (Kohler y Stradling, 2010).

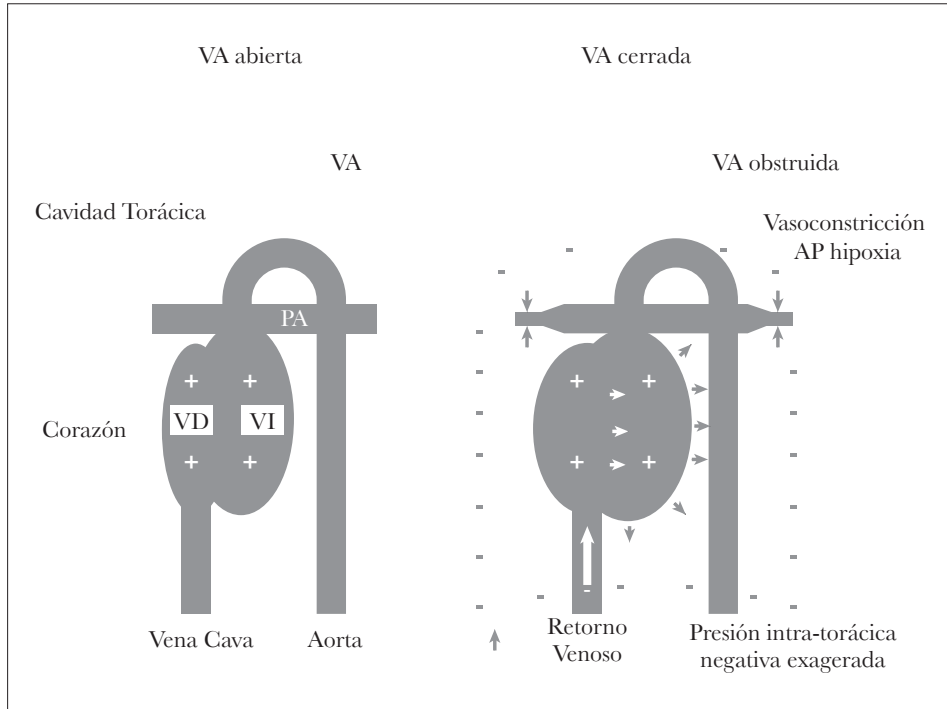
Disfunción endotelial. El endotelio se encuentra estratégicamente ubicado en la sangre y los tejidos, cuya disfunción indica una pérdida de las funciones homeostáticas de los vasos sanguíneos (Díaz Juárez y Flores Echavarría, 2006; Lurie, 2011b). En los pacientes con SAOS las hipoxias intermitentes conducen a los *arousal* y la desaturación de oxígeno/reoxigenación, facilitando la inflamación y el estrés oxidativo, que a su vez reducen la concentración de óxido nítrico, contribuyendo a la disfunción endotelial y en consecuencia a las alteraciones cardiovasculares (Lavie, 2012; Lui, Lam e Ip, 2012).

Cambios de presión intratorácica. El cierre de la vía aérea superior en los episodios de apneas genera cambios abruptos y repetitivos del esfuerzo inspiratorio, produciendo cambios negativos de presión intratorácica, que incrementan los gradientes transmurales a través de la aurícula, ventrículos y la arteria aorta (Baguet *et al.*, 2011; Saruhara *et al.*, 2012). De esta forma, los cambios de presión intratorácica provocan inestabilidad autonómica y hemodinámica, contribuyendo así al desarrollo de la fibrilación auricular y a falla cardíaca en los pacientes con SAOS (Gami y Somers, 2008; Loomba y Arora, 2012; Penzel *et al.*, 2012).

Isquemia del miocardio. La isquemia del miocardio es una condición en la que el flujo de sangre coronaria no es suficiente para mantener el metabolismo aeróbico del miocardio, instaurándose un metabolismo anaeróbico y en último término la muerte celular por falta de oxígeno. El SAOS precipita la isquemia del miocardio o IM (Kasai, 2012; Kim, Kuklov, Kehoe y Crystal, 2008; Verrier, Muller y Hobson, 1996), incrementando significativamente la probabilidad de muerte cardíaca súbita observada en las pacientes con SAOS (Lee *et al.*, 2011). La reoxigenación post-apneica y las hipoxias intermitentes son causas posibles de la isquemia del miocardio (Kasai, 2012; Kawanishi *et al.*, 2009).

Insuficiencia cardíaca. La disfunción diastólica y la insuficiencia cardíaca sistólica se encuentran muy relacionadas con el SAOS. Los eventos obstructivos pueden ocurrir cientos de veces durante el sueño, y en cada uno de ellos la presión intratorácica inspiratoria negativa ocasionada por la vía aérea (VA) superior ocluida aumenta la insuficiencia cardíaca en los pacientes con SAOS (véase la *Criterios diagnósticos para la apnea obstructiva en adultos*

Figura 2. Durante el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), la presión torácica negativa generada contra la vía aérea (VA) superior ocluida, aumenta la presión transmural (presión intracardiaca menos la intratorácica) y la postcarga del ventrículo izquierdo (VI). De igual forma aumenta el retorno venoso que incrementa la precarga del ventrículo derecho (VD). Por su parte, la hipoxia inducida por el SAOS causa vasoconstricción de la arteria pulmonar (AP) e hipertensión pulmonar. La distensión del VD y el desplazamiento hacia la izquierda del septum interventricular durante la diástole puede dificultar la precarga y llenado del VI y el volumen sistólico, ocasionando las fallas cardíacas.



El diagnóstico del SAOS es realizado mediante polisomnografía; en el cuadro 1 se presentan los criterios diagnósticos estándar. No obstante, los esfuerzos encaminados a mejorar la eficiencia en el tiempo, costos del diagnóstico y tratamiento del SAOS, han posibilitado el desarrollo de sistemas más simplificados, como la poligrafía respiratoria (Durán-Cantolla, 2010). Estos sistemas pueden ser útiles considerando el contexto económico de países como México (Torre-Bouscoulet *et al.*, 2007), aun cuando requieren de mayor investigación sobre sus alcances y limitaciones. El tamizaje mediante cuestionarios se ha incluido también como una herramienta útil en el proceso inicial de la detección del SAOS (Jiménez-Correa, Haro, González-Robles y Velázquez-Moctezuma, 2011; Massierer *et al.*, 2012; Romero-López, Ochoa-Vázquez, Mata-Marín, Ochoa-Jiménez y Rico-Méndez, 2011).

Cuadro 1. *Criterios para el diagnóstico del SAOS.*

Criterio A
<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente se queja de episodios involuntarios de sueño durante la vigilia, de somnolencia diurna, fatiga, sueño no reparador o insomnio. 2. El paciente se despierta por falta de aire, jadeo o asfixia. 3. El compañero de cama reporta ronquidos fuertes, interrupciones en la respiración, o ambos, cuando el paciente está dormido. <p>El registro polisomnográfico presenta los siguientes indicadores:</p>
Criterios B
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cinco o más eventos respiratorios por hora (hipo apneas, apneas o arousal relacionados con el esfuerzo respiratorio) de sueño. 2. Evidencia de esfuerzo respiratorio durante todo o una parte del evento.
Criterios C
<ol style="list-style-type: none"> 1. 15 ó más eventos respiratorios por hora (hipo apneas, apneas o arousal relacionados con el esfuerzo respiratorio) de sueño. 2. Evidencia de esfuerzo respiratorio durante todo o una parte del evento.
Criterio D
<ol style="list-style-type: none"> 1. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno del dormir, por enfermedad médica, neurológico o por el uso/abuso de medicamentos u otras sustancias.

Tratamiento del SAOS y el papel de la psicología de la salud

El tratamiento de las alteraciones respiratorias del dormir incluye métodos como la cirugía o los dispositivos mandibulares (Castorena-Maldonado, Torre-Bouscoulet *et al.*, 2008; Labra, Huerta-Delgado, Gutiérrez-Sánchez, Cordero-Chacón y Basurto-Madero, 2008; Valencia-Flores *et al.*, 2004); sin embargo, el uso de presión aérea positiva continua (CPAP, por su siglas en inglés) hasta ahora es el método más eficaz para el tratamiento del SAOS (Loube *et al.*, 1999). El tratamiento del SAOS con CPAP es útil sólo para la noche que se utiliza, mejorando la condición respiratoria mientras la persona está dormida, lo que permite aumentar la eficiencia del sueño; no obstante, algunos pacientes tienen dificultades para adherirse a este tratamiento, lo que disminuye su eficacia, razón por la cual la psicología de la salud viene a jugar un papel de enorme importancia.

En este sentido, el CPAP representan un tratamiento efectivo pero con porcentajes de adhesión muy variables (Shapiro y Shapiro, 2010). El tratamiento del SAOS con CPAP reduce la presión sanguínea, las arritmias, la somnolencia diurna, mejora la función ventricular izquierda y el funcionamiento cognoscitivo. Sin embargo, el CPAP solo “cura” a los pacientes mientras lo usan y muchos de ellos tienen notoriamente una dificultad para aceptar su uso. Es por esto que el paciente con SAOS, además de recibir el tratamiento fisiológico, requiere de

intervención educativa y psicológica. La intervención en diferentes niveles parece ser clave en la adhesión al tratamiento con *CPAP*.

Factores asociados a la adhesión al CPAP

Datos sobre la adhesión al *CPAP* indican que la etapa inicial del tratamiento, al menos en la primera semana, es un periodo crítico en el cual los pacientes deciden si continuarán o no usando aquél (Aloia, Arnedt, Stanchina y Millman, 2007). Los pacientes que usan el *CPAP* en las etapas iniciales del tratamiento tienen mayor probabilidad de adherirse al tratamiento y continuar con su uso en el largo plazo (Somiah *et al.*, 2012). Esto sugiere, como requisito indispensable, identificar a los pacientes recién diagnosticados que tiene pocas probabilidades de usar el *CPAP* en las etapas iniciales del tratamiento.

De este modo, las intervenciones previas y al inicio del tratamiento con estos pacientes pueden ayudarles a aumentar la adhesión al *CPAP* y continuar su uso en el largo plazo. Los programas de educación al inicio del tratamiento del SAOS parecen ser claves para la adhesión al *CPAP* (Epstein *et al.*, 2009), si bien el uso del *CPAP* se sabe va decreciendo con el paso del tiempo (La Piana *et al.*, 2011), lo que viene a plantear la necesidad de definir el contenidos de los programas que mejoran la adhesión, incluyendo su uso en el largo plazo.

Con relación a las características del SAOS, se han identificado algunas variables asociadas con su uso. Se ha encontrado, por ejemplo, que los pacientes tienen mayor probabilidad de usar el *CPAP* cuando presentan un índice de hipo apneas y apneas más elevado, somnolencia diurna e índices bajos de la saturación de oxihemoglobina nocturna (Bollig, 2010). Probablemente la adhesión al *CPAP* en este grupo de pacientes se deba a que los efectos positivos del tratamiento son más evidentes, comparado con pacientes que presentan niveles leves o moderados de hipo apneas o apneas. En este sentido, se cree que los pacientes con índice más altos en ambas pueden distinguir mejor la reducción de los síntomas clínicos posterior al tratamiento con *CPAP*, por lo que mantienen su uso por más tiempo.

En México, además de considerar los aspectos mencionados anteriormente, se puede asegurar que la adquisición del *CPAP* es un primer obstáculo a superar, como lo sugiere un estudio realizado con 304 pacientes de un hospital de referencia pública. En éste se reporta que la mitad de estos pacientes, a quienes se les prescribió el uso del *CPAP*, no adquirió su equipo de tratamiento. Los pacientes que sí lo adquirieron (55%) fueron identificados con los índices más graves de hipo apnea y apnea, además de que contaron con el apoyo de la seguridad social para adquirir el equipo. El tiempo promedio para adquirir su equipo fue de mes y medio. No obstante, la mayoría (80%) de los pacientes que adquirió su equipo continuó con su uso, incluso hasta 34 meses después (Torre-Bouscoulet *et*

al., 2007). Por otra parte, también es importante tener en cuenta que la mitad de los pacientes que adquieren el *CPAP* se quejaron de molestias relacionadas con su uso; por ejemplo, se quejaron de congestión nasal, boca reseca o irritación en la piel. A este grupo de pacientes se le puede ayudar a mantener la adhesión al tratamiento en la medida en que reciben orientación sobre su problema, la cual se enfoca en aumentar su conocimiento sobre el funcionamiento y cuidados en el uso del *CPAP*.

Otros aspectos que se deben tomar en cuenta sobre la adhesión al tratamiento del SAOS, tiene que ver con la instrumentación de nuevas tecnologías en los equipos de *CPAP*—como por ejemplo los equipos automáticos de valoración y las unidades bi nivel—, así como el diseño y materiales utilizados en las mascarillas, que mejoran la comodidad en el paciente, haciendo más amigable el uso (Glazer Baron, Gunn, Czajkowski, Smith y Jones, 2012; Shapiro y Shapiro, 2010).

Adicionalmente al esfuerzo para identificar las características propias del SAOS, a efecto de mejorar su tratamiento, algunas investigaciones se han enfocado en las características de personalidad que pueden influir tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las alteraciones respiratorias durante el sueño (Moran, Everhart, Davis, Wuensch, Lee, Demaree *et al.*, 2011). Estas investigaciones sugieren que la hipocondriasis y la psicopatía son dos características de personalidad frecuentemente asociadas con el SAOS, y que por sí mismas modifican el funcionamiento diurno de estos pacientes (Aikens, Caruana-Montaldo, Vanable, Tadimetri y Mendelson, 1999; Ekici, Ekici, Oğuztürk, Karaboğa, Cimen y Senturk, 2012; Hayashida *et al.*, 2007).

De igual forma, los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión, también pueden ser identificados en los pacientes con alteraciones respiratorias durante el sueño. La depresión es considerada como factor independiente que incrementa la fatiga (Sforza, de Saint Hilaire, Pelissolo, Rochat e Ibanez, 2002) y la somnolencia (Pamidi, Knutson, Ghods y Mokhlesi, 2011), junto con los síntomas propios del paciente con SAOS. La identificación de las características de personalidad y del estado de ánimo y su tratamiento, adicional al tratamiento del SAOS, puede reducir por los síntomas diurnos como la fatiga y la somnolencia reportada en este grupo de pacientes (Bardwell, Ancoli-Israel y Dimsdale, 2007; Harris, Glozier, Ratnavadivel y Grunstein, 2009; Li, Huang, Chen, Fang, Liu y Wang, 2004).

Un segundo grupo de factores asociados con las características psicológicas del paciente y que repercuten en la adhesión al *CPAP* son los cognoscitivos (Poulet, Veale, Arnol, Lévy, Pepin y Tyrrell, 2009), es decir, la percepción y el significado que tienen justamente sobre el uso del *CPAP*, lo cuales juegan un papel clave en la decisión de usarlo o evitarlo (Sawyer, Deatrck, Kuna y Weaver, (2010).

Estos factores cognoscitivos incluyen el análisis que el paciente hace sobre las expectativas que tiene de los resultado, la percepción de su autoeficacia, del

apoyo social, el conocimiento específico que tiene sobre el SAOS y el *CPAP*, el balance en la toma de decisiones y la flexibilidad psicológica para la apertura al cambio (Baron, Berg, Czajkowski, Smith, Gunn y Jones, 2011; Glazer Baron *et al.*, 2012; Sawyer *et al.*, 2010; Sawyer *et al.*, 2011; Tzischinsky, Shahrabani y Peled, 2011).

En suma, los esquemas cognoscitivos juegan un papel importante en la adhesión al tratamiento del SAOS mediante el *CPAP* (Poulet *et al.*, 2009; Richards, Bartlett, Wong, Malouff y Grunstein, 2007). A continuación se presentan dos propuestas teóricas útiles para predecir la adhesión al *CPAP*.

Mensajes con encuadre positivo y negativo

Desde la teoría cognoscitiva de la salud, una manera de influir directamente en la toma de decisión para el uso de *CPAP* es mediante el encuadre de los mensajes que se les dan a los pacientes sobre el uso del *CPAP*. En este sentido, la información puede ser presentada dentro de un encuadre positivo (en términos de ganancias) o negativo (en términos de pérdidas) sobre el uso o no del *CPAP*, respectivamente (Tversky, Amos y Kahneman, 1991). La Teoría Prospectiva (TP) establece que las personas modifican su posición actual respecto de un evento, en términos de las potenciales ganancias o pérdidas. Ambas opciones no tienen el mismo peso emocional, pues la intensidad del desagrado ante una pérdida supera la intensidad del agrado por una potencial ganancia. Bajo este esquema, la TP predice que en situaciones con un punto de partida neutral, la preferencia por opciones con resultados inciertos y que implican riesgos se ve influida por el encuadre dentro del cual se presenta la información.

Si una situación actual es considerada una ganancia, la decisión es más reacia al riesgo con el fin de evitar una pérdida. Por otra parte, si la situación actual es considerada como una pérdida, la decisión se inclina a aceptar el riesgo para tratar de recuperar lo que se ha perdido. En el caso de la adhesión al *CPAP*, si los pacientes no perciben que el tratamiento sea importante o esté asociado con un tipo de pérdida, difícilmente lo usarán.

Es decir, el paciente no se adhiere cuando la información sobre el tratamiento no es coherente o no se incluyen las consecuencias por no usar el *CPAP* (Trupp, Corwin, Ahijevych y Nygren, 2012). La TP aplicada a la adhesión al tratamiento del SAOS sugiere que la toma de decisión para usar el *CPAP* se ve influida por la forma como se le presenta la información al paciente. Presentar la información en términos de consecuencias (mensajes negativos) por no usar el *CPAP* aumenta la posibilidad de la adhesión (Trupp *et al.*, 2012). En el cuadro 2 se presentan algunos ejemplos de mensajes con encuadre positivo y negativo.

Cuadro 2. *Mensajes educativos enmarcados positiva o negativamente sobre el uso del CPAP*

Mensajes positivos:
Si usted usa el CPAP al menos cuatro horas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuirá su somnolencia durante el día y le dará más energía. 2. Tendrá beneficios que puede salvar su vida. 3. Puede ayudarlo a reducir la presión arterial. 4. Disminuye el riesgo de insuficiencia cardiaca.
Mensajes negativos:
Si usted no usa el CPAP al menos cuatro horas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguirá somnoliento y sin energía. 2. No está tratando su SAOS y puede costarle la vida. 3. Pierde la oportunidad de disminuir su presión arterial. 4. Aumenta la probabilidad de empeore su insuficiencia cardiaca.

Creencias irracionales

Las creencias irracionales forman parte del modelo teórico de Ellis (1958), quien propone que las representaciones mentales y las creencias son los agentes causales del comportamiento. En este sentido, las creencias en cierto grado pueden ser racionales o irracionales; las primeras se caracterizan por pensamientos que favorecen el bienestar de la persona e incluyen pensamientos en los cuales las situaciones aversivas son evaluadas de forma flexible, tolerante y con la capacidad de aceptación de sí mismo o de la situación. Por el contrario, los pensamientos irracionales se caracterizan por estar asociados con el origen de las alteraciones emocionales, conductuales e interpersonales, que incluyen esquemas psicológicos exigentes, absolutistas e inflexibles. Los autores del presente trabajo proponemos que las creencias sobre el uso del *CPAP*, teóricamente nos predice la disposición de los pacientes para adquirir el equipo y adherirse al tratamiento. Por consiguiente, los pacientes con creencias irracionales sobre el *CPAP*, como por ejemplo: “es insoportable y terrible el *CPAP* que nunca podré usarlo”, iniciarán con una barrera psicológica que les impide aceptar la situación y ser flexibles en la posibilidad de usar paulatinamente el *CPAP*. No obstante, las creencias irracionales sobre el uso del *CPAP* pueden ser identificadas, permitiendo reorientar a los pacientes hacia pensamientos alternativos, más realistas, tolerables y flexibles. En el cuadro 3 se presenta un listado de creencias irracionales identificadas comúnmente en la práctica clínica.

Una hipótesis de trabajo futura, que tendrá que ser demostrada, es que este grupo de pacientes probablemente tenga más creencias irracionales, en parte porque las bases neuropsicológicas que sirven de plataforma para el desarrollo del pensamiento flexible, científico y realista se ven alteradas como consecuencia del SAOS.

Cuadro 3. *Creencias irracionales sobre el uso del CPAP y sus alternativas*

Creencia irracional	Alternativa
Todavía no acepto totalmente que deba usar el CPAP.	Aunque inicialmente no me gustaba la idea, decidí que voy a usar el CPAP regularmente.
Usar el CPAP es algo que a mí no me debería pasar.	Ya entendí que no hay razón para negar que el CPAP está presente en mi vida.
Usar el CPAP me hace pensar que valgo menos que los demás.	Los que usamos el CPAP tenemos el mismo valor que los demás.
Es horrible saber o pensar que tengo que usar el CPAP.	Aunque es incómodo usar el CPAP al principio, no es horrible usarlo o pensar en eso.
Es insoportable saber que tengo que usar el CPAP. BTF.	Usar el CPAP es incómodo pero no es insoportable.
Los demás me rechazarán cuando sepan que tengo que usar el CPAP.	No creo que los demás me critiquen o desapruében por usar el CPAP y si fuese así, lo seguiría usando.
Es mi culpa tener que usar el CPAP.	Tener que usar el CPAP no es algo de lo que me siento culpable, es incómodo pero me ayuda a ser más sano.
Yo no debería sentirme molesto o culparme por usar el CPAP.	Aunque alguna vez me sintiera molesto o culpable de tener que usar el CPAP, lo seguiré usando pues me conviene por salud.
Estoy molesto conmigo porque no soy como los demás que no tienen que usar el CPAP.	Aunque a diferencia de la mayoría uso el CPAP, no estoy molesto conmigo por ello.
	Otros pensamientos alternativos que pueden ayudar a paciente.
	Puedo soportar que tenga que usar el CPAP, aunque sé que puede ser difícil o incómodo.
	Realmente quisiera no usar el CPAP, pero acepto que las cosas no siempre son como yo lo deseo.
	Es desagradable y desafortunado saber que tengo que usar el CPAP, pero no es terrible.

Cambios neuropsicológicos asociados con el SAOS

Diferentes estudios indican que el SAOS altera el funcionamiento cognoscitivo, afectando procesos tales como: la atención, el alertamiento, la memoria, el rendimiento psicomotor y las funciones ejecutivas. Se cree que la somnolencia diurna y la hipoxemia asociadas con el SAOS pueden ser los factores que alteran las funciones cognoscitivas, aunque también se ha propuesto que las alteraciones comorbidas al SAOS, como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y la inactividad física, pueden ser factores más importantes que la apnea del sueño por sí misma en los cambios del funcionamiento cognoscitivo (Lim y Veasey, 2010; Sforza y Roche, 2012).

Un estudio tipo metaanálisis indica que el SAOS afecta los niveles de atención/vigilia, la memoria visual y verbal a largo plazo, las habilidades visoespaciales y construccionales, así como las funciones ejecutivas. Por otra parte, los datos parecen ser ambiguos sobre los efectos en la memoria de trabajo, memoria a corto plazo y el funcionamiento cognoscitivo global. La disminución de la atención/vigilia parece estar asociada con la fragmentación del sueño y el funcionamiento cognoscitivo global con la hipoxemia. El tratamiento del SAOS mejora la disfunción ejecutiva, la atención/vigilia, la memoria visual y verbal a largo plazo, de igual manera que el funcionamiento ejecutivo global (Bucks, Olaithe y Eastwood, 2012).

Las creencias racionales e irracionales son procesos cognoscitivos asociados con las funciones ejecutivas. La psicología ha puesto interés en las repercusiones del SAOS sobre éstas, las cuales se refieren a la capacidad de organizar, mantener en “mente” y desarrollar un objetivo, con una aproximación flexible a la solución de problemas, así como a las características individuales para adaptar las habilidades básicas a los ambientes externos complejos y cambiantes; las funciones ejecutivas se encuentran relacionadas con la actividad de la corteza prefrontal. Esta área del cerebro también es más vulnerable al SAOS, presentando cambios químicos y estructurales (Gozal, Capdevila y Kheirandish-Gozal 2008), que se relacionan con alteraciones en las funciones ejecutivas. Bajo estas condiciones disminuye la capacidad para aplicar funcionalmente las habilidades cognoscitivas, facilitando las condiciones para aparición de las creencias irracionales.

Medidas generales en el tratamiento del SAOS

La pérdida de peso es en primera instancia la recomendación más acertada para los pacientes, pues reducciones de 5 al 10% ayudan a disminuir los índices de hipo apneas y apneas, además de mejorar la sintomatología. No obstante, la disminución del peso implica un cambio en los hábitos alimenticios y en la actividad

física, que en la mayoría de los casos los pacientes no se comprometen a realizar. Puesto que es una estrategia con amplias repercusiones positivas sobre la salud, es un objetivo al que no se debe renunciar y al que se deben impulsar medidas más enérgicas para su consecución. Otras incluyen evitar los sedantes e hipnóticos que pueden agravar el problema de SAOS; asimismo, evitar el consumo de alcohol y tabaco, que favorecen y agudizan el problema del SAOS, especialmente cuando se consumen en las horas previas a dormir. Algunos pacientes presentan los eventos obstructivos sólo cuando adoptan la posición de decúbito supino, si bien todos los pacientes con SAOS presentan problemas más graves debido a esa posición; en estos pacientes se sugiere adoptar la posición lateral o elevar la cabecera de la cama (Durán-Cantolla, 2010).

Referencias

- Aikens, J. E., B. Caruana-Montaldo, P. A. Vanable, L. Tadimeti y W. B. Mendelson (1999), “MMPI Correlates of Sleep and Respiratory Disturbance in Obstructive Sleep Apnea”, *Sleep*, 22, pp. 362-369.
- Aloia, M. S., J. T. Arnedt, M. Stanchina y R. P. Millman (2007), “How Early in Treatment is PAP Adherence Established? Revisiting Night-to-night Variability”, *Behavioral Sleep Medicine*, 5, pp. 229-240.
- Altintas, N., E. Aslan, A. Helvacı y A. Malhotra (2012), “Relationship Between Obstructive Sleep Apnea Severity Index and Left Ventricular Function and Volume”, *Annals of Saudi Medicine*, 32, pp. 384-390.
- Alva, P. J. (2009), “Consecuencias Metabólicas y Cardiovasculares del Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño”, *Medicina Interna de México*, 25, pp. 116-128.
- American Academy of Sleep Medicine (2005), “*The International Classification of Sleep Disorders*”, *Diagnostic and Coding Manual* (2nd Edition) Westchester, Barone-Rochette, P. Lévy, E. Vautrin, H. Pierre, O. Ormezzano y J. L. Pepin (2010), “Left Ventricular Diastolic Dysfunction is Linked to Severity of Obstructive Sleep Apnoea”, *European Respiratory Journal*, 36, pp. 1323-1329.
- , C. Minville, R. Tamisier, F. Roche, G. Barone-Rochette, O. Ormezzano y J. L. Pepin (2011), “Increased Aortic Root Size is Associated with Nocturnal Hypoxia and Diastolic Blood Pressure in Obstructive Sleep Apnea”, *Sleep*, 34, pp. 1605-1607.
- Banzett, R. B., S. H. Pedersen, R. M. Schwarstein y R. W. Lansing (2008), “The Affective Dimension of Laboratory Dyspnea. Air Hunger is More Unpleasant than Work/effort”, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, pp. 1384-1390.

- Bardwell, W. A., S. Ancoli-Israel y J. E. Dimsdale (2007), "Comparison of the Effects of Depressive Symptoms and Apnea Severity on Fatigue in Patients with Obstructive Sleep Apnea: A Replication Study", *Journal of Affective Disorders*, 97, pp. 181-186.
- Baron, K. G., C. A. Berg, L. A. Czajkowski, T. W. Smith, H. E. Gunn y C. R. Jones (2011), "Self-efficacy Contributes to Individual Differences in Subjective Improvements Using CPAP", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 599-606.
- Bollig, S. M. (2010), "Encouraging CPAP Adherence: It is Everyone's Job", *Respiratory Care*, 55, pp. 1230-1239.
- Bucks, R. S., M. Olaithe y P. Eastwood (2012), "Neurocognitive Function in Obstructive Sleep Apnea—A Meta-review", *Respirology*, 17 (Published Online: 23 August 2012).
- Castorena-Maldonado, A., L. Torre-Bouscoulet, S. Meza-Vargas, J. C. Vázquez-García, E. López-Escárcega y R. Pérez-Padilla (2008), "Preoperative Continuous Positive Airway Pressure Compliance in Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Assessed by a Simplified Approach", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72, pp. 1795-800.
- Charkoudian, N. y J. A. Rabbitts (2009), "Sympathetic Neural Mechanisms in Human Cardiovascular Health and Disease", *Mayo Clinical Proceedings*, 84, pp. 822-830.
- Das, A. M. y M. Khan (2012), "Obstructive Sleep Apnea and Stroke", *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 10, pp. 525-535.
- De la Llata-Romero, M., A. Castorena-Maldonado, M. Corsi-Cabrera, M. Díaz, R. Haro-Valencia, A. Jiménez-Genchi y J. Velazquez-Moctezuma (2011), "Sleep Medicine: Development, Contributions and Perspectives: Report of the Work Group on Sleep Medicine", *Revista de Investigación Clínica*, 63, pp. 90-99.
- Díaz Juárez, J. A. y R. Flores Echavarría (2006), "Disfunción Endotelial: Aspectos Fisiológicos y Clínicos del Endotelio", *Revista de Ciencias Clínicas*, 7, pp. 64-72.
- Doonan, R. J., P. Scheffler, M. Lalli, R. J. Kimoff, E. T. Petridou, M. E. Daskalopoulo y S. S. Daskalopoulo (2011), "Increased Arterial Stiffness in Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review", *Hypertension Research*, 34, pp. 23-32.
- Durán Cantolla, J. (2010), "Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño". En L. A. Arata y C. M. Franceschini (Eds.) *Ventilación Mecánica* (pp. 168-177). Buenos Aires, Journal.
- Ekici, A., M. Ekici, O. Oğuztürk, I. Karaboğa, D. Cimen y E. Senturk (2012), "Personality Profiles in Patients with Obstructive Sleep Apnea", *Sleep and Breathing*, 16 (Published Online: 25 March 2012).

- Ellis, A. (1958), "Rational Psychotherapy", *Journal of General Psychology*, 59, pp. 35-49.
- Epstein, L.J., D. Kristo, P.J. Strollo, N. Friedman, A. Malhotra, S. P. Patil y M. D. Weinstein (2009), "Clinical Guideline for the Evaluation, Management and Long-term Care of Obstructive Sleep Apnea in Adults", *Journal of Clinical Sleep*, 5, pp. 263-276.
- Fletcher, E. C. (2003), "Sympathetic Over Activity in the Etiology of Hypertension of Obstructive Sleep Apnea", *Sleep*, 1, pp. 15-19.
- Foster, G. E., M. J. Poulin y P. J. Hanly (2007), "Intermittent Hypoxia and Vascular Function: Implications for Obstructive Sleep Apnea", *Experimental Physiology*, 92, pp. 51-65.
- Gami, A. S. y V. K. Somers (2008), "Implications of Obstructive Sleep Apnea for Atrial Fibrillation and Sudden Cardiac Death", *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 19, pp. 997-1003.
- Gilmartin, G. S., M. Lynch, R. Tamisier y J. W. Weiss (2010), "Chronic Intermittent Hypoxia in Humans During 28 Nights Results in Blood Pressure Elevation and Increased Muscle Sympathetic Nerve Activity", *American Journal of Physiology and Heart Circulatory Physiology*, 299, pp. 925-931.
- Glazer Baron, K., H. E. Gunn, L. A. Czajkowski, T. W. Smith y C. R. Jones (2012), "Spousal Involvement in CPAP: Does Pressure Help?", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15, pp. 147-153.
- Goncalves, S., D. Martinez, M. Gus, O. de Abreu-Silva, C. Bertoluci, I. Dutra, y F. D. Fuchs (2007), "Obstructive Sleep Apnea and Resistant Hypertension: A Case Control Study", *Chest*, 132, pp. 1858-1862.
- Gozal, D., A. S. Capdevila y L. Kheirandish-Gozal (2008) "Metabolic Alterations and Systemic Inflammation in Obstructive Sleep Apnea among Non-obese and Obese Prepubertal Children", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, pp. 1142-1149.
- Haas, D. C., G. L. Foster, F. J. Nieto, S. Redline, H. E. Resnick, J. A. Robbins y T. G. Pickering (2005), "Age-dependent Associations between Sleep-disordered Breathing and Hypertension: Importance of Discriminating between Systolic/diastolic Hypertension and Isolated Systolic Hypertension in the Sleep Heart Health Study", *Circulation*, 111, pp. 614-621.
- Harris, M., N. Glozier, R. Ratnavadivel y R. R. Grunstein (2009), "Obstructive Sleep Apnea and Depression", *Sleep Medicine Reviews*, 13, pp. 437-444.
- Hata, M., I. Yoshitake, S. Wakui, S. Unosawa, K. Takahashi, H. Kimura y M. Shiono (2012), "Sleep Disorders and Aortic Dissection in a Working Population", *Surgery Today*, 42, pp. 403-405.
- Hayashida, K., Y. Inoue, S. Chiba, T. Yagi, M. Urashima Y. Honda y H. Hito (2007), "Factors Influencing Subjective Sleepiness in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome", *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 61, pp. 558-563.

- Inami, T., Y. Seino y K. Mizuno (2012), "Untreated Severe Obstructive Sleep Apnoea and Development of Acute Aortic Dissection", *BMJ Case Reports* (Published Online: 21 June 2012).
- Jiménez-Correa, U., R. Haro, R. O. González-Robles y J. Velázquez-Moctezuma (2011), "How is the Epworth Sleepiness Scale Related with Subjective Sleep Quality and Polysomnographic Features in Patients with Sleep-disordered Breathing?", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 513-518.
- Kasai, T. (2012), "Sleep Apnea and Heart Failure", *Journal of Cardiology*, 60, pp. 78-85.
- , y D. Bradley, (2011), "Obstructive Sleep Apnea and Heart Failure: Pathophysiologic and Therapeutic Implications", *Journal of the American College of Cardiology*, 57, pp. 119-127.
- Kawanishi, Y., T. Ito, N. Okuda, N. Emura, T. Hayashi, R. Futai y Y. Kitaura (2009), "Alteration of Myocardial Characteristics and Function in Patients with Obstructive Sleep Apnea", *International Journal of Cardiology*, 133, pp. 129-131.
- Kim, S. J., A. Kuklov, R. F. Kehoe y G. J. Crystal (2008), "Sleep-induced Hypotension Precipitates Severe Myocardial Ischemia", *Sleep*, 31, pp. 1215-1220.
- Kohler, M. y J. R. Stradling (2010), "Mechanisms of Vascular Damage in Obstructive Sleep Apnea", *National Review of Cardiology*, 7, pp. 677-685.
- La Piana, G. E., A. Scartabellati, L. Chiesa, L. Ronchi, P. Raimondi, M. A. Carro y S. Aiolfi (2011), "Long-term Adherence to CPAP Treatment in Patients with Obstructive Sleep Apnea: Importance of Educational Program", *Patient Preference and Adherence*, 5, pp. 555-562.
- Labra, A., A. D. Huerta-Delgado, C. Gutiérrez-Sánchez, S. A. Cordero-Chacón y P. Basurto-Madero (2008), "Uvulopalatopharyngoplasty and Uvulopalatal Flap for the Treatment of Snoring: Technique to Avoid Complications", *Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 37, pp. 256-269.
- Lavie, L. (2012), "Oxidative Stress Inflammation and Endothelial Dysfunction in Obstructive Sleep Apnea", *Frontiers in Bioscience*, 1, pp. 1391-1403.
- Lee, C. H., S. M. Khoo, M. Y. Chan, H. B. Wong, A. F. Low, Q. H. Phua y T. C. Yeo (2011), "Severe Obstructive Sleep Apnea and Outcomes Following Myocardial Infarction", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15, pp. 616-621.
- Leger, D., V. Bayon, J. P. Laaban y P. Philip (2011), "Impact of Sleep Apnea on Economics", *Sleep Medicine Reviews*, 30, pp. 1-8.
- Li, H. Y., Y. S. Huang, N. H. Chen, T. J. Fang, C. Y. Liu y P. C. Wang (2004), "Mood Improvement after Surgery for Obstructive Sleep Apnea", *Laryngoscope*, 114, pp. 1098-1102.
- Lim, D. C. y S. C. Veasey (2010), "Neural Injury in Sleep Apnea", *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10, pp. 47-52.

- Logan, A. G., S. M. Perlikowski, A. Mente, A. Tisler, R. Tkacova, M. Niroumand y T. D. Bradley (2001), "High Prevalence of Unrecognized Sleep Apnoea in Drug-resistant Hypertension", *Journal of Hypertension*, 119, pp. 2271-2277.
- Loomba, R. S. y R. Arora (2012), "Obstructive Sleep Apnea and Atrial Fibrillation: A Call for Increased Awareness and Effective Management", *American Journal of Therapy*, 19, pp. 21-24.
- Loube, D. I., P. C. Gay, K. P. Strohl, A. I. Pack, D. P. White y N. A. Collop (1999), "Indications for Positive Airway Pressure Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea Patients: A Consensus Statement", *Chest*, 115, pp.863-866.
- Lui, M. M., D. C. Lam y M. S. Ip (2012), "Significance of Endothelial Dysfunction in Sleep-related Breathing Disorder", *Respirology*, 17 (Published Online: 19 June 2012).
- Lurie A. (2011a), "Cardiovascular Disorders Associated with Obstructive Sleep Apnea", *Advances in Cardiology*, 46, pp. 197-266.
- Lurie, A. (2011b), "Endothelial Dysfunction in Adults with Obstructive Sleep Apnea", *Advances in Cardiology*, 46, pp. 139-170.
- Mannarino, M. R., F. Di Filippo y M. Pirro (2012), "Obstructive Sleep Apnea Syndrome", *European Journal of Internal Medicine*, 23, pp. 586-593.
- Massierer, D., D. Martinez, S. C. Fuchs, P. P. Pellin, M. S. Garcia, A. L. Zacharias y F. D. Fuchs (2012), "Obstructive Sleep Apnea, Detected by the Berlin Questionnaire: An Associated Risk Factor for Coronary Artery Disease", *Cadernos de Saúde Pública*, 28, pp. 1530-1538.
- Moran, A. M., D. E. Everhart, C. E. Davis, K. L. Wuensch, D. O. Lee y H. A. Demaree (2011), "Personality Correlates of Adherence with Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 687-694.
- Nieto, F. J., T. B. Young, B. K. Lind, E. Shahar, J. M. Samet, S. Redline y T. D. Pickering (2000), "Association of Sleep-disordered Breathing, Sleep Apnea and Hypertension in a Large Community-based Study. Sleep Heart Health Study", *Journal of the American Medical Association*, 283, pp. 1829-1836.
- Pamidi, S., K. L. Knutson, F. Ghods y B. Mokhlesi (2011), "Depressive Symptoms and Obesity as Predictors of Sleepiness and Quality of Life in Patients with REM-related Obstructive Sleep Apnea: Cross-sectional Analysis of a Large Clinical Population", *Sleep* 12, pp. 827-831.
- Penzel, T., S. Sogorski, J. Zelmer, I. Fietze, T. Vogtmann, G. Baumann y C. Schöbel (2012), "Sleep-disordered Breathing and Atrial Fibrillation", *Herzschrittmacherther Elektrophysiologie*, 23, pp. 14-21.
- Pedrosa, R.P., E. M. Krieger, G. Lorenzi-Filho y L. F. Drager (2011), "Recent Advances of the Impact of Obstructive Sleep Apnea on Systemic Hypertension", *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97, pp. 40-47.

- Peppard, P.E., T. Young, M. Palta y J. Skatrud (2000), "Prospective Study of the Association between Sleep-disordered Breathing and Hypertension", *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1378-1384.
- Philip, P., P. Sagaspe, E. Lagarde, D. Leger, M. M. Ohayon, B. Bioulac y J. Taillard (2010), "Sleep Disorders and Accidental Risk in a Large Group of Regular Registered Highway Drivers", *Sleep Medicine Reviews*, 11, pp. 973-979.
- Phillipson, E. A. (1993), "Sleep apnea. A mayor Public Health Problem", *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 1271-1273.
- Poulet, C., D. Veale, N. Arnol, P. Lévy, J. L. Pepin y J. Tyrrell (2009), "Psychological Variables as Predictors of Adherence to Treatment by Continuous Positive Airway Pressure", *Sleep Medicine Reviews*, 10, pp. 993-999.
- Rajagopalan, N. (2012), "Obstructive Sleep Apnea: Not just a Sleep Disorder", *Journal of Postgraduate Medicine*, 57, pp. 168-175.
- Rautureau, Y. y E. L. Schiffrin (2012), "Endothelin in Hypertension: An Update", *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 21, pp. 128-136.
- Richards, D., D. J. Bartlett, K. Wong, J. Malouff y R. R. Grunstein (2007), "Increased Adherence to CPAP with a Group Cognitive Behavioral Treatment Intervention: A Randomized Trial", *Sleep*, 30, pp. 635-640.
- Romero-López, Z., M. D. Ochoa-Vázquez, J. A. Mata-Marín, L. G. Ochoa-Jiménez y F. G. Rico-Méndez (2011), "Development and Validation of a Questionnaire to Identify Patients with Sleep Apnea in Mexican Population: Mexican Questionnaire to Identify Sleep Apnea", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 113-119.
- Ronald, J., K. Delaive, L. Roos, J. Manfreda, A. Bahammam y M. H. Kryger (1999), "Health Care Utilization in the 10 Years Prior to Diagnosis in Obstructive Sleep Apnea Patients", *Sleep*, 2, pp. 225-229.
- Saruhara, H., Y. Takata, Y. Usui, K. Shiina, Y. Hashimura, K. Kato y A. Yamashina (2012), "Obstructive Sleep Apnea as a Potential Risk Factor for Aortic Disease", *Heart Vessels*, 27, pp. 66-73.
- Sawyer, A. M., A. Canamucio, H. Moriarty, T. E. Weaver, K. C. Richards y S. T. Kuna (2011), "Do Cognitive Perceptions Influence CPAP Use?", *Patient Education and Counseling*, 85, pp.85-91.
- , J. A. Deatrck, S. T. Kuna y T. E. Weaver (2010), "Differences in Perceptions of the Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Continuous Positive Airway Pressure Therapy among Adherers and no Adherers", *Quality of Health Research*, 20, pp. 873-892.
- Schulz, R. (2010), "Obstruction of the Upper Airways in Humans and Animal Models", *Pneumologie*, 64, pp. 447-449.
- Sforza, E., Z. de Saint Hilaire, A. Pelissolo, T. Rochat y V. Ibanez (2002), "Personality, Anxiety and Mood Traits in Patients with Sleep-related Breathing disorders: Effect of Reduced Daytime Alertness", *Sleep Medicine Reviews*, 2, pp. 139-145.

- , y F. Roche (2012), “Sleep Apnea Syndrome and Cognition”, *Frontiers in Neurology Sleep and Chronobiology*, 3, p. 87 (Published Online: 27 May 2012).
- Shapiro, G. K. y G. M. Shapiro (2010), “Factors that Influence CPAP Adherence: An Overview”, *Sleep and Breathing*, 14, pp. 323-335.
- Somiah, M., Z. Taxin, J. Keating, A. M. Mooney, R. G. Norman, D. M. Rapoport y I. Ayappa (2012), “Sleep Quality, Short-term and Long-term CPAP Adherence”, *Journal of Clinical Sleep Medicine* 15, pp. 489-500.
- Torre-Bouscoulet, L., E. López-Escárcega, A. Castorena-Maldonado, J. C. Vázquez-García, M. S. Meza-Vargas y R. Pérez-Padilla (2007), “Continuous Positive Airway Pressure Used by Adults with Obstructive Sleep Apneas after Prescription in a Public Referral Hospital in Mexico City”, *Archivos de Bronconeumología*, 43, pp. 16-21.
- , M. S. Meza-Vargas, A. Castorena-Maldonado y R. Pérez-Padilla (2008), “Cardiovascular Risk among Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome”, *Gaceta Médica de México*, 144, pp. 323-332.
- , J. C. Vázquez-García, A. Muiño, M. Márquez, M. V. López, M. M. de Oca y M. D. Perez-Padilla (2008), “Prevalence of Sleep Related Symptoms in four Latin American Cities”, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4, pp. 579-585.
- Trupp, R. J., E. J. Corwin, K. L. Ahijevych y T. Nygren (2011), “The Impact of Educational Message Framing on Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy”, *Behavioral Sleep Medicine*, 9, pp. 38-52.
- Tversky, A. y D. Kahneman (1991), “Loss Aversion and Riskless Choice: A Reference Dependent Model”, *Quarterly Journal of Economics*, 106, pp. 1039-1061.
- Tzischinsky, O., S. Shahrabani y R. Peled (2011), “Factors Affecting the Decision to be Treated with Continuous Positive Airway Pressure for Obstructive Sleep Apnea Syndrome”, *The Israel Medical Association Journal*, 13, pp. 413-419.
- Valencia-Flores, M., A. Orea, M. Herrera, V. Santiago, V. Rebollar, V. A. Castaño y G. Garcia (2004), “Effect of Bariatric Surgery on Obstructive Sleep Apnea and Hypopnea Syndrome, Electrocardiogram, and Pulmonary Arterial Pressure”, *Obesity Surgery*, 14, pp. 755-762.
- Verrier, R. L., J. E. Muller y J. A. Hobson (1996), “Sleep, Dreams, and Sudden Death: the Case for Sleep as an Autonomic Stress Test for the Heart”, *Cardiovascular Research*, 31, pp. 181-211.
- Wachter, R., L. Lüthje, D. Klemmstein, C. Lüers, R. Stahrenberg, F. Edelmann y B. Pieske (2012), “Impact of Obstructive Sleep Apnoea on Diastolic Function”, *European Respiratory Journal*, 40 (Published Online: July 12 2012).

Índice analítico

Actividad física: pp. 95, 179, 181, 184, 192 y 311.

Adhesión: pp. 28, 36, 43, 50, 84, 85, 106, 110, 101, 107, 152-157 y 159-169.

Afrontamiento: pp. 32, 36, 38, 40, 42-43, 50, 56, 99, 108, 154, 190 y 212.

Alcohol

Adicción al: pp. 63, 153, 159, 231, 283-284, 286-287 y 293.

Consumo de: pp. 63, 153, 159, 231, 283-284, 288-287 y 293.

Efectos conductuales del: pp. 63, 159, 286-287 y 291-292.

Efectos neurológicos del: pp. 63, 231, 283-284, y 287-292.

Disponibilidad de

Nutriente (como): pp. 283-287.

Alteraciones

Conducta de: pp. 28, 30-31, 38, 54, 55-57, 65, 95, 96, 98, 100-101, 103-108, 110, 121, 134, 137-139, 141-142, 146, 153-157, 159-168, 177-180, 182-192, 101-202, 209-218, 223, 225, 234-235, 237-338, 241-242, 244, 246, 248, 257-258, 260-261, 269, 284, 286 y 288.

Neurocognoscitivas: pp. 49-50, 63, 231, 283-284, y 287-292.

Ansiedad: pp. 32-36, 38-39, 43, 51-53, 55, 62, 85, 93, 98, 100, 102, 107-109, 130-133, 146, 153, 156, 178, 180, 182, 185, 187, 194-198, 202, 210, 231, 239, 242 y 245.

Apnea obstructiva: pp. 299-300, 303, 306 y 310.

Aprendizaje

Conocer (como): pp. 41, 52, 56, 82, 93, y 289.

Hacer (como): pp. 51-52, 82, 285, 289 y 293.

Ser (como): pp. 56, 93, 145, 188 y 293.

Vivir con los demás (como): pp. 93, 119, 145, 188-189.

Arousal: pp. 201-303, y 305.

Autoeficacia: pp. 65, 70, 72, 78-80, 93, 108, 191 y 307.

Bulimia: pp. 234, 236, 241-342, 258, 261, 263 y 269.

Cáncer: pp. 25-44, 47-49, 64-65, 66, 70-75, 77-80, 82, 84-86, 104, 176, 210-212 y 221.

CIE-10: pp. 34, 36, 40-41, 43 y 234.

Cirugía: pp. 28, 35, 39, 48, 50-52, 57, 61 y 305.

CPAP: pp. 305,-309.

Competencias conductuales: pp. 57, 153-154, 156-158, 160, 162, 163, 165-168 y 218.

Controlabilidad: pp. 221-222 y 224.

Cortisol salival: pp. 209, 219-222 y 225.

Cuidadores

Actividades de: 40, 54, 61-69, 74-77 y 79-83.

Áreas afectadas de: 70-75, 79, 82-86.

Edad de

Cuidados paliativos: pp. 25-26, 28-29, 31, 37-41, 43 y 91.

Depresión: pp. 32, 35-36, 43, 51, 55, 62, 96, 98-99, 102, 107-108, 139, 147, 153, 154-156, 167, 177, 280, 182, 187, 192, 194, 197, 202, 211, 236-237, 239, 241-242, 245 y 307.

Desarrollo

Psicosocial: pp. 26, 29, 34, 38, 39, 42, 48, 51, 53-54, 56, 63, 83, 99, 105, 106, 108-109, 177, 182, 185 y 288.

Diabetes: pp. 47, 62, 64, 65, 66, 70, 72-73, 76-77, 79-86, 175-202 y 301.

Disfunciones sexuales: pp. 34, 117-123, 126, 128, 134, 138 y 145-148.

Dolor crónico: pp. 91-100, 103, 105-106, 108 y 110-111.

DSM-IV-TR: pp. 34-36, 40-41, 118, 122, 221 y 235.

Duelo

Fases de: pp. 28, 38, 40-31 y 234.

Taller de: p. 41.

Efectos tardíos

Características: pp. 48, 49 y 50.

Factores de riesgo: pp. 48, 49 y 50.

Enfermedades crónicas

No transmisibles: pp. 62, 64, 66, 81, 176 y 225.

Transmisibles: pp. 62, 64, 66, 81 y 225.

Entrevista motivacional: pp. 101, 104, 107, 183-184 y 200.

Estilos interactivos: pp. 156, 214-220 y 225.

Estrés: pp. 27, 32, 35-37, 43, 51, 54, 56, 62-81, 93, 96, 98, 152-168, 178, 182, 210-213, 221, 223, 288 y 303.

Hábitos alimenticios: pp. 31, 62, 67, 69, 83, 94, 141, 179, 190, 192, 231, 234-249, 251-261, 268-270, 272, 275 y 285-287.

Hipo apnea: pp. 305-306 y 311.

Imagen corporal: pp. 34-35, 38, 50, 85, 137-138, 237, 239, 242, 245, 262, 264-265 y 273.

Inactividad física: pp. 176 y 311.

Incontrolabilidad: pp. 209 y 221-224.

Insulina: pp. 83, 177, 179, 190 y 192.

Intervención

Motivacional: pp. 28, 30, 33, 34, 36-38, 42, 56, 96, 100, 105, 107, 109-110, 134, 146-147, 167-168, 175, 189 y 191.

Psicológica: pp. 30, 33-34, 36-38, 48, 50, 52, 56, 91, 94, 94, 98, 100, 105, 107, 107-110, 120, 134, 146, 147, 153, 167-168, 183, 185-189, 191-192, 194, 196, 200, 202 y 306.

Psicosocial: pp. 29-30, 32, 56, 97, 153, 167-168, 183, 185-189, 191-192, 192, 196, 200 y 306.

Medicamentos

Antirretrovirales: pp. 152-154.

Hipoglucemicos: pp. 83-85 y 178-180.

Minuciosidad: pp. 219 y 221-223.

Modelo(s)

Autorregulatorio: p. 154

Conducta Planeada de la: pp. 154, 165.

Experimentales de consumo del alcohol: p. 287.

Información-Motivación-Habilidades Conductuales de

Miedo-Evitación de: pp. 94-95, 154 y 165-166.

Psicológico de Adhesión: pp. 154-155 y 168.

Psicobiológico de Dolor Crónico: p. 93.

Neuromatriz de la: p. 93

Solicitousness de: p. 95-96 y 101.

Modificación de conducta

Técnicas, de: pp. 33, 37,40, 43, 55, 95, 100-101, 103, 107,168, 182, 188, 192 y 284.

Motivación: pp. 103, 154, 159, 161-162, 165-166, 168, 239, 242, 261, 285, 287-288, 290, 291 y 293.

Motivos: pp. 107, 151, 154-163 y 165-168.

No minuciosidad: 219 y 221-223.

Perfil epidemiológico: 47, 92, 175 y 232

Persistencia: pp. 216 y 218.

Personalidad: pp. 34-36, 57, 107, 109-110, 120, 121-126, 129, 136, 154, 156, 157, 164-166, 209-216, 218, 221, 225, 2157 y 307.

Plan de estudios: pp. 43, 50, 53, 83, 92, 97, 117, 119-120, 134-135, 153, 154, 155, 157, 160, 161, 164-166, 168, 177, 182, 184-187, 202-203, 209, 211, 212, 213, 216, 219, 221-225, 233, 235-237, 239-240, 246-248, 258-260, 262, 272, 274-276, 286, 289-290, 300 y 311.

Polisomnografía: pp. 300 y 304.

Presión intratorácica: 301-303.

Prevención

Primaria: pp. 28-31.

Secundaria: p. 30.

Terciaria: pp. 28 y 30.

Promoción de la salud: pp. 28-39.

Psicología

Clínica: pp. 27, 32, 44, 48, 91, 98, 105-107, 109, 111, 153, 167, 211, 213 y 311.

Salud de la: pp. 26, 27, 32, 57, 135, 148, 21, 214, 224, 305 y 311.

Psicooncología: pp. 25-32, 34-39, 42, 44, 47-48, 50, 53-58, 61 y 65.

Psicoterapia

Apoyo de: pp. 32, 34 y 107.

Breve: pp. 33 y 34.

Familiar: pp. 33 y 34.

Quimioterapia: pp. 28, 34-35, 39, 48-49, 51-52, 55, 57, 82 y 85.

Radioterapia: pp. 27-28, 35, 39, 48-49, 51-52 y 57.

Sexualidad

Actitudes ante la: pp. 118-120, 235, 138-139 y 142-147.

Humana: pp. 117-123, 135-139, 142-145 y 147.

Temores a: pp. 119, 121, 124-132, 137, 139, 140 y 142-147.

Situaciones vinculadas con estrés: pp. 154-157, 159-163 y 167.

Tendencia al riesgo: pp. 216 y 218.

Teoría: pp. 93, 96, 165, 189, 213, 215, 225 y 308.

Compuerta del Dolor de la: p. 93.

Conducta de la: pp. 55, 96, 99-101, 107, 139, 154, 213, 215, 218, 235, 257, 260 y 269.

Prospectiva: p. 308.

Umbral del: p. 93.

Terapia

Aceptación y Compromiso: pp. 38, 55, 81, 96-97, 104, 148, 160, 184, 192 y 284

Cognoscitiva: pp. 37, 40, 100, 107, 182, 190 y 192.

Cognoscitivo-conductual: pp. 33, 37, 40, 43, 56, 94, 96, 100, 181-182, 186, 188, 190, 192 y 200-202

Conductual: pp. 185

Farmacológica: p. 221.

Toma de decisiones: pp. 25, 39-40, 103, 106, 154-155, 158-159, 161-163, 165n, 182-183, 190, 216 y 308.

Tolerancia a la ambigüedad: pp. 155, 158-160, 162, 163, 164, 165, 166 y 168.

Tolerancia a la frustración: pp. 154-155, 158-160, 162-163 y 216.

Transgresión de la norma: pp. 218-221, 223 y 224.

Trastorno(s)

Atracón por: pp. 231-232, 234-236, 239, 242, 247-248 y 269.

Comportamiento alimentario del: pp. 234, 347 y 272.

Emocional y social del ajuste: 31, 32, 34, 36, 38, 43, 50, 52, 54-56, 61-663, 65, 81, 85-86, 97, 99, 102, 107, 147, 178, 180, 186, 190, 192, 202, 210, 234, 259, 275, 288 y 309.

Psicológico(s)

Salud de: pp. 28, 30, 36-38, 42, 44, 53-54, 57, 61, 64, 84, 91, 92, 95, 96, 98, 109, 154-157, 160, 164, 165n, 178, 180-182, 209, 211, 221, 225, 232-233, 283-285, 291, 293, 299 y 301.

Tratamiento

Médico oncológico: pp. 39, 48, 51 y 54.

VIH/Sida: pp. 151-167.

Acerca de los autores

Leticia Ascencio Huertas. Estudió la licenciatura en psicología en la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza (FES-Zaragoza) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); cursó una especialidad en psicología de la salud en la Secretaría de Salud y la maestría en psicología general experimental (con énfasis en salud) en la UNAM; actualmente se encuentra realizando estudios de doctorado en ciencias sociales y administrativas en la Universidad Chapultepec. Laboró como psicóloga clínica, psicóloga de la salud y psicooncóloga en el Hospital Juárez de México en el periodo 2000-2010. Actualmente es la responsable del Área Psicosocial en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Es supervisora *in situ* de los pasantes de la maestría en medicina conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM que realizan su residencia en el mencionado servicio. Desde 2003 es profesora de asignatura en la Universidad del Valle de México, en la licenciatura en psicología y la maestría en psicología clínica. Es integrante del Comité de Investigación de la Sociedad Mexicana de Psicooncología. Es coautora de libros y ha publicado trabajos de investigación y de divulgación científica en revistas especializadas, además de haber participado como ponente en congresos nacionales e internacionales.

Vania Barrientos Casarrubias. Obtuvo el grado de licenciatura en psicología y de maestría en psicología profesional con Residencia en Medicina Conductual por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Desde 2002 ha estado involucrada en investigaciones relacionadas con la psicología de la salud con instituciones como la UNAM y en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, colaborando en la elaboración de manuales de terapia breve de corte cognoscitivo-conductual, en la capacitación a terapeutas y en el análisis costo-efectividad de dichos tratamientos. Desde 2010 a la fecha colabora con el equipo del Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), donde ha realizado actividades de docencia, investigación y práctica clínica. Forma parte del protocolo de Atención Psicosocial en Cuidados Paliativos, iniciativa conjunta entre el INCMNSZ y el Instituto Carlos Slim de la Salud, con el propósito de generar evidencia sobre la importancia de la atención psicológica en la población paliativa y sus cuidadores. Actualmente es alumna del Programa de Doctorado en Psicología de la UNAM, trabajando en un proyecto de investigación en población que experimenta dolor crónico.

Eliana Barrios de Tomasi. Estudió la licenciatura de química de alimentos en la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En 1997 ingresó como asistente al Laboratorio de Farmacología

y Conducta del Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara, donde actualmente labora como profesora-investigadora titular A. Realizó en dicho instituto la maestría y el doctorado en el posgrado de ciencias del comportamiento (opción neurociencias), donde a partir de 2005 se ha dedicado a la línea de investigación relacionada a la neurofisiología de la conducta alimentaria. Sus trabajos han sido presentados en congresos nacionales e internacionales. Es autora y coautora de diversos capítulos y artículos publicados en revistas internacionales. Actualmente es Perfil Promep y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (como candidata).

Alba Yvette Belmont Sánchez. Es licenciada en psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Desde 2009 y hasta la fecha colabora como becaria de investigación en el Instituto Nacional de Perinatología, en el protocolo de investigación intitulado *Estudio de la pareja en distintas etapas de la vida y ante distintos eventos reproductivos*, con una beca otorgada por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad (CCINSHAE).

Everardo Camacho Gutiérrez. Es licenciado en psicología por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y estudió la maestría y el doctorado en ciencia del comportamiento en la Universidad de Guadalajara. Asimismo, cursó el postgrado en psicología general experimental (opción en psicología de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México) y una especialidad en gerontología en la Universidad del Norte de Texas. Es coordinador, junto con el doctor Gerardo Leija Alva, de la Red Nacional de Investigación en Procesos Psicosociales, Clínica y de la Salud, adscrita al Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Ha desarrollado investigación sobre estrés por ruido en humanos y comportamiento social. Es coeditor del libro *Estrés y salud: investigación básica y aplicada* (2012) y sus investigaciones han sido publicadas en la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, Psicología y Salud* y *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, en ésta colaborando en calidad de coeditor. Sus trabajos han sido presentados como ponencias en congresos nacionales e internacionales. Actualmente es Profesor-Investigador de tiempo completo en el Departamento de Salud, Psicología y Comunidad del ITESO de Guadalajara.

Ricardo Castillo Ayuso. Estudió la licenciatura en psicología y la maestría en psicología educativa en la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Actualmente es profesor de tiempo completo con perfil Promep y coordinador de la salida terminal en psicología clínica para adultos del Programa de Maestría en Psicología Aplicada, de la UADY. Ha publicado en *Aletheia, la Revista Científica Electrónica de Psicología* y capítulos en libros editados por el Consorcio de Universidades Mexicanas.

Judith Galdós Cruz. Cursó estudios de licenciatura en psicología en la Facultad de psicología de la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó su tesis de licenciatura en el área de la familia y los trastornos de la conducta alimentaria.

Ismael García-Cedillo. Es egresado de la Escuela Nacional de Maestros. Estudió la licenciatura, la maestría y el doctorado en psicología clínica en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ha trabajado como docente en ésta, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), la Universidad de las Américas y la Escuela Normal de San Luis Potosí, entre otras; actualmente es profesor-investigador en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Es perfil Promep y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, en el Nivel I. Cuenta con una extensa obra publicada en el área de la integración educativa. Trabajó un par de años en el Latin American Health Institute (Boston, Massachusetts) con pacientes con VIH/sida. Ha publicado diversos artículos sobre el tema de la adhesión terapéutica en pacientes adultos y niños con VIH/sida. Ha dirigido numerosas tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Es presidente de Apoyare, asociación que ayuda a familias y niños con VIH/sida y otros grupos vulnerables.

Raquel García Flores. Estudió la licenciatura y la maestría en psicología, con Residencia en Medicina Conductual en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es educadora en diabetes por la Federación Mexicana de Diabetes y la Universidad Anáhuac. Actualmente es candidata a doctora en psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Se desempeña como docente en el Instituto Tecnológico de Sonora en el Departamento de Psicología, en la Unidad Obregón. Sus líneas de investigación versan sobre adhesión al tratamiento en personas con diabetes *mellitus* tipo 2, entrevista motivacional, intervención cognoscitivo-conductual y enfermedades crónicas.

Samuel Jurado Cárdenas. Realizó estudios de licenciatura en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, de maestría en psicobiología y de doctorado en investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente se desempeña como profesor titular C de tiempo completo, definitivo, en la División de Estudios de Postgrado de la misma facultad. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en el Nivel I. Es miembro de la Sociedad Mexicana de Psicología, del Colegio Nacional de Psicólogos, afiliado a la Internacional American Psychological Association y *full member* de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM ha desempeñado diversos cargos académico-administrativos. De 1996 a 1998 fue integrante de la comisión responsable

de creación e inicio del Módulo Cognitivo-Conductual dentro de la maestría en psicología clínica de la Facultad de Psicología. Ha impartido cursos extracurriculares en diversas instituciones de educación y salud en el ámbito nacional.

Xochitl López Aguilar. Estudió la licenciatura en psicología en la Facultad de Estudios Superiores FES-Iztacala y el doctorado en psicología, ambos programas pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es candidata a investigadora nacional por el Sistema Nacional de Investigadores (SIN) y desde 1995 se desempeña como docente en la FES-Iztacala, UNAM. Desde este mismo año su labor académica incluye el trabajo de investigación sobre obesidad y trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia y trastorno por atracón. Cuenta con nueve capítulos en libros y 44 artículos en revistas nacionales e internacionales.

Juan Manuel Mancilla Díaz. Es profesor titular C de tiempo completo, definitivo, de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (FES-Iztacala) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); se ubica, asimismo, en la categoría Pride D. Obtuvo la licenciatura en psicología y la maestría en neurociencias en la FES-Iztacala, así como el doctorado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Imparte docencia en los programas de licenciatura y posgrado. Es miembro del SNI en el nivel II y sus investigaciones han sido financiadas por PAPIIT y el CONACYT. Ha dirigido 30 tesis de licenciatura, tres de maestría y seis de doctorado. Ha publicado 12 artículos en revistas arbitradas de difusión nacional, 82 artículos en revistas arbitradas de difusión internacional, 21 capítulos de libros y ha editado cuatro libros. Ha recibido diferentes distinciones: el mérito académico de la FES-Iztacala 2002 y el primer lugar a la mejor investigación en nutrición por Jóvenes Investigadores, tanto en el área aplicada como en el área básica 2005 (coautor).

Héctor Martínez Sánchez. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde realizó estudios de licenciatura y maestría en psicología. El Doctorado lo obtuvo en la Universidad de Sevilla, España. Ha sido profesor en la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (FES-Iztacala). En 1992 se incorporó como profesor-investigador al Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento y a partir 2006 en el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara. Ha obtenido el perfil Promep y ha sido miembro del SIN (Nivel I). Ha sido profesor invitado y realizado estancias de investigación en diferentes universidades extranjeras y ha sido profesor de doctorado en la Universidad Autónoma de Madrid. Ha publicado más de 50 artículos en diversas revistas especializadas nacionales e internacionales, así como varios capítulos en libros. Ha sido editor asociado y pertenecido a diversos consejos y comités editoriales de varias revistas nacionales e internacionales.

Luis Fernando Méndez Castruita. Psicólogo por la Universidad Intercontinental y actualmente estudiante de la maestría en psicología clínica por la Universidad del Valle de México. Adscrito al Servicio de Psicooncología Pediátrica del Hospital Central Militar. Diplomado de formación Intermedia en cuidados paliativos por la Secretaría de Salud, la Universidad Autónoma de México y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.

José Méndez Venegas. Licenciatura en psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría de psicología general experimental con énfasis en salud, con estudios de doctorado en psicooncología por el Instituto Nacional de Cancerología. Diplomado de cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales por el Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (La Gran Canaria, España). Es coordinador de psicooncología en el Instituto Nacional de Pediatría desde 1995. También es profesor en el Departamento de Psicofisiología, en la Facultad de Psicología de la UNAM desde 1985 a la fecha. Secretario de la Sociedad Mexicana de Psicooncología de 2001 a 2004. Investigador asociado del Centro de Estudios e Investigación en Psicología de la Salud (NEMETON de São Paulo, Brasil, desde julio de 2005). Presidente de la Sociedad Mexicana de Psicooncología de 2006 a 2007, así como de 2011 a 2013. Autor de al menos 10 capítulos en libros de temas relacionados con psicooncología y psicología de la salud; tiene más de 30 artículos publicados en revistas de salud.

Xolyanetzin Montero Pardo. Estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Autónoma de Sinaloa. Realizó estudios de maestría en psicología, con residencia en terapia familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente cursa el Programa de Doctorado en Psicología en la UNAM en el área de psicología y salud, centrándose la investigación en la sobrecarga emocional de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.

Jesús Moo Estrella. Estudió la licenciatura en psicología y la maestría en investigación en psicología en la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), así como el doctorado en el área de neurociencias en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es profesor con perfil Promep y actualmente es el responsable del Laboratorio de Sueño en la Facultad de Psicología de la UADY. Ha publicado en revistas como *The Medical Research*, *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, *Mexicana de Psicología y Salud Mental*.

Ana Olivia Ruiz Martínez. Es licenciada en psicología por la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México y doctora en psicología (con énfasis en psicología y salud) por la misma institución. Es investigadora

nacional Nivel I y su labor de investigación se centra en el área de psicología y salud, especialmente sobre los trastornos de la conducta alimentarios y la familia. Ha participado en congresos nacionales e internacionales y cuenta con ocho artículos de investigación arbitrados en torno a la psicopatología alimentaria en revistas como *Psicología Conductual*, *Mexicana de Psicología* y *Universitas Psychologica*. Como parte de su experiencia profesional ha cumplido actividades relacionadas con docencia, capacitación y psicoterapia. Actualmente es profesora-investigadora en la Universidad Autónoma del Estado de México, en el Centro Universitario Zumpango, así como profesora en la Universidad del Valle de México, campus Toluca, en los niveles de licenciaturas ejecutivas y maestría.

Julio Alfonso Piña López. Cursó estudios de maestría en psicología por la Universidad de Sonora, donde ha sido profesor-investigador y en la cual hoy día es jefe administrativo del programa de salud institucional; asimismo, fungió como responsable del área de investigación en el Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA (Secretaría de Salud Pública de Sonora) y como investigador invitado en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo). Ha publicado ocho libros sobre tópicos relacionados con la psicología y la salud, así como más de 100 artículos teóricos y de investigación. En 1991, 1994 y 2006 se hizo merecedor de reconocimientos y premios por su labor de investigación en el ámbito de la salud en el estado de Sonora.

Claudia Sánchez Bravo. Psicóloga por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde también cursó la especialidad en psicología clínica y psicoterapia de grupo en instituciones, así como la maestría y el doctorado en psicología. Es investigadora de tiempo completo en el Instituto Nacional de Perinatología, donde desarrolla la línea de investigación sobre sexualidad humana y parejas. Es profesora de asignatura en la Universidad Iberoamericana en la carrera de psicología. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores en el Nivel I. Es autora y coautora de 60 artículos y capítulos en libros.

Sofía Sánchez Román. Estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Anáhuac del Norte y el doctorado en psicología (en el área de neurociencias de la conducta) en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es la responsable del Área de Psicología en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN), lugar en el que ha estado adscrita desde el año 2000, realizando actividades de asistencia, docencia e investigación relacionadas con la psicología clínica en el ámbito hospitalario. Es supervisora *in situ* de los

pasantes de la maestría en medicina conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM que realizan su residencia en aquel departamento. Ha sido profesora asociada del curso de posgrado de alta especialidad en medicina en algología, así como profesora invitada en el curso de especialización en psiquiatría de enlace del INCMN. Es candidata a investigador nacional por el Sistema Nacional de Investigadores. Es autora de un libro y ha publicado trabajos en diferentes revistas arbitradas, entre las que destacan the *Journal of the International Neuropsychological Society*, *The Journal of Headache and Pain*, la *Revista Chilena de Neuropsicología*, la *Revista de Investigación Clínica y Salud Mental*.

Juan José Sánchez-Sosa. Es psicólogo por la Universidad Nacional Autónoma de México y cuenta con estudios de maestría y doctorado en psicología por la Universidad de Kansas en Estados Unidos; asimismo, realizó estudios de actualización en la Clínica y Fundación Menninger, en el Hospital General de Massachusetts y en la Facultad de Medicina de Harvard. Actualmente es profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la UNAM, donde es profesor Promep e integrante del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel III). Es autor-coeditor de 11 libros y ha publicado más de 100 trabajos en libros y revistas arbitradas, donde destacan *Avances en Psicología Latinoamericana*, *The Journal of Clinical Psychology*, *The Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *Latinoamericana de Psicología*, *Mexicana de Análisis de la Conducta*, *Mexicana de Psicología*, *Salud Mental*, *Terapia Psicológica* y *Universitas Psychologica*. Ha dirigido más de 100 tesis de licenciatura, maestría y doctorado.

Rosalía Vázquez Arévalo. Es psicóloga por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y realizó estudios de maestría en psicopatología infanto-juvenil y de doctorado en psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha trabajado en temas de salud y trastornos de la conducta alimentaria desde 1996. Es profesora titular C en el campus FES-Iztacala de la UNAM; es integrante del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) desde 1998. Ha colaborado en más de 45 trabajos de investigación en revistas y 11 capítulos en libros. En 2002 recibió el premio Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos en el área de Ciencias Sociales por la UNAM.

Claudia Vega-Michel. Es licenciada en psicología por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y estudió la maestría en neurociencias en el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara. Coordina el Laboratorio de Psiconeuroinmunología y los proyectos de aplicación profesional de la licenciatura en psicología en su institución. Ha desarrollado investigación relacionando los niveles de cortisol y otras hormonas con el comportamiento en los niveles básico y aplicado. Ha presentado trabajos en diversos

congresos nacionales e internacionales, como la Conferencia Anual de la Sociedad Internacional de Psiconeuroendocrinología. Tiene trabajos publicados en *Psicología y Salud*, la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* y *The Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Es profesora-investigadora de tiempo completo en el Departamento de Salud, Psicología y Comunidad en el ITESO.

Héctor Julián Velázquez López. Estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), campus FES-Iztacala. Actualmente cursa el Programa de Doctorado en Psicología en la UNAM en el área de psicología y salud, centrándose en la investigación sobre el trastorno por atracón.

Alejandra Watty Martínez. Licenciada en psicología por la Universidad Iberoamericana, cursó la maestría en psicoterapia general en la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C. Actualmente es coordinadora del programa “Atención psicológica a mujeres embarazadas con trastorno mental” en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, al cual se encuentra adscrita desde 2007. Realiza actividades de investigación, docencia y asistencia relacionadas con la psicología clínica en el ámbito hospitalario. Es profesora de la licenciatura en Psicología del Centro Eleia. Autora y coautora de artículos de investigación y crítica literaria en revistas especializadas, ha participado también como ponente en congresos nacionales e internacionales.

José Luis Ybarra Sagarduy. Estudió la licenciatura y el doctorado en psicología de la salud en la Universidad de Almería (España). Desde 2005 trabaja como profesor-investigador de tiempo completo en la Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, donde es líder del cuerpo académico de estudios en psicología. Es profesor con perfil PROMEP y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I). Ha publicado tres libros como coautor y coeditor (España y México), así como trabajos teóricos y de investigación en *Annals of Behavioral Medicine*, *The International Journal of Clinical and Health Psychology*, *The International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *Psicothema*, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, *The Spanish Journal of Psychology* y *Terapia Psicológica*.

La psicología en el ámbito de la salud
en México: investigación
y aplicación del conocimiento



**Consejo de
publicaciones
UAT**

C.P. Enrique C. Etienne Pérez del Río
PRESIDENTE

Dr. José Luis Pariente Fragoso
VICEPRESIDENTE

Dr. Héctor Capello García
SECRETARIO TÉCNICO

C.P. Guillermo Mendoza Cavazos
VOCAL

Dr. Marco Aurelio Navarro Leal
VOCAL

Mtro. Luis Alonso Sánchez Fernández
VOCAL

Mtro. José David Vallejo Manzur
VOCAL

La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento

Julio Alfonso Piña López
José Luis Ybarra Sagarduy
Coordinadores



Consejo de
publicaciones
UAT

Primera edición, 2015

La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento / Julio Alfonso Piña López, José Luis Ybarra Sagarduy (coords.) – México: Universidad Autónoma de Tamaulipas - Plaza y Valdés, 2015

330 p. : il. ; 17 x 23 cm

I. Psicología clínica 2. Medicina y psicología – Investigación 3. Psicología de la salud
I. Piña López, Julio Alfonso, coord. II. Ybarra Sagarduy, José Luis, coord.

LC (RC467 P74)

Dewey 616.89

La psicología en el ámbito de la salud en México: investigación y aplicación del conocimiento
ISBN 978-607-7654-76-6

Serie

La Generación del Conocimiento con Valores

Diseño de serie

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Diseño de portada

César Susano

D. R. © 2015, Universidad Autónoma de Tamaulipas

Matamoros, s. n., Zona Centro, Ciudad Victoria, C. P. 87000, México, Tamaulipas

Ediciones UAT

Tel. (52) 834 3181-800, ext. 1140

www.libros.uat.edu.mx

Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

Manuel María Contreras 73, Colonia San Rafael

México, D. F., 06470 Tel. (55) 5097-2070

editorial@plazayvaldes.com • www.plazayvaldes.com

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra
—incluido el diseño tipográfico y de portada—,
sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico,
sin el consentimiento por escrito del Consejo de Publicaciones UAT

Una edición del Departamento de Fomento Editorial
de la Universidad Autónoma de Tamaulipas



ÍNDICE

Prefacio	19
----------------	----

SECCIÓN I

1. PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Leticia Ascencio Huertas

Introducción.....	25
<i>La psicooncología en México</i>	27
<i>La psicooncología en los diferentes niveles de atención</i>	28
<i>La psicooncología en la atención primaria</i>	30
<i>La psicooncología en hospitales generales y de alta especialidad</i>	31
<i>La psicooncología y los cuidados paliativos</i>	37
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	42
Referencias	44

2. PSICOONCOLOGÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

José Méndez Venegas
Luis Fernando Méndez Castruita

Introducción.....	47
El tratamiento médico del cáncer en niños.....	48
El proceso de vigilancia y el seguimiento en psicooncología pediátrica.....	53
Conclusiones y recomendaciones.....	57
Referencias	58

3. SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES PRIMARIOS
DE NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Xolyanetzin Montero Pardo

Samuel Jurado Cárdenas

José Méndez Venegas

Introducción.....	61
Método.....	64
<i>Escenario y participantes</i>	64
<i>Variables e instrumentos</i>	64
<i>Procedimiento</i>	65
<i>Análisis estadístico</i>	65
Resultados	66
Discusión.....	81
Referencias	86

4. ROL DEL PSICÓLOGO EN UNA CLÍNICA DE DOLOR

SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN

VANIA BARRIENTOS CASARRUBIAS

Introducción	91
<i>Definiciones</i>	91
<i>Epidemiología</i>	92
<i>Evolución de la aproximación biomédica a la aproximación psicosocial en el estudio del dolor</i>	92
Modelos psicológicos de dolor crónico	94
<i>El Modelo de Autorregulación</i>	94
<i>Miedo-evitación</i>	94
<i>Solicitousness</i>	95
<i>Terapia de aceptación y compromiso</i>	96
Intervención psicológica	97
<i>Primer acercamiento</i>	97
<i>Evaluación</i>	99
Técnicas de intervención comúnmente utilizadas con pacientes con dolor crónico	100
<i>Vulnerabilidad adictiva en pacientes con dolor crónico/abuso y dependencia a opioides</i>	103
<i>Contexto del problema en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán</i>	105
<i>Qué se hace desde el ámbito psicológico</i>	105

<i>Qué se ha hecho y qué resultados han obtenido, con qué metodología; qué se sugiere hacer y por qué.....</i>	110
Referencias	112

5. LA SEXUALIDAD, SUS ALTERACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS VÍNCULOS AMOROSOS Y PARENTALES

Claudia Sánchez Bravo
Alejandra Watty Martínez
Alba Ivette Belmont Sánchez

Introducción.....	117
Método	120
<i>Antecedentes y escenario</i>	120
<i>Participantes</i>	120
<i>Variables e instrumentos</i>	121
<i>Procedimiento</i>	122
<i>Análisis estadístico</i>	123
<i>Resultados fase 1: análisis cuantitativo</i>	123
<i>Diferencias entre mujeres y hombres en antecedentes y factores de personalidad.....</i>	124
<i>Correlación entre las disfunciones sexuales y los factores psicológicos</i>	126
Resultados fase 2: análisis cualitativo	134
<i>Participantes</i>	135
<i>Plan del análisis de la información</i>	135
<i>Obtención de datos</i>	136
<i>Resultados de las categorías a partir de las unidades de análisis</i>	136
Organización de las categorías y las subcategorías asociadas con cada disfunción sexual y con la sexualidad normal	136
Organización de los factores asociados con la sexualidad normal	138
<i>Participante Alfa</i>	138
<i>Participantes Beta y Gama</i>	138
Factores que influyeron en el desarrollo	141
y que predisponen su vida sexual actual	141
<i>Participante Alfa</i>	141
<i>Participantes Beta y Gama</i>	141
Percepción de la vida sexual de los padres que impactaron el desarrollo de su propia sexualidad.....	143
<i>Participante Alfa</i>	143
<i>Participantes Beta y Gama</i>	143

Factores que, por el manejo de la sexualidad en la familia, impactaron su vida sexual.....	144
<i>Participante Alfa</i>	144
<i>Participante Beta y Gama</i>	145
Discusión	145
Conclusiones y recomendaciones.....	147
Referencias	148

SECCIÓN II

6. ADHESIÓN EN PERSONAS CON VIH-SIDA: ROL DE LA TOLERANCIA A LA AMBIGÜEDAD, LOS MOTIVOS Y EL DESEMPEÑO COMPETENCIAL

José Luis Ybarra Sagarduy
Ismael García-Cedillo
Julio Alfonso Piña López

Epidemiología del VIH-sida en México	151
El problema de la adhesión a los tratamientos.....	152
Método.....	157
<i>Participantes</i>	157
<i>Variables e instrumentos</i>	158
<i>Procedimiento</i>	160
<i>Análisis estadístico</i>	160
Resultados	161
<i>Variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas</i>	161
<i>Análisis bivariado</i>	162
<i>Análisis de regresión jerárquico (ARJ)</i>	163
Discusión.....	164
Conclusiones y recomendaciones.....	168
Referencias	169

7. COMPONENTES COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES DE LA DIABETES
MELLITUS TIPO 2: EL CASO DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Raquel García Flores
Juan José Sánchez-Sosa

Introducción.....	175
Psicopatología comórbida.....	177
La adhesión al tratamiento en DM2.....	179
<i>Características</i>	179
<i>Relación entre adhesión al tratamiento y calidad de vida</i>	181
<i>Intervenciones para mejorar la adhesión al tratamiento en DM2</i>	182
<i>Entrevista motivacional</i>	183
Método	186
<i>Participantes</i>	186
<i>Instrumentos</i>	186
<i>Procedimiento</i>	187
Resultados	191
Discusión.....	200
Conclusiones y recomendaciones.....	202
Referencias	203

8. ESTILOS INTERACTIVOS Y CORTISOL SALIVAL COMO PARÁMETRO
BIOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD

Claudia Vega-Michel
Everardo Camacho Gutiérrez

Introducción.....	209
<i>La Tipología de Personalidad de Eysenck y Grossarth-Maticek</i>	211
<i>Problemas conceptuales: el fenómeno de personalidad</i>	212
<i>La Propuesta Conceptual sobre Personalidad de Ribes</i>	214
<i>La propuesta metodológica de Santacreu y colaboradores</i>	217
<i>Algunos ejemplos de investigación sobre personalidad</i>	218
Conclusiones y recomendaciones	224
Referencias	226

9. OBESIDAD Y TRASTORNO POR ATRACÓN ALIMENTARIO

Rosalía Vázquez Arévalo
Xochitl López Aguilar
Juan Manuel Mancilla Díaz
Héctor Julián Velázquez López

Introducción.....	231
<i>Consideraciones en torno al abordaje de la obesidad</i>	232
<i>Trastorno por atracón</i>	234
<i>Modelos de Trastorno por Atracón y obesidad</i>	236
<i>Trastorno por Atracón en hombres</i>	239
<i>Participantes</i>	240
<i>Instrumentos</i>	240
<i>Medidas antropométricas</i>	243
<i>Aparatos e instrumentos</i>	243
<i>Procedimiento</i>	243
Resultados	244
<i>Instrumentos de Evaluación del Atracón y TPA</i>	245
Conclusiones y recomendaciones.....	247
Referencias	249

10. LA FAMILIA EN LA SINTOMATOLOGÍA Y LOS TRASTORNOS

DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Judith Galdós Cruz
Rosalía Vázquez Arévalo
Ana Olivia Ruiz Martínez
Juan Manuel Mancilla Díaz

Introducción	257
Estudio	260
Método	260
<i>Participantes</i>	260
<i>Instrumentos</i>	260
<i>Procedimiento</i>	263
Resultados	263
<i>Casos que superaron el punto de corte de los instrumentos</i>	263
<i>Diferencias entre hombres y mujeres</i>	264
<i>Comparación entre los grupos con sintomatología y control</i>	265
Estudio 2	268
Método.....	268

<i>Participantes</i>	268
<i>Escenario</i>	268
<i>Instrumentos</i>	269
<i>Procedimiento</i>	269
Resultados	270
Discusión	272
<i>Sintomatología de TCA</i>	272
<i>Aspectos familiares</i>	273
<i>Pacientes con TCA</i>	275
Referencias	276

11. MODELOS Y PROCEDIMIENTOS DE INDUCCIÓN AL CONSUMO DEL ALCOHOL: IMPLICACIONES CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICAS

Héctor Martínez Sánchez
Eliana Barrios de Tomasi

Introducción.....	283
<i>Métodos de inducción</i>	284
<i>El alcohol como un nutriente</i>	287
<i>Adicción al alcohol</i>	287
<i>Estructuras cerebrales</i>	288
<i>Sistema de neurotransmisión: sistema opioide,</i> <i>dopaminérgico y GABAérgico</i>	289
<i>Sistema serotoninérgico</i>	290
<i>Sistema glutamatérgico</i>	290
<i>Consumo de alcohol en humanos: efectos conductuales y neurológicos</i>	291
<i>Implicaciones conductuales y neurológicas del consumo humano</i>	292
Conclusiones	293
Referencias	294

12. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD

Jesús Moo Estrella
Ricardo Castillo Ayuso

Introducción.....	299
<i>Características del SAOS</i>	299
<i>Prevalencia</i>	300
<i>Causas de SAOS</i>	300

<i>El SAOS y sus implicaciones sobre la salud cuando se duerme</i>	301
<i>El SAOS y alteraciones cardiovasculares</i>	301
<i>Criterios diagnósticos para la apnea obstructiva en adultos</i>	303
<i>Tratamiento del SAOS y el papel de la psicología de la salud</i>	305
<i>Factores asociados a la adhesión al CPAP</i>	306
<i>Mensajes con encuadre positivo y negativo</i>	308
<i>Creencias irracionales</i>	308
<i>Cambios neuropsicológicos asociados con el SAOS</i>	311
<i>Medidas generales en el tratamiento del SAOS</i>	311
Referencias	312
Índice analítico.....	319
Acerca de los autores.....	323

Revisión técnica

Dr. Raúl Martínez Mir. Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Sonora. Es profesor de la materia de psicología de la salud en la maestría en ciencias de la salud (Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud) y de intervención en psicología de la salud en el programa docente de psicología.

M. en C. Leonardo Reynoso Erazo. Facultad de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala, de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es responsable académico de la residencia en medicina conductual.

Agradecimientos

En primer término, a las(os) colaboradoras(es), quienes amablemente hicieron eco a nuestra invitación para participar en este interesante esfuerzo que reúne, por primera vez en un libro, a colegas que se desempeñan en institutos nacionales de salud, hospitales, universidades e institutos tecnológicos de estudios superiores.

Asimismo, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, al contador público Enrique Carlos Etienne Pérez del Río (rector), al doctor José Alberto Ramírez de León (director de Programas de Apoyo) y al maestro José Amparo Vargas Martínez (director de la Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano), que hicieron posible esta coedición.

PREFACIO

Tres eventos que sin duda han influido en el nacimiento y el desarrollo de la psicología y la salud en México son:

La publicación del primer libro sobre el tema por dos investigadores del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (Torres y Beltrán, 1986).

La apertura de los programas de formación en el nivel de posgrado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (Rodríguez y Rojas, 1998).

La maestría de salud mental en poblaciones y residencia de psicología en atención integral a la salud (Durán, Hernández y Becerra, 1995).

Veinte años después, lo que hoy día resulta interesante saber es si finalmente tal desarrollo ha contribuido a que la psicología y la salud en nuestro país se ha consolidado como un campo de actuación profesional con *estatuto propio*, esto es, *a)* si con el paso del tiempo se ha concretado una propuesta de trabajo genuina e independiente de otros campos de actuación, díganse los casos de la psicología clínica o de la medicina conductual, y *b)* si finalmente las aportaciones realizadas por el colectivo de psicólogos de la salud han permeado positiva y efectivamente tanto a las instituciones del ramo —entiéndanse institutos nacionales, hospitales generales y de zona, clínicas y centros ambulatorios, entre otras— como a los beneficiarios de sus servicios en los escenarios naturales, es decir, a las personas en sus propias comunidades.

Si es nuestra pretensión, y por qué no decirlo, nuestra obligación profesional, dar cabal cumplimiento a lo dicho antes, lo que en las actuales circunstancias debería quedar claro es que no nos podemos permitir el lujo de seguir incurriendo en el ámbito de la salud sin demostrar las competencias profesionales que se requieren para incidir sobre las enfermedades crónicas —transmisibles y no transmisibles— más apremiantes y otros tantos problemas de salud que aquejan a amplios sectores de la población; destacan, a guisa de ejemplo, las del corazón, la diabetes, la hipertensión, las cerebro-vasculares, la insuficiencia renal crónica, la

infección por el VIH, por un lado, y las adicciones, y los trastornos de la conducta alimentaria, de la sexualidad y del sueño, por el otro.

Hay que tener en cuenta que si la conducta, en su dimensión psicológica, es clave para evitar el acaecimiento de una enfermedad o un trastorno de conducta, una vez que se les ha diagnosticado o que se les ha evaluado en su manifestación práctica, resulta a todas luces necesario contar con la participación activa y decidida de los profesionales de la psicología a lo largo de todo el proceso; nos referimos a que debiera iniciarse con la investigación respecto de cómo lo propiamente psicológico afecta el continuo salud-enfermedad, pasando por el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención —en sus modalidades preventiva y de rehabilitación—, para culminar incorporándose a los equipos de trabajo interdisciplinarios que se conforman para los ulteriores propósitos de diseñar, instrumentar y evaluar las políticas públicas en materia de salud (García-Cadena y Piña 2012).

En última instancia ambos fenómenos, los de la salud y la enfermedad, así hay que entenderlos, no son exclusivos de ningún profesional que se desempeña en el ámbito en cuestión; son, por el contrario, y como claramente lo expresaran años atrás Bayés y Ribes (1992), multideterminados y multifactoriales, por lo que por una cuestión de lógica elemental precisan del concurso interdisciplinario.

Con base en estos breves apuntes, en el presente libro se recogen las aportaciones de un nutrido grupo de psicólogos que labora en distintos institutos nacionales de salud (Cancerología, Ciencias Médicas y Nutrición, Pediatría y Perinatología), hospitales (Hospital Central Militar) y universidades e institutos tecnológicos que se localizan a lo largo y ancho del país: el Distrito Federal (Universidad Nacional Autónoma de México) y los estados de Jalisco (Universidad de Guadalajara e Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente), México (Facultad de Estudios Superiores-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México), Sonora (Instituto Tecnológico de Sonora y Universidad de Sonora) y Yucatán (Universidad Autónoma de Yucatán).

Para ello, los trabajos se han agrupado en dos secciones: en la sección I se incluyen los que fueron preparados por colegas que trabajan en las instituciones de salud; en la sección II se incluyen otros, preparados por quienes trabajan desde las universidades y los institutos tecnológicos. La sección I contiene cinco capítulos. En el 1, Ascencio revisa y analiza las aportaciones que se han venido haciendo en el Instituto Nacional de Cancerología por los psicólogos adscritos al área de psicooncología. La autora resume de manera clara y puntual cómo se da el proceso de intervención psicológica en la enfermedad oncológica, iniciando con la atención de primer contacto, hasta culminar con la atención en cuidados paliativos. Destaca, asimismo, el trabajo profesional del psicólogo desde su propio campo de actuación hasta su integración necesaria en los equipos interdisciplinarios de salud, conformado por especialistas biomédicos, enfermeras y trabajadoras sociales, entre otros.

En el capítulo 2, Méndez y Méndez, desde el Instituto Nacional de Pediatría y el Hospital Central Militar, resumen la experiencia de más de 10 años en la primera institución. Hacen del conocimiento del lector cuáles son las problemáticas que devienen del diagnóstico de cáncer y de los tratamientos a los que son expuestos niños y adolescentes: en el plano personal, las vinculadas con el desarrollo psicosocial, los trastornos del aprendizaje y el bajo rendimiento escolar, así como con trastornos del ajuste emocional y social; en el plano familiar, la manifiesta sobreprotección y el exceso de cuidados, que no sólo limitan la autonomía e independencia de aquéllos, sino también su propio desarrollo.

Por otro lado, en el capítulo 3, que conjunta las experiencias en el Instituto Nacional de Pediatría y en la Universidad Nacional Autónoma de México, Montero *et al.* presentan un interesante trabajo sobre los cuidadores de niños con diabetes mellitus, epilepsia y distintos tipos de cáncer. Subrayan, entre otras cuestiones, el impacto que se genera en aquéllos en términos psicológicos, la sobrecarga emocional y la afectación de áreas de su vida cotidiana, que incluyen la personal, familiar y social, principalmente.

En el capítulo 4, Sánchez y Barrientos describen un panorama general de cuáles son los fundamentos teórico-prácticos que guían el trabajo de los psicólogos en una clínica de dolor dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Ponen especial énfasis en la necesidad de contar con un sólido entrenamiento en lo teórico y en lo metodológico, a efecto de garantizar el diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención: primero desde la perspectiva de la propia disciplina, y después desde una interdisciplinaria, que comporta la interacción profesional de los psicólogos con algólogos, enfermeras y trabajadoras sociales, por mencionar unos cuantos.

Desde el Instituto Nacional de Perinatología, en el capítulo 5, Sánchez *et al.* analizan el papel de los antecedentes sexuales (experiencia sexual infantil traumática, información sexual, temores a la sexualidad, etcétera) y los factores de personalidad (masculinidad, femineidad, machismo, sumisión y autoestima) en relación con la presencia de diversas disfunciones sexuales. En mujeres: el deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la excitación y del orgasmo, la dispareunia y el vaginismo; en hombres: el deseo sexual hipoactivo, los trastornos de la erección y del orgasmo y la eyaculación precoz.

Por su parte, en la sección II se incluyen siete trabajos. En el capítulo 6, Ybarra, García-Cedillo y Piña, con base en un modelo psicológico estudiaron el problema de la adhesión al tratamiento con medicamentos antirretrovirales en una muestra de personas con VIH o sida; con un análisis de regresión jerárquico descubrieron que los bajos niveles de estrés vinculados con tolerancia a la ambigüedad, una elevada motivación y un óptimo desempeño competencial predijeron aquellas conductas.

En el capítulo 7, García y Sánchez-Sosa, a partir de un examen de los componentes cognoscitivo-conductuales que influyen sobre las conductas de adhe-

sión y de ajuste a la enfermedad en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2, reportan que con una intervención motivacional y otra educativa los pacientes mejoraron su salud física y emocional en sólo tres meses de tratamiento, logrando muchos de ellos modificar los niveles de hemoglobina glucosilada, sin necesidad de hacer cambios en la prescripción médica.

En el capítulo 8, Vega-Michel y Camacho analizan los problemas en la investigación sobre el fenómeno de la personalidad en el contexto de la relación psicología y salud. Apoyándose en las propuestas teóricas y metodológicas de Emilio Ribes Iñesta y José Santacreu Mas, describen los resultados obtenidos en una serie de estudios en los que se ha investigado sobre dos estilos interactivos —minuciosidad y transgresión de la norma— y su relación con un parámetro biológico del proceso de salud: los niveles de cortisol salival.

Mientras tanto, en el capítulo 9 Vázquez *et al.* analizan los datos obtenidos en tres casos diagnosticados con trastorno por atracón en una amplia muestra de estudiantes de bachillerato. Se encontró que en los tres casos (hombres) se identificaron problemas de obesidad, oscilaciones en el peso corporal y niveles de insatisfacción corporal; asimismo, en uno de ellos se hizo notorio un nivel severo de sintomatología clínica relacionada tanto con ansiedad como con depresión.

En el capítulo 10, Vázquez *et al.* reportan datos de un estudio que relaciona a la familia con los trastornos de la conducta alimentaria. Como variables centrales se analizaron la cohesión, la organización, la actuación, la expresividad, etcétera, como parte de las relaciones interpersonales que acaecen en el seno de la familia. Los autores proponen un modelo de funcionamiento familiar basado en la incorporación de categorías que incluyen al desarrollo —social, intelectual y moral— y las relaciones intrafamiliares.

En el capítulo 11, Martínez y Barrios inician con un análisis breve pero sustancial de la investigación experimental que se ha conducido en relación con el consumo de alcohol y sus efectos sobre la salud en organismos no humanos. Exponen, asimismo, su experiencia en ese tipo de investigación, utilizando diferentes modelos experimentales. Con base en el de disponibilidad de alcohol bajo condiciones de actividades y libre acceso, han explorado los efectos de la disponibilidad del alcohol en ratas y su consumo crónico, en particular sobre los patrones de alimentación, la actividad general que despliegan y el peso corporal.

Finalmente, en el capítulo 12, Moo y Castillo presentan una revisión y un análisis del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) como una alteración de ciclo respiratorio que ocurre cuando se duerme, desestabilizando el sueño y con repercusiones negativas sobre la salud física y psicológica. Considerado como un problema de salud pública que ocurre en 2 a 10% de la población, el SAOS es un trastorno que se ha asociado con enfermedades como la hipertensión, la diabetes y el síndrome metabólico, así como con alteraciones en la salud psicológica que incluyen depresión, hipocondría y psicopatía, principalmente.

Son trabajos, pues, que en conjunto ofrecen al lector elementos para entender que desde la psicología se pueden hacer aportaciones valiosas en el ámbito de la salud, ya sea en las instituciones del ramo o en los propios escenarios naturales, es decir, en el seno mismo de las comunidades. Tal como se desprende del contenido de los 12 capítulos, esas aportaciones comportan compromisos tendientes a prevenir el acaecimiento de las enfermedades o de los trastornos de salud referidos líneas atrás, así como a procurar su rehabilitación, una vez que han sido diagnosticados o que se les ha evaluado en su manifestación práctica. Por lo tanto, no tenemos la menor duda de que son trabajos, todos, que eventualmente impactarán positivamente el diseño, instrumentación y evaluación de muchas de las políticas públicas sobre salud en nuestro país, que hoy más que nunca requieren una amplia revisión, así como una profunda discusión por el colectivo de profesionales de la salud.

Es tiempo, pues, de que las autoridades de salud de todos los niveles entiendan que la participación, *sin cortapisas ni limitaciones*, de los psicólogos es necesaria para los fines de promover la salud, prevenir la enfermedad y procurar su rehabilitación. Si algo debiera quedar claro es que los especialistas biomédicos por sí solos no resolverán los problemas, partiendo del elemental entendido de que un componente clave en la salud y la enfermedad es, nada más y nada menos, que el de la conducta humana en su dimensión psicológica.

Julio Alfonso Piña López
José Luis Ybarra Sagarduy
Coordinadores

Referencias

- Bayés, R., y Ribes, E. (1992), “Un modelo psicológico de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA”, en J. A. Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta*, Hermosillo, México, Editorial de la Universidad de Sonora, pp.1-21.
- Durán, L. I., M. Hernández y J. Becera (1995), “La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud”, *Salud Pública de México*, 37, pp. 462-471.
- García-Cadena, C. H., y J. A. Piña (2012), “Políticas públicas de salud en México, con especial énfasis en el periodo 1994-2000”, *Salud & Sociedad. Investigaciones en Psicología de la Salud y Psicología Social*, 3, pp. 194-209.
- Rodríguez, G., y M. E. Rojas (1988), “La psicología de la salud en América Latina”, en G. Rodríguez y M. E. Rojas (coords.), *La psicología de la salud en América Latina*, México, Universidad Nacional Autónoma de México/ Miguel Ángel Porrúa, pp.13-32.
- Torres, I., y J. Beltrán (1986), *La psicología de la salud: campos y aplicaciones*, Xalapa, México, Universidad Veracruzana.

SECCIÓN I

1. PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Leticia Ascencio Huertas
Servicio de Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de Cancerología

Introducción

A principios de la década de los cincuenta del siglo pasado, el grupo de psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC), con sede en la ciudad de Nueva York, dio inicio en el área de servicios clínicos a un programa de formación de posgrado que comprendía experiencias didácticas para los psicólogos clínicos y los psiquiatras, así como una iniciativa para la investigación sobre cáncer (Holland y Rowland, 1989). Sumado al diseño de instrumentos psicosociales de medida aplicados al cáncer, ambas actividades se constituyeron en algunos de los antecedentes de la subespecialidad que posteriormente sería conocida como psicooncología, que se asegura nació formalmente en los Estados Unidos de Norteamérica dos décadas después, con motivo de una reunión celebrada por un grupo de investigadores clínicos en el marco de la I Conferencia sobre Investigación Nacional sobre Psicooncología (Cullen, Fox e Isom, 1976).

Dado el creciente interés que generó la psicooncología en diferentes países alrededor del orbe, hacia 1984 se creó la International Psycho-Oncology Society (IPOS), con el objetivo de imprimir un rasgo de coherencia al trabajo en el área, fomentar la colaboración y organizar los conocimientos que se estaban generando tanto por pequeños grupos multidisciplinarios de investigación como por profesionales sanitarios (Die-Trill y Holland, 1995). Pocos años después, en una revisión del desarrollo y el avance de la psicooncología, Dolbeault, Szporn y Holland (1999) encontraron que eran varios los factores históricos que habían propiciado un mayor énfasis en la relación entre las dimensiones psicológica y social en el cáncer. Destacaban, entre otros: el cambio de actitudes en torno al fatalismo que se atribuía al cáncer, mayor divulgación y apertura ante el diagnóstico, así como mayor diálogo entre el médico y el paciente —incluyendo a éste en las discusiones sobre las opciones de tratamiento y la toma de decisiones.

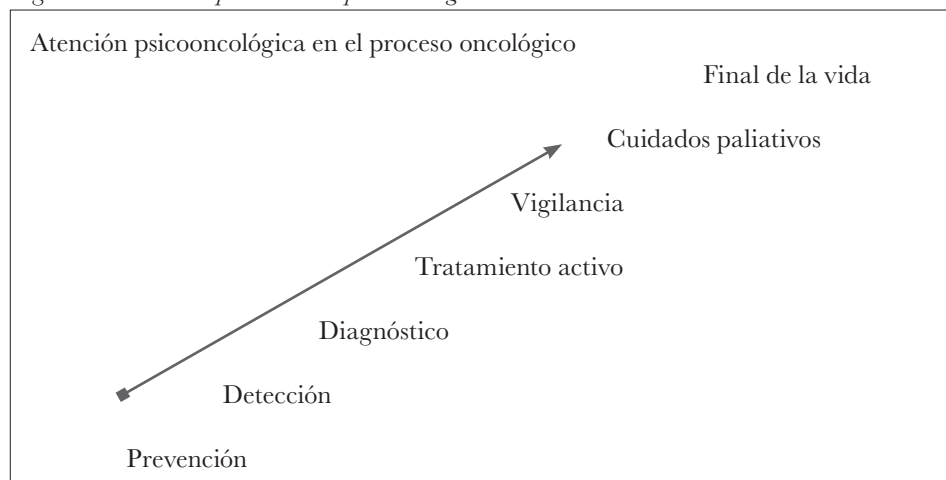
Uno de los principales aspectos que ha permitido el avance de la psicooncología ha sido sin duda la validación de escalas que se basan en los informes de los propios pacientes, ya que son éstos quienes pueden reportar con mucha mejor

precisión qué es lo que acontece con su funcionamiento en los planos físico, psicológico, social, laboral, sexual y espiritual (Dolbeault *et al.*, 1999). Otro aspecto que coadyuvó a fortalecer el área se tiene con el diseño e instrumentación de modelos de atención, como el de J. Holland, quien en 1998 propuso un modelo de investigación como punto de partida para integrar las distintas variables a considerar durante el proceso de la enfermedad oncológica (Costa y Ballester, 2011).

En la actualidad, la psicooncología se enmarca dentro de la psicología de la salud, como una subespecialidad de la misma que se encarga de la atención y el tratamiento de los pacientes con cáncer y sus familiares. Entre las principales funciones profesionales que los psicólogos están llamados a desempeñar se encuentran la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los factores de riesgo y los estilos de vida que se encuentran asociados con la enfermedad oncológica (figura 1).

No obstante, es importante mencionar que la evolución de esta subespecialidad ha implicado que en la actualidad se tengan en cuenta otras funciones más, como: *a)* la atención clínica de los pacientes y sus familiares; *b)* el desarrollo de

Figura 1. *Rol contemporáneo de la psicooncología*



Fuente: adaptada de Holland, 2002.

instrumentos de medición relacionados con el control de los síntomas, el manejo del dolor, los cuidados paliativos y los apoyos en los planos psicosocial y sexual; *c)* el desarrollo de programas de formación de personal en el manejo psicológico en torno al cáncer; *d)* el impulso en el campo de la investigación, tanto en lo que toca a la prevención de la enfermedad como en lo que concierne a los trastornos psicológicos y a los problemas psicosociales que surgen durante el proceso de la misma, incluida la atención al final de la vida, y *e)* la difusión de la psicooncolo-

gía en el ámbito médico (Almanza y Holland, 2000; Alvarado, 2008; Breitbart y Chochinov, 1998; Holland y Frei, 2003; Sperner-Unterweger, 2011).

La psicooncología en México

En México, la psicooncología surgió como subespecialidad a principios de 1980, al unirse la psicología y la psiquiatría con la oncología, por iniciativa del doctor Juan Ignacio Romero, quien fue apoyado tanto por el doctor Arturo Beltrán — en ese entonces director general del Instituto Nacional de Cancerología— como por otros destacados profesionales del ramo. Fue una época en la que se firmaron convenios de entrenamiento con diversas facultades y escuelas de psicología, así como con institutos y centros oncológicos para la prestación del servicio social y la práctica clínica (Alvarado, 2004, 2007; Velázquez, García, Alvarado y Ángeles-Sánchez, 2007). Hacia 1987 se fundó la Sociedad Mexicana de Psicooncología, aunque fue hasta 2001 que se reiniciaron sus actividades. En febrero de 2004 se promovió la formación del Comité de Psicooncología en la Sociedad Mexicana de Oncológica (Alvarado, 2004).

Actualmente son más los centros oncológicos de atención a población adulta que cuentan con el apoyo del área de psicooncología, ya sea con modelos interconsultantes o fundacionales; destacan el Instituto Nacional de Cancerología y múltiples centros distribuidos a lo largo y ancho del país: el Instituto Estatal de Cancerología de Guerrero, el Hospital Miguel Hidalgo en Aguascalientes, el Centro Estatal de Oncología de Campeche, el Centro de Cancerología de Chihuahua, el Centro Oncológico de Tamaulipas, el Centro Estatal de Cancerología de Colima, el Centro de Radioterapia en Culiacán, el Centro Estatal de Cancerología de Durango, el Instituto Jalisciense de Cancerología, el Hospital Oncológico del estado de Sonora, el Centro Estatal de Oncología Dr. Rubén Cardoza Macías de la Paz, el Hospital General Regional de León, el Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, el Centro Anticanceroso de Mérida, el Hospital Regional de Alta Especialidad de la península de Yucatán, el Hospital Universitario Dr. José E. González de Monterrey, el Centro Estatal de Atención Oncológica de Morelia, el Centro Estatal de Cancerología de Nayarit, el Centro de Oncología y Radioterapia de Oaxaca, el Hospital Regional de Alta Especialidad en Oaxaca, la Unidad de Oncología de los Servicios de Salud en Puebla, el Hospital Universitario de Puebla, el Hospital Universitario de Saltillo Dr. Gonzalo Valdés Valdés, el Centro Potosino contra el Cáncer, el Centro Estatal de Cancerología en Chiapas, el Hospital Regional de Alta Especialidad de Tapachula, la Unidad de Oncología en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casaus de Villahermosa, el Centro Estatal de Cancerología Dr. Miguel Dorantes Mesa de Xalapa, así como el Centro Oncológico Estatal ISSEMYM, el Hospital General de México y el Hospital Juárez de México. Se tienen, también, muchos otros centros oncológicos

privados, como el Centro Oncológico Integral Diana Laura Riojas de Colosio en Médica Sur, así como otros ubicados en los hospitales Español y Ángeles.

La psicooncología en los diferentes niveles de atención

La Organización Mundial de la Salud reconoce varios niveles de asistencia en oncología: *a)* la atención primaria a la salud; *b)* la atención en hospitales generales y de alta especialidad, y *c)* la atención en cuidados paliativos. En nuestro país, la atención del cáncer se encuentra organizada con base en el Sistema Nacional de Salud, donde en el área de psicooncología se realizan diferentes actividades. Destacan la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, la evaluación, la intervención, la rehabilitación y los cuidados paliativos. En el cuadro 1 se describen las actividades de la psicooncología en cada uno de los niveles de atención hospitalaria.

Es importante retomar el modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad y sus derivaciones hacia determinados temas o aspectos, como lo establece Grau (1996; citado en Martín, 2003), puesto que dicho modelo ha sido adaptado a la psicooncología:

1. *Salud*: conducta saludable, modelos salutogénicos, modelos de creencias de salud, factores de riesgo, estrés y variables personales relacionadas con el cáncer.
2. *Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada. Problemas psicológicos de los programas de screening*: prueba del papanicolau, autoexploración mamaria, análisis del antígeno prostático, etcétera.
3. *Enfermedad sintomática no diagnosticada*: búsqueda de ayuda médica especializada en cáncer, y en atribuciones y estigmas sobre la enfermedad oncológica.
4. *Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico*: comunicación del diagnóstico de cáncer, de su evolución y su pronóstico; dolencia; enfermedad e impacto en los planos emocional, social, económico y espiritual; rol de enfermo, sus necesidades, sus limitaciones, sus temores y su influencia negativa en los sistemas familiar y laboral.
5. *Desarrollo de la enfermedad*: adhesión terapéutica a los tratamientos oncológicos, que incluyen quimioterapia, radioterapia y cirugía, principalmente. Recuperación: prevención terciaria en el cuidado del cáncer; estado crónico relacionado con la adaptación y el ajuste a la enfermedad oncológica.
6. *Calidad de vida del enfermo crónico*: reintegración social, familiar y laboral después de los tratamientos oncológicos; discapacidad y efectos secundarios de los tratamientos oncológicos: proctitis pos radiación, castración hormonal o quirúrgica, amputaciones, etcétera.
7. *Muerte (cuidados paliativos)*: comunicación del pronóstico; adaptación ante la muerte; atención psicológica al final de la vida para el paciente y sus familiares; manejo del duelo.

Cuadro 1. *Niveles de atención en salud y actividades psicooncológicas*

Niveles de atención	Actividades en psicooncolología
Atención primaria	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Centros de salud ➤ Unidades y clínicas de medicina familiar 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de acuerdo con factores de riesgo de la enfermedad oncológica ➤ Detección oportuna del cáncer (screening)
Hospitales generales de referencia	
<p>Son un conjunto de seis unidades hospitalarias distribuidas en el Distrito Federal y zonas conurbadas, que operan como unidades de concentración para todo el territorio nacional. Tienen como objetivo la prestación de servicio de atención médica general y especializada, con capacitación y formación de recursos humanos calificados, así como con actividades de investigación en salud. Existen más de 20 especialidades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de factores de riesgo asociados con la enfermedad oncológica ➤ Evaluación de los procesos psicológicos asociados con el cáncer ➤ Intervención psicosocial ➤ Rehabilitación ➤ Investigación en psicooncolología
Hospitales regionales de alta especialidad	
<p>Ofrecen un conjunto variable de especialidades y subespecialidades clínico-quirúrgicas dirigidas a atender padecimientos de baja incidencia y alta complejidad diagnóstico-terapéutica. Involucran a profesionales de diferentes disciplinas con saberes especializados y alto grado de destrezas en problemas extremos que incluyen la vida y la muerte de las personas, así como los sentimientos asociados tanto de los usuarios como de sus familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción de la salud ➤ Prevención de factores de riesgo asociados con la enfermedad oncológica ➤ Evaluación de los procesos psicológicos asociados con el cáncer ➤ Intervención psicosocial ➤ Rehabilitación ➤ Investigación en psicooncolología
Institutos nacionales de salud	
<p>Son 12 instituciones que abarcan el territorio nacional y su objetivo principal es la investigación científica en el campo de la salud, la formación y la capacitación de recursos humanos calificados, así como la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Evaluación de procesos psicológicos asociados con el cáncer ➤ Intervención psicosocial ➤ Rehabilitación e integración psicosociales ➤ Investigación en psicooncolología y otras subespecialidades (cuidados paliativos) ➤ Promoción de la gestión hospitalaria

A continuación presentaremos un panorama acerca de cómo la psicooncología se ha incorporado en los diferentes niveles de atención en el sistema de salud y cuáles son las principales funciones y actividades que se realizan.

La psicooncología en la atención primaria

La prevención primaria es aquello que ocurre antes de que se presenten los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y factores medioambientales que facilitan o potencian el efecto de estímulos patógenos cotidianos desde antes de enfermarnos. Se pueden distinguir dos tipos de actividades principales en la prevención primaria: las de protección de la salud (que son ejecutadas con respecto del medioambiente) y las de promoción de la salud y prevención de enfermedades, que se concentran en las personas. Sobre el particular, Prieto (2004) establece que existen tres niveles de prevención que corresponden a las diferentes fases del desarrollo de la enfermedad oncológica: primaria, secundaria y terciaria.

1. *Intervención en el nivel de prevención primaria:* las medidas están orientadas a evitar la aparición de la enfermedad mediante el control de los agentes causales y de los factores de riesgo; la promoción (dirigida a las personas) y la protección de la salud (realizada sobre el medio ambiente). Las intervenciones en este sentido se han orientado a propiciar cambios en el estilo de vida, dado que buena parte de los estímulos carcinógenos, o los sospechosos de promover el cáncer, son placenteros, reforzantes, reales e inmediatos, lo que implica la realización de un balance costo-decisional importante.
2. *Intervención en el nivel de prevención secundaria:* las medidas se centran en detener o retardar el progreso de una enfermedad ya diagnosticada en una persona, en cualquier punto de su aparición, mediante la realización de pruebas de detección. Las metas por realizar tienen que ver con conseguir una transmisión eficaz de información a la población general y, en especial, a las poblaciones de alto riesgo; se busca propiciar que se adquieran hábitos periódicos y sistemáticos de detección.
3. *Intervención en el nivel de prevención terciaria:* las medidas tienen como finalidad evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad, cuyo objetivo principal es la mejora en la calidad de vida de las personas enfermas (Prieto, 2004).

El psicooncólogo forma parte del equipo interdisciplinario en el centro de atención primaria y ofrece el soporte psicológico a pacientes y familiares que acuden a consulta de manera ambulatoria, fomentando y fortaleciendo conductas saludables, con acciones que coadyuvan a la modificación de estilos de vida asociados

con el cáncer; esto es, obesidad, tabaquismo, conductas sexuales de riesgo, buenos hábitos de alimentación, etcétera. Sin embargo, la actuación del psicólogo en el primer nivel de atención no se reduce al paciente de manera individual y ambulatoria, sino también es grupal y comunitaria; asimismo, en los casos en que la enfermedad precisa de cuidados paliativos, el psicólogo puede acudir al domicilio para proporcionar la atención tanto para el paciente como para sus familiares.

La psicooncología en hospitales generales y de alta especialidad

La psicooncología en los hospitales generales de referencia y en hospitales regionales de alta especialidad, como el Hospital Juárez de México, parte de un modelo de formación que engloba tanto el componente teórico-didáctico como el práctico-asistencial, mediante la supervisión clínica estructurada; el objetivo último que se persigue es el de garantizar una adecuada práctica asistencial al paciente oncológico.

Con la finalidad de que el lector disponga de una mejor información sobre lo expuesto previamente, a continuación describimos los resultados de un estudio transversal, que tuvo por objeto identificar las actividades asistenciales, académicas y de investigación en el área de psicooncología que se realizan en los servicios de oncología, hematología y oncología pediátrica de un hospital general de referencia en el norte de la Ciudad de México. El método de interacción que guía las diferentes actividades en esta unidad de psicooncología es el *modelo fundacional* (MFU),¹ en el que el psicooncólogo forma parte activa del equipo profesional del servicio de oncología; es decir, que no sólo es considerado como parte del equipo de interconsulta.

Uno de los objetivos a los que se busca dar cumplimiento en dicha unidad tiene que ver con formar psicólogos especializados en la atención del paciente con cáncer en las diferentes etapas de la vida, a través de conocimientos teórico-prácticos y el entrenamiento en habilidades clínicas necesarias para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento psicológico de las reacciones emocionales y los trastornos psicopatológicos presentes en el paciente con cáncer y sus familiares; también, para la adquisición de habilidades y conocimientos necesarios que les permitan el desarrollo de programas de investigación en el campo de la psicooncología. En síntesis, las principales actividades que realiza el psicooncólogo se agrupan en tres áreas: docencia, investigación y asistencia.

En la docencia, las actividades están centradas en la supervisión directa del paciente oncológico, en la revisión y la discusión de casos clínicos, en la revisión

¹ El *modelo fundacional* está basado en la incorporación del psicooncólogo a las unidades de oncología y fue establecido originalmente en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de la ciudad de Nueva York.

de artículos enfocados al área de psicooncología, en la participación en sesiones conjuntas con el personal adscrito al servicio de oncología, oncología pediátrica y hematología, así como en la revisión de temas médicos y psicológicos para la atención integral del paciente oncológico. Cabe señalar que se contemplan varias actividades de formación y capacitación para los psicólogos en el área de psicooncología, dentro de las que vale la pena mencionar las siguientes:

1. Revisión de un programa académico de psicooncología, en el que se discute sobre los temas básicos de psicooncología: antecedentes del área, generalidades del cáncer, aspectos psicológicos en las diferentes etapas del cáncer, aspectos psicológicos en los diversos tratamientos oncológicos, etcétera.
2. Revisión de casos clínicos, cuyo trabajo está basado en el análisis funcional y en la psicología basada en evidencia; el principal objetivo aquí es promover la discusión de los diagnósticos, los posibles tratamientos y el pronóstico psicológico.
3. Programa de revisión de temas oncológicos para entender el desarrollo, la evolución y el tratamiento del cáncer.

En el área de investigación destacan temáticas generales que están relacionadas con calidad de vida, afrontamiento, tratamientos psicológicos y alteraciones emocionales relacionadas con el cáncer en sus diferentes momentos y etapas: ansiedad, depresión, estrés, fatiga, disfunciones cognitivas, salud sexual y respuesta inmunológica. Finalmente, en el área de asistencia, la atención psicológica involucra tanto al paciente con cáncer como a sus familiares. Con el propósito de mostrar los procesos de atención más frecuentes se analizó una muestra de 2 514 pacientes con cáncer de los servicios de oncología (conformados por cuatro clínicas: tumores mamarios, de cabeza y cuello, mixtos, y oncoginecología), hematología, y oncopediatria, que incluye a pacientes de oncopediatria (tumores sólidos) y hematopediatria. Los resultados se muestran en el cuadro 2.

La edad promedio de las personas atendidas fue de 37.4 años; el rango de edad más frecuente fue de 11 a 20 años (25.5%), seguido en orden descendiente por el de 51 a 60 (14.3%), de 41 a 50 (13.4%), de 21 a 30 (12.2%) y de 31 a 40 (10.7%).

Por otro lado, la población mayoritariamente atendida fue del género femenino (53.9%), mientras que, en su mayoría, se trataba de personas con visitas subsecuentes (66.6%). Con respecto al área de atención, 72.8% la recibió en hospitalización y 27.2% en consulta externa. Por lo que hace a la Clínica de Atención en Oncología, 32.5% fue de hematología, 23.7% de tumores mixtos y 11.8% de hematopediatria, básicamente.

En el cuadro 3 se puede observar que el proceso de atención psicológica más utilizado fue la psicoterapia de apoyo (37.1%), que consiste en que el paciente mantenga un equilibrio emocional por medio de la reducción de síntomas que provocan ansiedad (Pérez, s.f.); la entrevista inicial tiene por objetivo detectar

Cuadro 2. *Variables sociodemográficas y principales tumores atendidos en los servicios de oncología*

Variables	Frecuencias	Porcentaje
Edad (por grupos en años)		
1-10	182	7.2
11-20	640	25.5
21-30	306	12.2
31-40	268	10.7
41-50	338	13.4
51-60	360	14.3
61-70	233	9.3
71-80	125	5
81-90	46	1.8
Género		
Femenino	1 355	53.9
Masculino	1 159	46.1
Motivo de atención		
Primera vez	837	33.3
Subsecuente	1 674	66.7
Tipo de atención		
Hospitalización	1 830	72.8
Consulta externa	684	27.2
Clínicas oncológicas		
Hematología	818	32.5
Tumores mixtos	597	23.7
Hematopediatría	296	11.8
Oncopediatría	223	8.9
De cabeza y cuello	229	8.8
De mama	212	8.4
Oncoginecología	148	5.9

la condición emocional del paciente con respecto a la enfermedad oncológica, una vez que se ha confirmado el diagnóstico de cáncer (25.7%); asimismo, en un porcentaje importante se ha utilizado la psicoterapia breve en su modalidad cognoscitivo-conductual, en los términos planteados por varios autores (Kanfer y Goldstein, 1993; Meichenbaum y Genest, 1993; Phares, 1996).

Con un porcentaje menor se tiene a la psicoterapia familiar (8.7%), que se enfoca principalmente en los familiares del paciente con cáncer; fortaleciendo las redes de apoyo familiar y social a través de diversas técnicas cognoscitivo-conductuales. Finalmente, la intervención en crisis (2.6%) tiene como finalidad reducir el peligro y captar la atención del paciente oncológico para que éste elabore un

Cuadro 3. *Procesos de atención psicológica en pacientes atendidos en los servicios de oncología*

Tipos de atención/actividades	Frecuencias	Porcentaje
Psicoterapia de apoyo	933	37.1
Entrevista inicial	647	25.7
Psicoterapia breve	445	21.7
Psicoterapia familiar	218	8.7
Intervención en crisis	66	2.6
Evaluación psicométrica	29	1.2

plan de vida y enfrente las nuevas circunstancias que devienen de su enfermedad (Caplan, 1964, García, s.f.; Hillers y Rey, 2005). De la misma manera, los resultados obtenidos en la evaluación psicométrica (1.2%) nos permiten identificar los posibles trastornos psicopatológicos, puesto que hay pacientes con reacciones condicionadas y otros efectos relacionados con la quimioterapia (náuseas, vómitos anticipatorios y cambios en la imagen corporal), respuestas de bloqueo y ansiedad previas a la intervención quirúrgica, disfunciones sexuales, agotamiento emocional, adaptación a la nueva dinámica invasiva de consultas al hospital, pruebas, controles, etcétera.

En el cuadro 4 se resumen algunos de los instrumentos psicológicos más utilizados en la Unidad de Psicooncología, que son claves para los efectos de lograr los objetivos de atención antes planteados. Se trata de instrumentos que en todos los casos han sido validados en nuestro país y que cuentan con óptimas propiedades psicométricas de confiabilidad y validez.

En relación con los diagnósticos psicológicos, es importante mencionar que éstos se basan en las respuestas emocionales, de acuerdo con las diferentes etapas que cursa la enfermedad oncológica: diagnóstico, tratamiento, vigilancia, de recidiva y terminal. Para ello es preciso apoyarse en los elementos contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, por sus siglas en inglés), donde se consideraron los trastornos psicológicos clasificados del F00 al F99, así como en el DSM-IV-TR, del cual se tienen en cuenta cinco ejes:

Eje I. Trastornos clínicos.

Eje II. Trastornos de personalidad y retraso mental.

Eje III. Enfermedades médicas.

Eje IV. Problemas psicosociales.

Eje V. Evaluación global.

Cuadro 4. *Instrumentos psicológicos más utilizados en psicooncología*

- Autorregistro de emociones
- Autorregistro para enuresis/encopresis
- Beta II-R (Instrumento no verbal de inteligencia)
- Casa y familia, autoconcepto, escuela y compañeros
- Cuestionario de calidad de vida o EROTC
- Cuestionario factorial de personalidad: adolescentes y adultos (16 PF)
- Cuestionario de imagen corporal de Hopwood
- Escala de Gesell
- Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit
- Escala Bayley de desarrollo infantil
- Escala de ansiedad-depresión en hospital HAD (Sigmond y Snaith)
- Escala de depresión de Zung
- Escalas de inteligencia de Weschsler
 - WIPSI
 - WISC
 - WAIS
- Frases incompletas de Sacks
 - Niños
 - Adolescentes
 - Adultos
- HTP (casa-árbol-persona)
- Índice de sensibilidad a la ansiedad
- Inventario conductual de cáncer (ICC)
- Inventario de ansiedad de Beck
- Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE)
- Mini examen cognoscitivo (MEC)
- Test de apercepción temática (TAT)
- Test de Barcelona
- Test de inteligencia de Terman – Merrill
- Test de la figura de rey Oldstrey
- Test de la figura humana de Machover
- Test de personalidad: MMPI
- Test visomotor de Bender

Por su parte, en el cuadro 5 se describen los principales resultados de los diferentes diagnósticos psicológicos. El 34% de los pacientes atendidos se encontraba en fase de tratamiento, es decir, recibían atención oncológica curativa: cirugía, quimioterapia o radioterapia. El 12.3% de los pacientes fue atendido al momento de confirmarse el diagnóstico oncológico y 7.9% se encontraba en fase de recaída. Por lo que hace al DSM-IV-TR, la mayoría de los pacientes se ubicó en el eje I (7.7%), cumpliendo con los criterios diagnósticos de reacciones graves de estrés y trastornos adaptativos (F43), mientras que 7.4% presentaba trastornos de ansiedad (F40 y

Cuadro 5. *Principales diagnósticos psicológicos basados en las etapas de enfermedad según el CIE-10 y el DSM-IV-TR*

Respuestas adaptativas según las etapas que cursa la enfermedad	Frecuencias	Porcentaje
Fase de tratamiento	896	34
Fase de diagnóstico	308	12.3
Fase de recaída	198	7.9
Fase fuera del manejo oncológico y fase terminal	105	4.2
Fase libre de tratamiento	77	3.1

Criterios diagnósticos según el CIE-10 y el DSM-IV-RT		
Reacciones de estrés grave y trastornos adaptativos (F43)	193	7.7
Trastornos de ansiedad (F40 y F41)	186	7.4
Episodios depresivos (F32)	119	4.7
Problemas relacionados con grupos de apoyo (Z63)	94	3.7
Trastornos específicos de la personalidad (F60)	47	1.9
Trastornos depresivos recurrentes (F33)	44	1.8
Trastornos somatomorfos (F45)	42	1.7

F41), 4.7% episodios depresivos (F32), 1.8% trastornos depresivos recurrentes (F33) y 1.7% trastornos somatomorfos (F45). Asimismo, en el eje II sólo 47 pacientes presentaron trastornos específicos de personalidad (1.9%), en tanto que en el eje IV, 94 pacientes (3.7%) presentaron problemas relativos al grupo primario de apoyo (Z63).

Por lo que hace al tratamiento psicológico, los objetivos de la intervención están orientados básicamente a:

- 1 Reducir síntomas psicológicos: ansiedad, depresión, distrés y desesperanza, entre otros.
2. Generar una mejor adaptación al proceso de la enfermedad.
3. Promover un sentido de control personal y una participación activa en el proceso de enfermedad, los tratamientos y el seguimiento posterior.
4. Fomentar la comunicación entre el enfermo, sus familiares y el equipo de salud.
5. Promover la adhesión a los tratamientos oncológicos.
6. Incrementar el afrontamiento activo y la percepción de superación.
7. Mitigar los efectos secundarios asociados, por ejemplo con el dolor, la fatiga, la anorexia y los vómitos.
8. Proporcionar atención psicoemocional en la recaída o cuando se encuentran fuera de manejo oncológico.

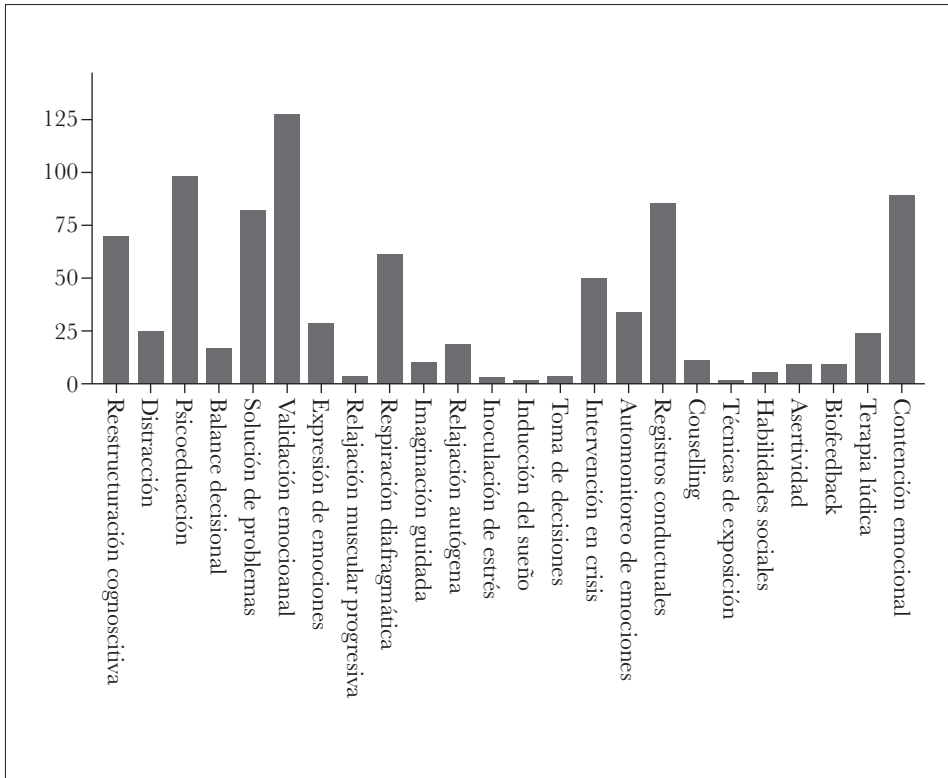
Para el cumplimiento de las distintas actividades vinculadas con la intervención, las técnicas que más se han utilizado son las de corte cognoscitivo-conductual, que han demostrado su eficacia en los contextos hospitalarios (gráfica 1).

Destacan, entre otras, la validación emocional (21.4%), la psicoeducación (20.7%), la solución de problemas (13.8%), la intervención en crisis (7.6%), la expresión de emociones (6.9%), la terapia lúdica (6.2%), la terapia de contención emocional (4.8%), la reestructuración cognoscitiva, la respiración diafragmática y la consejería (ambas con 4.1%).

La psicooncología y los cuidados paliativos

En el área de cuidados paliativos se considera la tríada paciente-familiares-equipo de salud como el foco de atención, por lo que la responsabilidad del psicooncólogo es aportar sus conocimientos y su experiencia a todos sus integrantes, evitando las experiencias de estrés y el sufrimiento que se pudieran experimentar

Gráfica 1. *Técnicas cognoscitivo-conductuales más utilizadas en la Unidad de Psicooncología de un hospital general de referencia*



eventualmente por cada uno de sus integrantes. La psicooncología tiene una función fundamental dentro de los cuidados paliativos, partiendo de que una enfermedad como el cáncer se distingue por su connotación psicosocial y por generar un gran impacto emocional, en virtud de la íntima relación entre las actitudes, la conducta de las personas y su estado de salud; hay que entender que la enfermedad oncológica, sobre todo en su fase terminal, se asocia con sufrimiento, muerte, minusvalía, incertidumbre, así como con el distrés,² que en los pacientes oncológicos en fase avanzada provoca afectaciones en la autonomía, el control, la imagen corporal y la autoestima.

En la fase terminal de la enfermedad oncológica, tanto el paciente como sus familiares se ven expuestos a una constante sensación de pérdida que puede resultar desequilibrante. El paciente muere biológicamente en una fecha determinada, pero antes de su fallecimiento experimenta pérdidas en los planos físico, emocional, social, financiero y espiritual; algunas de estas pérdidas son graduales y otras súbitas; algunas son reales y otras simbólicas. Sin embargo, todas conllevan una profunda tristeza y la experiencia de temores, rabia, culpas, angustia y otras respuestas emocionales. Para enfrentar estos problemas, cada paciente y cada familiar emplean diferentes mecanismos de adaptación y diversas estrategias de afrontamiento que pueden hacer más fácil el proceso terminal, facilitando la aceptación y el ajuste ante una muerte inminente.

En esta fase el quehacer profesional del psicooncólogo es muy estresante, angustiante, desconcertante y emocionalmente desgastante debido a que su intervención va cargada de expectativas y de emociones muy intensas que exigen del terapeuta un gran cuidado para no lastimar más ese escenario frágil y resentido por el que transitan las personas con cáncer en fase terminal; de ahí la inmensa responsabilidad que tiene el terapeuta que trabaja en el equipo de cuidados paliativos. En última instancia, la psicooncología en el área en cuestión puede aportar bienestar y reducir la ansiedad, evitando una actitud enjuiciadora, siendo cálida y con disposición de escucha activa, con la facultad para establecer un diagnóstico psicológico a través de la evaluación clínica acertada y cuidadosa, procurando devolver al paciente y a sus familiares la sensación de control, y facilitando progresivamente la reestructuración ordenada de un sistema en caos, lo se traduce en una más adaptada preparación para la muerte y en una elaboración adecuada del duelo. Los principales objetivos que se persiguen en el área de cuidados paliativos incluyen:

² El distrés en pacientes oncológicos se define como una experiencia emocional displacentera multifactorial de naturaleza psicológica (cognoscitiva, conductual y emocional), social y/o espiritual, que puede interferir en la capacidad de los pacientes para afrontar efectivamente la enfermedad oncológica, sus síntomas y los tratamientos prescritos (Holland, Andersen, Breitbart, Compas, Dudjley, Fleishman *et al.*, 2010).

1. Identificar y evaluar el estado emocional del paciente oncológico que se encuentra en etapa terminal.
2. Ayudar al paciente terminal y a sus familiares a ser totalmente conscientes de la situación que implica una enfermedad oncológica.
3. Ayudar al paciente y a sus familiares a movilizar los recursos existentes o a desarrollar nuevos y más efectivos mecanismos para enfrentar la situación, a efecto de buscar otras y mejores soluciones.
4. Compartir la responsabilidad por la crisis ante la muerte, de modo que el paciente disponga de ayuda efectiva, además de mantener su autorrespeto y su autoestima.
5. Establecer y mantener un contacto humano permanente, disponible y gratificante con el paciente terminal y con sus familiares.
6. Identificar y fomentar los recursos emocionales del paciente terminal para afrontar las pérdidas graduales y constantes de orden físico, emocional, social, familiar y económico, lo que presupone atender, apoyar y asistir al paciente terminal ante las reacciones psicoemocionales que conlleva el sufrimiento del padecimiento oncológico avanzado.
7. Acompañar y escuchar al paciente, para ayudar a disminuir su ansiedad y su angustia, además de brindar seguridad para que aquél se “atreva” a preguntar al médico que lo trata, sus dudas y sus temores con respecto a los tratamientos, los posibles efectos secundarios y su condición física futura.
8. Ayudar al paciente para la toma de decisiones respecto del tratamiento paliativo, la atención en la consulta externa y hospitalaria, la atención vía telefónica y los cuidados domiciliarios que son pertinentes en cada caso.
9. Identificar y evaluar en las familiares de los pacientes terminales las reacciones de tensión, angustia e incertidumbre ante el pronóstico de la enfermedad, así como clarificar y definir las realidades de la existencia cotidiana que el paciente debe enfrentar.

Con base en estas consideraciones, el equipo de psicooncología adscrito al Instituto Nacional de Cancerología (INC) diseñó un programa de atención psicosocial en el Servicio de Cuidados Paliativos, con el llamado Programa de Atención y Cuidados en Oncología (PACO), para la atención de pacientes de primera vez (figura 2). El proceso inicia cuando el paciente es remitido a atención paliativa por dos vías: primera, cuando recibió algún tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia, radioterapia, terapias blanco, etcétera) y se encuentra fuera de manejo oncológico; segunda, cuando acudió al INC canalizado desde otras instituciones, y al realizar su valoración inicial el cáncer se encuentra en una fase avanzada, por lo que no puede recibir alguno de los tratamientos oncológicos mencionados, de manera que a su vez es canalizado al Servicio de Cuidados Paliativos. El primer contacto que se establece ocurre con el personal de enfermería, quien realiza una valoración inicial a través de la toma de los signos vitales y de las condiciones generales del paciente, estableciendo su nivel funcional con base en las escalas de Karnofsky

(forma típica de medir la capacidad de los pacientes con cáncer para realizar tareas rutinarias) y de actividad del Grupo Oncológico Cooperativo del Este (ECOG).

Posteriormente, el equipo médico evalúa la sintomatología que presenta el paciente por la evolución de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos. Una vez concluida la valoración médica, da inicio el proceso de atención psicooncológica de primera vez en consulta externa, hospitalización, visita domiciliaria y atención telefónica, para lo cual se recurre a una entrevista clínica semiestructurada y/o al uso de instrumentos de evaluación psicológica específicos para pacientes en cuidados paliativos; como se señaló en el apartado correspondiente, el objetivo que se persigue es el de establecer un diagnóstico psicológico para el paciente, el cuidador primario (quien se encarga de los cuidados y las atenciones en el domicilio del paciente) y sus familiares, basado tanto en el CIE-10 como en el DSM-IV-TR. Posteriormente se diseña un plan de tratamiento psicológico individualizado, orientado a las necesidades físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales de cada paciente.

Mientras tanto, en la figura 3 se describe el proceso de atención psicooncológica subsecuente en cuidados paliativos, que inicia con la detección de las necesidades del paciente y de sus familiares, necesidades que están estrechamente ligadas con el proceso de evolución de la enfermedad, por lo que deben ser evaluadas de manera sistemática en cada una de las sesiones. Uno de los principales objetivos de la evaluación y del seguimiento psicológico es estar en condiciones para detectar las principales preocupaciones y necesidades del paciente, los recursos de afrontamiento que fortalecen o limitan su proceso de duelo anticipado, y evaluar la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, así como de alteraciones sensorio-perceptuales como el *delirium*, muy común en los pacientes en fase terminal; finalmente, evaluar cualquier situación que limite el bienestar del paciente y de sus familiares, así como identificar y fortalecer las redes de apoyo familiar y social en el proceso de fase terminal y hasta la muerte. Las intervenciones en este ámbito incluyen desde las de tipo individual, hasta las de pareja, familiar y grupal, a través del uso de técnicas psicológicas cognoscitivo-conductuales: psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, toma de decisiones, solución de problemas, entrenamientos en imaginación, visualización y relajación, además de consejería y arte-terapia.

Hay que subrayar que tanto el cuidador primario como los familiares del paciente en cuidados paliativos también necesitan apoyo psicológico para sobrellevar el impacto que implica el acercamiento con la muerte. Por esta razón se ha desarrollado en la atención psicooncológica la que hemos denominado “escuela de cuidadores”, donde, a través de la técnica de solución de problemas, se les proporciona apoyo psicoemocional, además de que se promueven reuniones familiares cuyo objetivo es conocer las necesidades de sus integrantes, organizar el sistema de cuidados domiciliarios (tanto instrumentales como afectivos), fortalecer la escucha activa e iniciar el apoyo psicológico para el duelo anticipado.

Figura 2. Atención psicooncológica de primera vez en cuidados paliativos

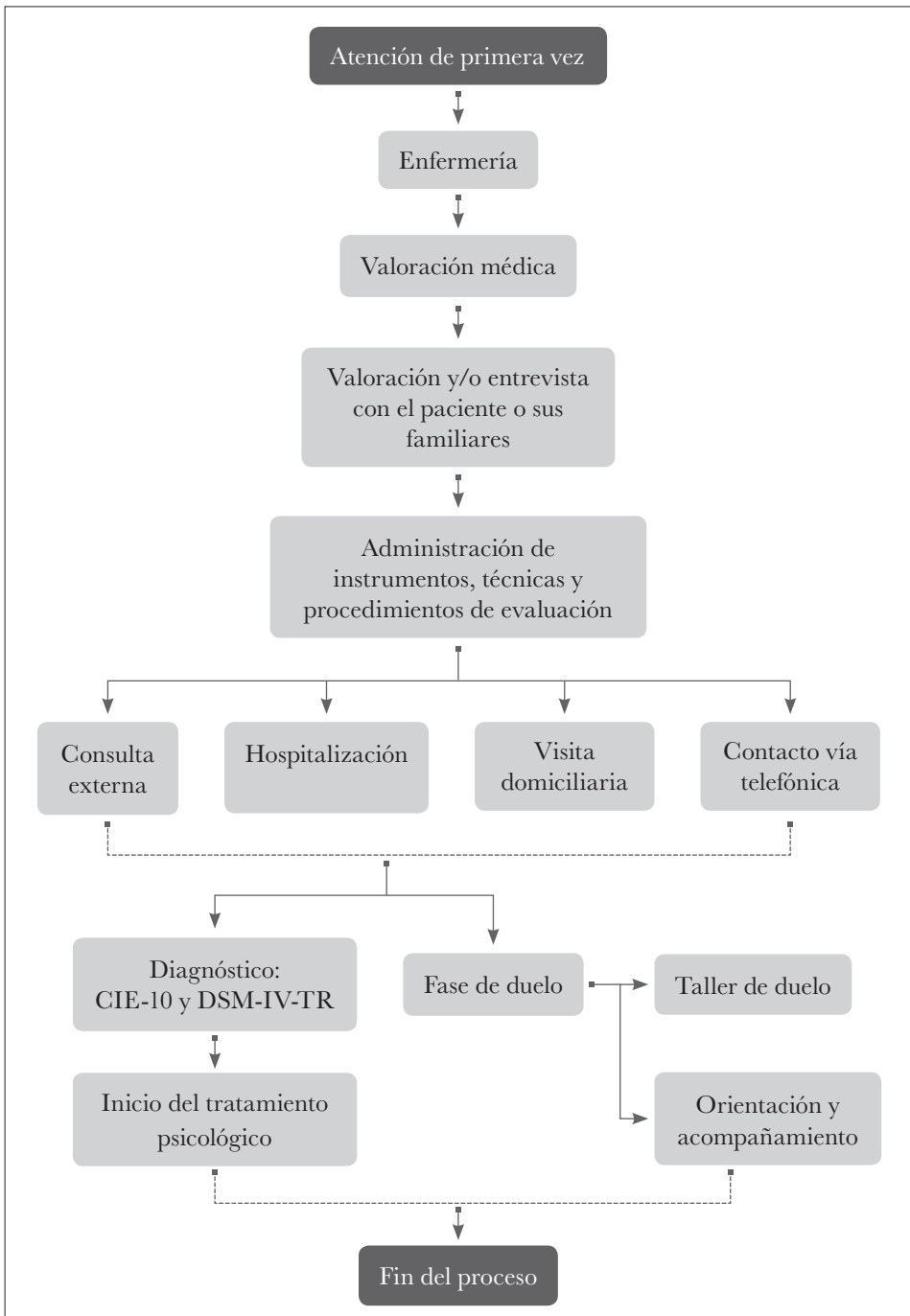
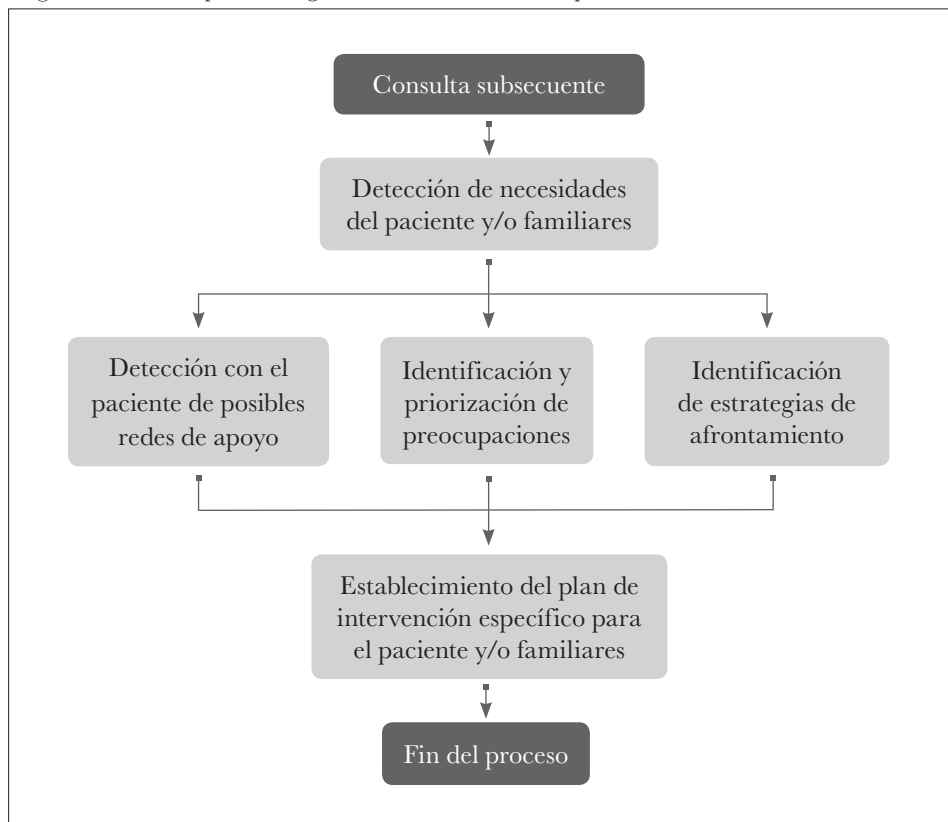


Figura 3. Atención psicooncológica subsecuente en cuidados paliativos



Conclusiones y recomendaciones

Los pacientes con cáncer suelen presentar trastornos psicológicos y/o psiquiátricos en porcentajes que oscilan de 30 a 60% (Sperner-Unterweger, 2011), por lo que es necesario incluir en la oncología a la disciplina orientada a atender esas psicopatologías; nos referimos a la psicooncología, que es definida por los aspectos psicosociales implicados en la prevención, la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del cáncer.

Es interesante hacer notar, de acuerdo con Ernstmann *et al.* (2009), que el equipo de salud en dicha área debe considerar tanto aspectos sociodemográficos como factores psicológicos y los relacionados con la enfermedad y los tratamientos oncológicos. Esto último comporta, por extensión, que la atención de los diferentes tipos de cáncer precisa de la colaboración interdisciplinaria y el establecimiento de reglas claras de operación de los distintos profesionales de la salud involucrados.

En el caso concreto del abordaje de los aspectos psicológicos del cáncer, éste se realiza mediante la aplicación de técnicas terapéuticas inscritas fundamentalmente en la corriente cognoscitivo-conductual (enfocándose sobre el aquí y el ahora del paciente), aunque también existen líneas de trabajo auspiciadas por las corrientes dinámica y sistémica en el tratamiento del cáncer. No obstante, es necesario subrayar que las técnicas que, con base en la evidencia, han demostrado ser mejores y más efectivas cuando se trabaja con pacientes con cáncer, son las primeras, que contribuyen a disminuir los niveles de ansiedad y depresión, facilitando el ajuste del paciente a la enfermedad y su adhesión a los tratamientos.

En la fase paliativa la situación no es diferente. Sirva mencionar que en un estudio tipo metanálisis, Mitchell *et al.* (2011) realizaron búsquedas en bases datos reconocidas (*Medline, PsycINFO, Embase* y la *Web of Knowledge*) sobre estudios que examinaron el rol de la depresión, la ansiedad y el trastorno de adaptación en adultos con cáncer, en los entornos oncológicos, hematológicos y de cuidados paliativos. Identificaron 24 estudios que incluyeron a 4 007 personas de siete países, en todos los casos recibiendo atención paliativa. Los autores encontraron que la prevalencia de la depresión —definida con base en el CIE-10 y el DSM-IV— fue de 16.5% (IC 95%: 13.1-20.3), para depresión mayor de 14.3% (IC 95%: 11.1-17.9) y para depresión menor de 9.6% (IC 95%: 3.6-18.1). La prevalencia del desorden de ajuste fue de 15.4% (IC 95%: 10.1-21.6) y de 9.8% (IC 95%: 6.8-13.2) para ansiedad. Asimismo, la prevalencia combinada de los distintos tipos de depresión fue de 24.6% (IC 95%: 17.5-32.4), depresión o desorden de ajuste con 24.7% (IC 95%: 20.8-28.8) y de 29.0% (IC 95%: 10.1-52.9) para los desórdenes del “humor”. Por otro lado, en 70 estudios que incluyeron muestras de 10 071 personas de 14 países en escenarios oncológicos y hematológicos, se encontró que la prevalencia de la depresión fue de 16.3% (IC 95%: 13.4-19.5), para depresión mayor de 14.9% (IC 95%: 12.2-17.7) y de 19.2% (IC 95%: 9.1-31.9) para depresión menor. Finalmente, la prevalencia del desorden de ajuste fue de 19.4% (IC 95%: 14.5-24.8), de 10.3% para ansiedad (IC 95%: 5.1-17.0) y de 2.7% para distimia (IC 95%: 1.7-4.0). Los diagnósticos combinados fueron comunes, de manera que todos los tipos de depresión ocurrieron en 20.7% (IC 95%: 12.9-29.8) de los pacientes, la depresión o desorden del ajuste en 31.6% (IC 95%: 25.0-38.7) y los desórdenes del “humor” en 38.2% (IC 95%: 28.4-48.6) de los casos.

Con respecto a la investigación, son varias las temáticas que se han desarrollado. Las más avanzadas incluyen la calidad de vida (Duijts, Faber, Oldenburg, Van Beurden y Aaronson, 2011, y Hersch, Juraskova, Price y Mullan, 2009), el afrontamiento (Vespa, Jacobsen, Spazzafumo y Balducci, 2011), los tratamientos psicológicos diversos (Hodges *et al.*, 2011; Jamtvedt, Young, Kristoffersen, O’Brien y Oxman, 2006), así como las alteraciones emocionales relacionadas con el cáncer en sus diferentes momentos y etapas: ansiedad, depresión, estrés, fatiga, disfunciones cognoscitivas, salud sexual y respuestas inmunológicas (Chaturvedik y Venka-

teswaran, 2008; Grassi, Biancosino, Marmai, Rossi y Sabato, 2007; Ledesma y Kumano, 2009; Shennan, Payne y Fenlon, 2011).

Ciertamente, a pesar de que existe un gran bagaje de datos que sirve como sustento empírico de la importancia de la psicooncología, al día de hoy, en nuestro país, si no es que en muchos países de la región, todavía se hace evidente un problema que ha sido ya discutido en México por Piña (2004): la falta de reconocimiento profesional de los psicólogos de la salud en general y de quienes se desempeñan en particular en las instituciones de salud. No hay razón de peso que justifique que ese problema siga vigente, sobre todo cuando, como bien apuntan Singer, Das-Munshi y Brähler (2010), se ha demostrado fehacientemente que un tercio de los pacientes con cáncer sufre trastornos o problemas psicológicos que demandan su abordaje por parte de los profesionales de la psicología, debidamente entrenados en psicooncología.

Referencias

- Almanza, J. J., y J. C. Holland (2000), "Psicooncología: estado actual y perspectivas futuras", *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46, pp. 196-206.
- Alvarado, S. (2004), "La psicooncología en México: perspectiva histórica", *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3, pp. 44-47.
- (2007), "La psicooncología y el oncólogo: un trabajo transdisciplinario", *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6, pp. 85-88.
- (2008), "El psicólogo y su contribución en la oncología", *Gaceta Mexicana de Oncología*, 7, pp. 27-28.
- Breitbart, W., y H. M. Chochinov (1998), "Psycho-oncology Research: The Road Traveled the Road Ahead", *Journal of Psychosomatic Research*, 45, pp. 185-189.
- Caplan, G. (1964), *Principles of preventive psychiatry*, Nueva York, Basic Books.
- Chaturvedi, S. K., y C. Venkateswaran (2008), "New Research in Psychooncology", *Current Opinion in Psychiatry*, 21, pp. 206-210.
- Costa, G., y R. Ballester (2011), "El inicio de la psico-oncología: una breve revisión", *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 99, pp. 21-28.
- Cullen, J. W., B. H. Fox y R. N. Isom (eds.) (1976), *Cancer: The Behavioral Dimensions*, Washington, National Cancer Institute (Publication Number NIH 76-1074).
- Die-Trill, M., y J. C. Holland (1995), "A Model Curriculum for Training in Psycho-oncology", *Psycho-Oncology*, 4, pp. 169-182.
- Dolbeault, S., A. Szporn y J. C. Holland (1999), "Psycho-oncology: Where Have We Been? Where Are We Going?", *European Journal of Cancer*, 35, pp. 1554-1558.
- Duijts, S. F., M. M. Faber, H. S. Oldenburg, M. van Beurden y N. K. Aaronson

- (2011), "Effectiveness of Behavioral Techniques and Physical Exercise on Psychosocial Functioning and Health-related Quality of Life in Breast Cancer Patients and Survivors: A Meta-analysis", *Psychooncology*, 20, pp. 115-126.
- Ernstmann, N., M. Neumann, O. Ommen, M. Galushko, M. Wirtz, R. Voltz y H. Pfaff (2009), "Determinants and Implications of Cancer Patients Psychosocial Needs", *Support Care Cancer*, 17, pp. 1417-1423.
- García, J. C. (s.f.), "Primeros auxilios psicológicos. Modelo para intervenir en crisis. Enfoque terapéutico de urgencia y breve", disponible en <http://www.psicocentro.com>. (Recuperado el 13 de julio de 2012).
- Grassi, L., B. Biancosino, L. Marmai, E. Rossi y S. Sabato (2007), "Psychological Factors Affecting Oncology Conditions", *Advances in Psychosomatic Medicine*, 28, pp. 57-71.
- Grau, J. (1996), "¿Qué aborda la psicología de la salud?", citado en L. A. Martín (2003), "Aplicaciones de la psicología en el proceso de salud", *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, pp. 275-281.
- Hersch, J., I. Juraskova, M. Price y B. Mullan (2009), "Psychosocial Interventions and Quality of Life in Gynaecological Cancer Patients: A Systematic Review", *Psychooncology*, 18, pp. 795-810.
- Hillers, R., y M. Rey (2005), "Dispositivo de atención psicológica del SUMMA 112 tras los atentados del 11-M", *Cuadernos de Crisis y Emergencias*, 4, pp. 25-33.
- Hodges, L. J., J. Walker, A. M. Kleiboer, A. J. Ramírez, A. Richardson, G. Velikova y M. Shaper (2011), "What is a Psychological Intervention? A Meta-review and Practical Proposal", *Psychooncology*, 20, pp. 470-478.
- Holland, J. C. (2002), "History of Psycho-oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers", *Psychosomatic Medicine*, 6, pp. 206-221.
- , y E. Frei (2003), "Psycho-oncology", en D. W. Kufe, R. Pollock, R. Weichselbaum, R. Bast, T. Gansler, J. Holland y E. Frei (eds.), *Holland-Frei Cancer Medicine*, Canada, Decker Inc., disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (Recuperado el 20 de agosto de 2012).
- , y J. H. Rowland (eds.) (1989), "*Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer*", Nueva York, Oxford University Press.
- , B. Andersen, W. S. Breitbart, B. Compas, M. Dudley, S. Fleishman y M. A. Zeven (2010), "The NCCN Distress Management Guidelines", *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 8, pp. 448-485.
- Jamtvedt, G., J. M. Young, D. T. Kristoffersen, M. A. O'Brien y A. D. Oxman (2006), "Audit and Feedback: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes", *Cochrane Database Systems Review*, 19: CD000259.
- Kanfer, F. H., y A. P. Goldstein (eds.) (1993), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Ledesma, D., y H. Kumano (2009), "Mindfulness-based Stress Reduction and

- Cancer: A Meta-analysis”, *Psychooncology*, 18, pp. 571-579.
- Meichenbaum, D., y M. Genest (1993), “Modificación de conducta cognitiva: una integración de los métodos cognitivos y conductuales”, en F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (eds.), *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, pp. 477-517.
- Mitchell, A. J., M. Chan, H. Bhatti, M. Halton, L. Grassi, C. Johansen y N. Meader (2011), “Prevalence of Depression, Anxiety and Adjustment Disorder in Oncological, Hematological and Palliative Care Settings: A Meta-analysis of 94 Interview-based Studies”, *Lancet Oncology*, 12, pp. 160-174.
- Pérez, J. G. (s.f.), “La psicoterapia de apoyo: conceptualización, técnicas y aplicaciones”, *Veritas*, 2, pp. 77-82.
- Phares, E. J. (1996), *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*, México, El Manual Moderno.
- Piña, J. A. (2004), “La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, pp. 191-205.
- Prieto, F. A. (2004), “Psicología oncológica”, *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2, pp. 107-120.
- Shennan, C., S. Payne y D. Fenlon (2011), “What is the Evidence for the Use of Mindfulness-based Interventions in Cancer Care? A Review”, *Psychooncology*, 20, pp. 681-697.
- Singer, S., J. Das-Munshi y E. Brähler (2010), “Prevalence of Mental Health Conditions in Cancer Patients in Acute Care—A Meta-analysis”, *Annals of Oncology*, 21, pp. 925-930.
- Sperner-Unterweger, B. (2011), “Psycho-oncology—Psychosocial Oncology: Integration in a Concept of Oncological Treatment”, *Nervenarzt*, 82, pp. 379-380.
- Velázquez, A. G., M. A. García, S. Alvarado y J. A. Ángeles-Sánchez (2007), “Cáncer y psicología”, *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6, pp. 71-75.
- Vespa, A., P. B. Jacobsen, L. Spazzafumo y L. Balducci (2011), “Evaluation of Intrapyschic Factors, Coping Styles, and Spirituality of Patients Affected by Tumors”, *Psychooncology*, 20, pp. 5-11.

2. PSICOONCOLOGÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

José Méndez Venegas
Clínica de Psicooncología
Instituto Nacional de Pediatría y Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Luis Fernando Méndez Castruita
Servicio de Psicooncología
Hospital Central Militar

Introducción

El cáncer se describe como un grupo amplio y heterogéneo de enfermedades, cuyo factor común es el desequilibrio que se produce por la división descontrolada y anormal de las células (Rivera-Luna 2007). Aun cuando es considerada una enfermedad potencialmente curable en un elevado número de casos, es cierto que su historia natural se aparta de los modelos habituales que se observan tanto en las enfermedades agudas como en otras de naturaleza crónica, casos de las del corazón y la diabetes, principalmente.

En términos epidemiológicos, no obstante que los tumores malignos (*esto es*, de la tráquea, los bronquios y el pulmón, del estómago y de la próstata) ocupaban el segundo lugar como causas de mortalidad general en nuestro país en la década de 1990 del siglo pasado, con la reclasificación de las enfermedades a partir del año 2000 y con excepción de los de tráquea, bronquios y pulmón, los restantes tumores se han ubicado entre los lugares 14 y 20 en ese mismo indicador (Perdigón-Villaseñor y Fernández-Cantón, 2008; Secretaría de Salud, 2011).

Una situación relativamente opuesta se observa en la evolución de la mortalidad infantil, pues desde la segunda década del siglo pasado y hasta los años sesenta las principales causas de mortalidad en ese sector de la población se tenían con las diarreas y la enteritis, la neumonía y la influenza, la tos ferina, la bronquitis, ciertas enfermedades de la primera infancia y las malformaciones congénitas, entre otras. No es sino hasta 1970 que dentro de las 20 principales causas de mortalidad aparecen los tumores malignos en el lugar 19, hasta ubicarse en el lugar 14 en 2008; es decir que en tan sólo 40 años descendieron cinco lugares en el rubro.

A lo anterior habría que añadir que la prevalencia de los distintos tipos de cáncer en niños y adolescentes en nuestro país es de aproximadamente 5% (Rivera-Luna, 2003) y que es la segunda causa de muerte en el grupo de niños y adolescentes entre 5 y 14 años de edad (Cárdenas, 2004), siendo los tipos más frecuentes los siguientes: leucemia aguda linfoblástica, leucemia aguda mieloblástica

ca, tumores cerebrales, linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, osteosarcoma, sarcoma de Ewing, retinoblastoma, hepatoblastoma y tumor germinal. Dada la importancia que reviste el problema del cáncer en este sector de la población, en este trabajo se describen algunas de sus características principales y las aportaciones que se han venido haciendo desde el Instituto Nacional de Pediatría, donde destaca la participación decisiva de los profesionales de la psicología.

El tratamiento médico del cáncer en niños

El objetivo principal del tratamiento del cáncer en niños y adolescentes es lograr su curación, a efecto de que aquéllos se puedan desarrollar de forma normal y tengan una vida adulta productiva y útil. La definición de curación del cáncer contempla, entre sus principales elementos, el hecho de que no se observen signos ni síntomas de la enfermedad; asimismo, que no exista o sea mínimo el riesgo de una recaída; finalmente, la restauración completa de la salud, tanto en su dimensión física como psicosocial (Bearison y Mulhern, 1994; List, Ritter-Sterr y Lansky, 1991; Méndez, 2007).

Para dicho propósito, el tratamiento médico oncológico se basa en el empleo de diferentes estrategias y terapéuticas, como quimioterapia, radioterapia, cirugía, trasplante de médula ósea y terapia de soporte (cuadro 1). Sin embargo, es menester destacar que los tratamientos médicos oncológicos responsables de la sobrevivencia de niños y adolescentes también se caracterizan por generar consecuencias prolongadas y adversas sobre la salud, que se pueden manifestar meses e inclusive hasta años después de terminados los mismos; a esas consecuencias se les denomina *efectos tardíos*, por ejemplo, la disfunción orgánica y una diversidad de secuelas psicosociales adversas (Cahng, 1991; Méndez, 2007).

Algunos factores de riesgo de estos efectos tardíos incluyen: *a)* los agentes relacionados con el tumor; *b)* los efectos directos en los tejidos; *c)* la disfunción orgánica inducida por el tumor; y *d)* los efectos anatómico-funcionales (metabólicos y mecánicos, principalmente). En cualquiera de estos casos, es decir, independientemente de la terapéutica, los efectos tardíos y los factores de riesgo implicados invariablemente suele aparecer una diversidad de alteraciones neuropsicológicas que pueden afectar de manera importante la capacidad de niños y adolescentes para adaptarse a la enfermedad, al tipo de tratamiento y a sus entornos familiar y social (Gamis y Nesbit, 1991; Hernández, 2007).

Es por lo antes dicho que, dadas las características particulares de cada cáncer y los efectos adversos que derivan de los distintos tratamientos, casi desde la mitad de la década de los noventa del siglo pasado dio inicio en México un fuerte movimiento y desarrollo de la psicooncología, primero en el Instituto Nacional de Cancerología y después en el de Pediatría, en el que se consideró como funda-

Cuadro 1. *Principales terapéuticas y su condición de riesgo en relación con los efectos tardíos*

Terapéutica	Efectos tardíos	Alteraciones neuropsicológicas
Quimioterapia	El tipo de fármaco y la dosis pueden modificar el riesgo. Se asocia con: <i>a)</i> neurotoxicidad, donde ciertas clases de agentes, como los alcaloides y la vincristina, pueden causar toxicidad directa sobre el sistema nervioso central; <i>b)</i> neuropatía, donde se afecta el sistema nervioso periférico, produciendo dolor, cosquilleo, adormecimiento, hinchazón y debilidad muscular en distintas partes del cuerpo. Es provocada por infección, sustancias tóxicas y fármacos antineoplásicos, y <i>c)</i> hipoacusia, que es la disminución o pérdida auditiva; según su intensidad puede ser leve, moderada, profunda o total.	Se observan efectos en el largo plazo, que consisten en atrofia cerebral, déficit de atención, problemas de memoria y disminución del coeficiente intelectual. Inclusive, con una única administración de quimioterapia se presenta déficit neurocognoscitivo, sobre todo en el logro académico, que aparece a los tres o cuatro años después de concluido el tratamiento (Anderson <i>et al.</i> , 1994; Bernabeu <i>et al.</i> , 2003).
Radioterapia	Los factores más críticos incluyen el tamaño de la fracción y la dosis total, el volumen irradiado del órgano o del tejido, así como la intensidad. Sus secuelas sobre el sistema nervioso central pueden ser morfológicas (atrofia, calcificaciones, degeneración de la sustancia blanca, cambios vasculares y necrosis) o funcionales (encefalopatía, deterioro neuropsicológico y déficit focal). El efecto más dramático se tiene con la necrosis cerebral, que puede aparecer tardíamente por su acción sobre las células gliales y los capilares sanguíneos cerebrales (Bernabeu <i>et al.</i> , 2003).	La secuela más común es la leucoencefalopatía, que se acompaña de un déficit global de las habilidades cognoscitivas, con limitaciones en atención, memoria, lectura y escritura, así como en habilidades matemáticas, y dependiendo de la zona radiada, alteraciones visomotoras y de coordinación fina (Anderson <i>et al.</i> , 1994).

Continuación cuadro 1. *Principales terapéuticas y su condición de riesgo en relación con los efectos tardíos*

Terapéutica	Efectos tardíos	Alteraciones neuropsicológicas
Cirugía	La técnica y la ubicación del tumor se consideran factores predecibles del daño neurocognoscitivo, o de imagen corporal, ya que la resección tumoral en una región determinada predice la aparición de distintas alteraciones, en lo que hace a su anatomía y funcionalidad.	La cirugía en SNC dejará secuelas dependiendo de la región del cerebro en que se interviene, siendo semejantes a las antes descritas, pero cuando se trata de una amputación de pierna o brazo, la imagen corporal se afecta de forma importante, con los cambios sociales y emocionales consecuentes. Además se debe preparar la reacción ante la sensación de miembro fantasma.

mental la investigación de las respuestas emocionales de los niños/adolescentes y de los familiares que pasan por la experiencia de un diagnóstico de cáncer, considerando sus diferentes etapas, los tipos y los distintos momentos del tratamiento.

Este movimiento, conocido como psicooncología (Holland, 1989, 2002), se centra prioritaria aunque no exclusivamente en el abordaje de dos dimensiones: 1) La respuesta emocional de los pacientes, sus familiares y las personas encargadas del cuidado de los primeros en las diferentes etapas de la enfermedad, y 2) Los factores psicológicos y conductuales, así como los aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer. Ambas dimensiones son importantes para el equipo oncológico, ya que de esa reacción emocional depende en buena medida la respuesta al tratamiento prescrito. Se trata de un tipo de reacción que inclusive puede determinar el tiempo de sobrevida o el abandono del tratamiento, entre otras cosas. En estudios internacionales se señala que, por ejemplo, en la leucemia, si bien 80% de los casos se cura, en el restante 20% se corre el riesgo de recaídas a lo largo del tratamiento por factores inherentes a la enfermedad (Rivera-Luna, 2007). Lo interesante del caso es que se ha demostrado que existen algunos factores psicológicos y conductuales asociados que hacen necesaria su evaluación desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, con la finalidad de favorecer la adhesión al tratamiento, evitar el abandono y ofrecer contención a los familiares; en suma, con el fin de fortalecer los mecanismos de afrontamiento que se requieren para el tiempo que dura el tratamiento, independientemente del plan que se adopte (Grootenhuis y Last, 2001; Kasak, 1999).

En el plano psicológico, algunos de los principales problemas o de las secuelas que se han identificado en niños y adolescentes con cáncer incluyen: a) la ansie-

dad; *b*) los trastornos del estado de ánimo; *c*) los trastornos psicológicos asociados; *d*) los síntomas de estrés postraumático; *e*) diversos eventos psicológicos implicados en el dolor, y *f*) dificultades de adaptación a los entornos escolar y social (cuadro 2). Por lo que hace al entorno familiar, destaca el hecho de que con relativa frecuencia se observan dificultades para mantener una dinámica adaptativa entre sus integrantes, de manera más acusada entre quienes dispensan su tiempo y su esfuerzo a cuidar permanentemente a niños y adolescentes. Estos problemas, por razones obvias, tienen que atenderse con prontitud y eficiencia desde el momento mismo del diagnóstico —sea oportuno o tardío— y a lo largo de las distintas fases por las que transita la enfermedad. En poco más de una década se ha recabado información de la experiencia en esta etapa de la vida de niños y adolescentes con cáncer en el Instituto Nacional de Pediatría, como parte de una línea de investigación que nos ha permitido evaluar tanto sus habilidades cognitivas, el ajuste a los cambios de estilo de vida, su reinserción al ámbito escolar y a sus relaciones interpersonales —dentro y fuera de la familia—, como el desarrollo psicomotor en los niños en edad preescolar y escolar.

Interesa identificar cuál es y cómo opera el patrón de recuperación psicosocial de ambos cuando han concluido su tratamiento oncológico; asimismo, es necesario evaluar los efectos a largo plazo del tratamiento, según el esquema de quimioterapia, radioterapia o cirugía al que se han expuesto, poniendo especial atención

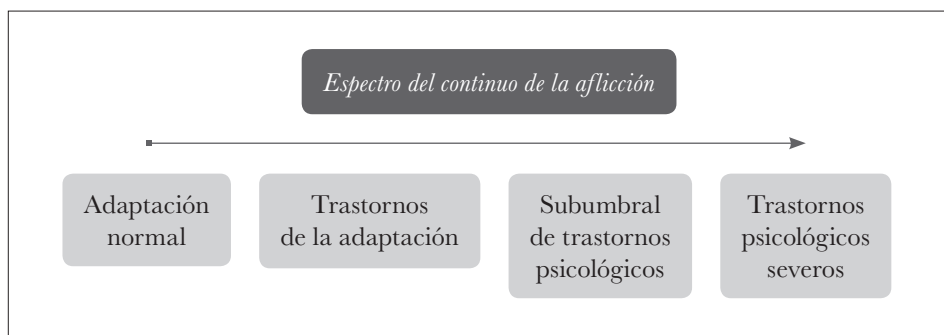
Cuadro 2. *Problemas o secuelas psicológicas derivados de los distintos tipos de cáncer y sus respectivos tratamientos*

Tipos de problemas	Psicológicos	Ansiedad
		Depresión
		Estrés postraumático (temor a la recurrencia)
		Somatización
		Autoestima y autoimagen
	Psicosociales	Competencia social/ relaciones interpersonales
		Familiares (padres y/o hermanos)
		Integración y adaptación a la comunidad
		Seguridad social
	Académicos/laborales	Alteraciones visuales, auditivas, motoras
		Dificultad en la escolarización y el aprendizaje
		Área laboral

en los diferentes trastornos que pueden presentarse en el plano psicológico a lo largo del proceso de intervención, en lo que hemos dado en llamar el *espectro del continuo de aflicción* (figura 1). Por ejemplo, los resultados obtenidos de los pacientes en vigilancia, de una muestra de 325 casos con distintos tipos de cáncer, presentan como principales complicaciones el desarrollo de habilidades escolares, trastornos del aprendizaje, lectura-escritura y matemáticas, aproximadamente en 60% de los pacientes. Asimismo, se producen alteraciones en la adquisición del lenguaje, como consecuencia de la neurotoxicidad y la ototoxicidad del tratamiento por quimioterapia o radioterapia. En el mismo tenor se encuentran las limitaciones de estimulación de y en el ambiente familiar, trastornos del ajuste emocional o social, donde este último asciende a 25%, siendo mayor, inclusive, en niños o adolescentes sometidos a cirugía —esto es, de retinoblastoma o de osteosarcoma (Anderson *et al.*, 1994; Gamis y Nesbit, 1991).

En síntesis, de esa línea de investigación hemos observado lo siguiente: 1) El paciente por lo regular presenta: a) una sensación de pérdida y miedo a dejar el servicio, puesto que en lo inmediato ni el hospital ni su tratamiento serán su forma de vivir; b) ansiedad y/o rechazo ante el regreso a la escuela y dificultad para su

Figura 1. *Trastornos psicológicos implicados en los diferentes momentos de la atención del cáncer en niños y adolescentes: el espectro del continuo de aflicción*



readaptación al hogar con padres, hermanos, vecinos, etcétera, y c) incertidumbre hacia el futuro o ante una posible recaída. 2) Si el paciente llega a esta etapa, es decir, a la vigilancia, y afectivamente se encuentra que en la fase inicial fue tratado con sobreprotección y dependencia por parte y hacia sus padres, la vigilancia será experimentada como un escape o una forma de mantener la negación, lo que no lo ayudará a la comprensión y al ajuste emocional que son necesarios para la conclusión de su tratamiento médico, y 3) respecto de los padres, es común que muestren incertidumbre (no saben cómo interactuar eficientemente con su hijo) con dificultades para establecer límites, haciéndose manifiesta la sobreprotección exagerada, la ansiedad y el temor por una posible recaída; esta respuesta se ha observado en más

de 60% de los casos en que los padres mantienen la expectativa y el temor frente a la consulta oncológica de vigilancia hasta por más de cinco años y aún presentan miedo e incertidumbre por no “estar libres” de la enfermedad, es decir, con esta idea constante: ¿y si vuelve la enfermedad?

El proceso de vigilancia y el seguimiento en psicooncología pediátrica

La vigilancia, sobre todo en un periodo mayor a 10 años, puede ayudarnos a conocer cuáles son los aspectos psicosociales que se correlacionan con cada una de las características de la enfermedad oncológica en niños y adolescentes. Al igual que ocurre en diferentes áreas del conocimiento, en nuestro país, sin embargo, se torna necesario y con carácter de urgente conducir estudios que nos permitan evaluar e identificar lo que sucede con ambos una vez que se encuentran en vigilancia oncológica; se busca, pues, favorecer el proceso de adaptación de ellos y de sus familiares.

En líneas generales, el seguimiento a largo plazo apunta a que niños y adolescentes con diagnóstico de cáncer que han superado los cinco años de remisión completa y que llevan más de dos años sin necesidad de tratamiento, son los pacientes susceptibles de incorporarse a estudios para evaluar los efectos secundarios a largo plazo, cuyo interés no radica tanto en la probabilidad creciente de una recaída de la enfermedad, sino en la detección de los efectos secundarios tardíos de la propia enfermedad, y del tratamiento recibido, para intentar preservar un buen estado de salud. Por tal razones, hay que tener en cuenta que cuando termina el tratamiento adviene un periodo de extrema importancia, porque en niños y adolescentes:

1. Se produce el regreso a la vida escolar y social, cuando pueden aparecer posibles problemas escolares y/o de adaptación.
2. Es latente la posibilidad de sufrir discriminación social, económica o laboral.
3. Pueden aparecer dificultades a la hora de mantener relaciones sexuales o producirse el temor a contraer un futuro matrimonio.
4. La confrontación con las secuelas físicas, si las hay.
5. Existe el riesgo latente de padecer alteraciones psicológicas.

De estas últimas, se incluyen:

- a) Las que se deben a la propia enfermedad, las conocidas en la bibliografía médica como conductas asociadas a la enfermedad: impulsividad, ira, aislamiento, ansiedad, etcétera.

- b) Lo desajustes producidos por la exposición a largos periodos de aislamiento.
- c) El fenómeno del estrés postraumático.
- d) Las molestias producidas por las dificultades y las contrariedades que devienen del tratamiento.
- e) La proximidad y su asociación con la muerte.

Además, hay que considerar el riesgo de padecer secuelas físicas que:

1. En ocasiones pueden estar presentes antes de finalizar el tratamiento.
2. Pueden aparecer en el largo plazo.
3. Pueden tener relación con la enfermedad o con los tratamientos recibidos.
4. Por su gravedad, pueden repercutir desfavorablemente en la adaptación psicosocial.

Por todo lo expuesto, podemos encontrarnos con niños y adolescentes que en el corto o largo plazos abandonan su tratamiento, siendo algunas de las razones para hacerlo: *a)* el desconocimiento; *b)* el miedo; *c)* la evitación; *d)* la negación; *e)* el deseo de olvidar; *f)* el deseo de oponerse a sus mayores, y *g)* el encontrarse con problemas de la burocracia médica.

Entre las actividades que se deben realizar dentro de la Unidad de Psicooncología, a partir de nuestra experiencia (Gálvez, Méndez y Martínez, 2007; Méndez y Maya-del Moral, 2009, 2011), debemos tener en cuenta lo siguiente:

1. Es necesaria la información desde un primer momento, aun cuando ésta por sí sola no basta para garantizar que se produzca la aceptación del diagnóstico, la posibilidad de instaurar un cambio conductual, emocional y familiar, y lo que conlleva el tratamiento oncológico.
2. Es necesaria la formación y la adquisición de hábitos saludables, siendo los mejores lugares el núcleo de la familia, las escuelas, los centros de salud, los centros deportivos, los centros de tiempo libre y las asociaciones de la sociedad civil que trabajan en el tema.

Para conseguir lo anterior, los trabajos que debemos realizar los profesionales en este campo son, por su importancia:

1. La elaboración de programas de adiestramiento que garanticen un nivel de ejecución eficaz en aquellas prácticas realizadas por no profesionales, entiéndanse fundamentalmente los familiares y los cuidadores especiales.
2. La investigación de la interacción entre el personal de salud y los pacientes para obtener la máxima difusión posible de la información y para mejorar la comunicación equipo de salud –paciente- familia y las habilidades adecuadas.

3. El análisis de los factores responsables de la observación de las prácticas y de los que se oponen a ella, para diseñar las estrategias más eficaces y conseguir la adquisición de hábitos autónomos.

Para lograr estos propósitos algunas de las técnicas de modificación de la conducta más utilizadas incluyen (Bloch y Kissane, 2000):

1. Los contratos conductuales: la información que se ofrece al niño y/o adolescente, así como a su familia, es la base del contrato, dejando clara las reglas, los tiempos y las características del ingreso al hospital, el tratamiento y los efectos secundarios del mismo. Se obtuvo una reducción de la ansiedad y el miedo con la técnica de la psicoeducación, pues el grupo experimental presentó una diferencia en la puntuación de ansiedad con respecto al control de $p \leq 0.05$.
2. El condicionamiento encubierto: este procedimiento se utiliza más para el control de náusea y vomito, que son reacciones secundarias de la quimioterapia. El objetivo es establecer una respuesta condicionada que permita al niño o adolescente obtener seguridad y control de lo que vive como toxicidad durante y después de una semana. Los resultados son mejores cuando el paciente tiene menor nivel de ansiedad y/o depresión, que son más comunes en los adolescentes. La experiencia ha demostrado que esto funciona en más de 80% de los casos.
3. El entrenamiento conductual, cognoscitivo y emocional: el modelo de terapia cognitivo-conductual, con sus diferentes técnicas, se pueden utilizar para modificar hábitos y conductas no favorables para la adaptación al hospital, de manera que estableciendo cambios cognoscitivos, conductuales y emocionales se favorezca la adherencia y el ajuste emocional durante el tratamiento, así como el autocontrol en los procedimientos médicos dolorosos. Estos resultados se observan al menos en 90% de los casos, sobre todo en niños de siete años en adelante. Este procedimiento es el más utilizado en psicooncología, ya que facilita el ajuste del niño y la familia en todo el esquema del tratamiento.
4. La autoobservación y el autorregistro: una técnica que resulta muy útil como conducta responsable y distractora es el autorregistro para niños de ocho años en adelante, y sirve para contar el número de ocasiones que presentan náusea y vómito, para que se les indique algún medicamento antiemético; igual se utiliza una escala verbal o numérica para evaluar la intensidad del dolor, para tener así una medida de autorreporte adicional diario, lo que nos permitiría ajustar las dosis de analgésicos y valorar la participación de factores emocionales como parte de la intensidad del dolor. Estas estrategias son utilizadas todos los días y adiestran a niños y adolescentes para que formen parte de la evaluación diaria durante su tratamiento, lo que fortalece su responsabilidad y su compromiso con ellos mismos, de manera que hoy día para los niños es fácil reconocer la intensidad del dolor y las molestias que provoca la toxicidad de la quimioterapia.

5. La solución de problemas: la técnica de fortalecimiento de habilidades sociales y solución de problemas se puede utilizar dependiendo del diagnóstico y el estilo de vida del niño y su familia, ya que no todos cuentan con una red de apoyo social, como es la familia integrada y funcional. Por lo tanto, para niños y adolescentes la familia y sus amigos pueden ser una fuente de estrés, genera que una serie de ideas y pensamientos negativos que para ellos son un problema, de forma que se les enseña y se fortalecen tanto las estrategias de afrontamiento como la solución de problemas, con el objetivo de centrar su pensamiento sólo en su enfermedad y en su tratamiento, dándole un valor diferente a otros problemas que se podrían solucionar después, pues no deben ocupar un lugar primordial en su mente, ya que causan una innecesaria preocupación cognoscitiva y emocional. Esta técnica se utiliza dependiendo de la edad y el estilo de vida del paciente, en quienes se ha logrado un cambio favorable en su ajuste cognoscitivo al menos en unos 15 días, con sesiones diarias, manteniendo un aprendizaje positivo y modificando tanto el pensamiento, como las emociones y la conducta en todos los casos atendidos. El registro de los casos en que se ha utilizado este tipo de intervención reporta más de 300 por año, lo que demuestra la plasticidad del SNC para aprender y modificar los pensamientos con una adecuada intervención cognoscitivo-conductual, en el momento en que se requiere para enfrentar los problemas que genera una enfermedad y un ambiente social particular.

En cuanto a las prioridades que merecen especial atención en el futuro, tenemos fundamentalmente ocho, algunas de las cuales ya han sido sugeridas en otros espacios y en otros momentos (Gálvez *et al.*, 2005; Méndez, 2007):

1. Se hace necesario proveer de la información pertinente sobre la situación en la que se encuentra el paciente, para él mismo y para sus familiares. Es importante tener en cuenta su entorno social.
2. Es fundamental, asimismo, hacer explícitas las eventuales secuelas médicas, psicosociales y socioeconómicas que produce el cáncer infantil.
3. También se vuelve necesario diseñar, instrumentar y evaluar programas de educación especial en aquellos casos en que se requiera, apoyándose en protocolos individuales de intervención.
4. Hay que afinar la intervención rehabilitadora, identificando, con base en la evidencia, cuáles son las mejores estrategias, procedimientos y técnicas que pueden utilizarse en los planos individual y familiar.
5. Se requiere la creación de centros de intervención, desarrollo e integración de los casos, procurando la colaboración interdisciplinaria.
6. Asimismo, la tarea obligada tiene que ver con el desarrollo de medidas necesarias para evaluar la calidad de vida de estos pacientes.

7. Es necesaria la creación de diferentes tipos de ayuda en el proceso de integración social.
8. Se debe educar a estos pacientes para que defiendan su futuro social y económico.

Conclusiones y recomendaciones

Los distintos tipos de cáncer que enfrentan niños y adolescentes son en sí mismos dañinos, además de que el tratamiento prescrito —quimioterapia, radioterapia y cirugía, principalmente— propicia alteraciones o secuelas físicas de diversa índole (Anderson *et al.*, 1994; Butler y Haser, 2006; Sans, Colomé, López-Sala y Boix, 2009; Villarejo y Martínez, 2008). En el plano biológico, por ejemplo, ocurren alteraciones en el *sistema nervioso central* (atrofia, necrosis, encefalopatía, etcétera) y en el *sistema nervioso periférico* (neuropatía). En el plano *neuropsicológico*, los daños dependerán en buena medida de la localización, el tamaño y la velocidad de crecimiento de los tumores, destacando entre muchos los déficits de memoria y de atención, la realización inapropiada de funciones ejecutivas, la afectación a las funciones vinculadas con el lenguaje y, en no pocas ocasiones, la presencia de trastornos de conducta y de personalidad.

Debido a lo anterior y a lo expuesto a lo largo de este trabajo, en el contexto del Instituto Nacional de Pediatría, una tarea medular ha sido la de incorporar al especialista en psicooncología en los programas de investigación e intervención interdisciplinarias, con el objetivo de que colaboren integralmente en el proceso de atención y vigilancia hasta por 20 años. El objetivo que subyace al proceso en cuestión no sólo consiste en promover una mejor aceptación hacia la enfermedad y el tratamiento, sino también en favorecer en niños y adolescentes el entrenamiento en habilidades y competencias que les permitan un desarrollo psicológico y sexual plenos, su adaptación a los entornos familiar, social y escolar, así como una eventual vida en pareja ajustiva (Méndez, 2007; Rauck, Green, Yasui, Mertens y Robinson, 1999; Schover, 1999). Se trata, por supuesto, de un objetivo que nos plantea un nuevo horizonte para la psicología de la salud en general y la psicooncología en particular, sobre todo en países como el nuestro.

Ciertamente, implica muchos y diversos retos, que precisan de los profesionales de la psicología, conocimientos, pericia y competencia, que en primera instancia deben ser provistos en el proceso de formación académica y, posteriormente, en su proceso de inserción en las instituciones de salud, como en el caso que nos ocupa. De ahí que hoy día resulte necesario formar profesionales de la psicología con un alto nivel de especialización en psicooncología, con el objeto de garantizar una atención oportuna, de calidad y con calidez para niños y adolescentes que infortunadamente viven con algún tipo de cáncer.

No hay que pasar por alto, como se refirió en la introducción, que también infortunadamente son cada vez más los casos de cáncer que se diagnostican en nuestro país en ese importante sector de la población. Es, pues, una realidad que hay que atacar con todos los recursos humanos y tecnológicos de que se dispone.

Referencias

- Anderson, V., E. Smibert, H. Ekert y T. Godber (1994), "Intellectual, Educational, and Behavioral Squealed After Cranial Irradiation and Chemotherapy", *Archives of Disease in Childhood*, 70, pp. 476-483.
- Bernabeu, J., A. Cañete, C. Fournier, B. López-Luengo, T. Barahona, C. Grau y V. Castel (2003), "Evaluación y rehabilitación neuropsicológica en oncología pediátrica", *Revista de Psicooncología*, 1, pp. 117-134.
- Bearison, D., y R. Mulhern (1994), *Pediatric Psycho-Oncology*, Nueva York, Oxford University Press.
- Bloch, S., y D. Kissane (2000), "Psychotherapies in Psycho-oncology", *The British Journal of Psychiatry*, 177, pp. 112-116.
- Butler, R. W., y J. K. Haser (2006), "Neurocognitive Effects of Treatment for Childhood Cancer", *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, pp. 184-191.
- Cahng, P. (1991), "Psychosocial Needs or Long-term Childhood Cancer Survivors: A Review of Literature", *Pediatrician*, 18, pp. 20-24.
- Cárdenas, C. R. (2004), "Cáncer en pediatría. Un reto social", *Acta Pediátrica de México*, 25, pp. 205-206.
- Gálvez, A. B., J. Méndez y C. Martínez (2005), "Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica", *Acta Pediátrica de México*, 26, pp. 35-43.
- Gamis, A., y M. Nesbit (1991), "Neuropsychological (Cognitive) Disabilities in Long-term Survivor of Childhood Cancer", *Pediatrician* 18, pp. 11-19.
- Grootenhuis, M., y B. Last (2001), "Children with Cancer with Different Survival Perspectives: Defensiveness, Control Strategies, and Psychological Adjustment", *Psycho-Oncology*, 10, pp. 305-314.
- Hernández, M. (2007), "Aspectos neuropsicológicos en niños con tumores cerebrales", en F. Vallejo y L. Madero (eds.), *Tumores del sistema nervioso central en niños*, Madrid, Editorial Ergon, pp. 334-350.
- Holland, J. C. (1989), *Handbook of Psychooncology*, Nueva York, Oxford University Press.
- (2002), "History of Psycho-oncology: Overcoming Attitudinal and Con-

- ceptual Barriers”, *Psychosomatic Medicine*, 6, pp. 206-221.
- Kasak, A. (1999), Effective Psychosocial Intervention for Children with Cancer and their Families”, *Medical and Pediatric Oncology*, 32, pp. 292-293.
- List, M., C. Ritter-Sterr y S. Lansky (1991), “Cancer During Adolescence”, *Pediatrician*, 18, pp. 32-36.
- Méndez, J. (2007), “Aspectos psicológicos del niño con cáncer”, en R. Rivera-Luna (ed.), *El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista*, México, Editores de Textos Mexicanos, pp. 275-290
- , y A. Maya-del Moral (2009), “Intervención cognitivo-conductual en cuidados paliativos”, *Revista Mexicana de Algología Clínica y Terapia*, 6 (No. Especial), pp. 20-24.
- , y A. Maya-del Moral (2011), “Psicología pediátrica”, *Acta Pediátrica de México*, 32, pp. 231-239.
- Perdigón-Villaseñor, C., y S. B. Fernández-Cantón (2008), “Principales causas de muerte en la población general e infantil en México, 1922-2005”, *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 65, pp. 238-240.
- Rauck, A., D. Green, Y. Yasui, A. Mertens y L. Robinson (1999), “Marriage in the Survivors of Childhood Cancer: A Preliminary Description from the Childhood Cancer Survivor Study”, *Medical and Pediatric Oncology*, 33, pp. 60-63.
- Rivera-Luna, R. (2003), “Panorama del niño con enfermedades malignas en México”, *Acta Pediátrica de México*, 24, pp. 217-219.
- , (2007), *El niño con cáncer*. México, Editorial Teva de México.
- Sans, A., R. Colomé, A. López-Sala y C. Boix (2009), “Aspectos neuropsicológicos del daño general difuso adquirido en la edad pediátrica”, *Revista de Neurología*, 48 (Supl. 2), pp. S23-S26.
- Schover, L. (1999), “Psychosocial Aspects of Infertility and Decisions about Reproduction in Young Cancer Survivors: A Review”, *Medical and Pediatric Oncology*, 33, pp. 53-59.
- Secretaría de Salud (2011), *Información histórica de estadísticas vitales nacimientos y defunciones 1893-2010*. México, Autor, disponible en <http://www.salud.gob.mx>. (Retirado el 10 de octubre de 2012).
- Villarejo, F., y J. F. Martínez (2008), “Tumores cerebrales en niños”, *Pediatría Integral*, XII, pp. 577-583.

3. SOBRECARGA EMOCIONAL EN CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

Xolyanetzin Montero Pardo y Samuel Jurado Cárdenas
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

José Méndez Venegas
Clínica de Psicooncología
Instituto Nacional de Pediatría

Introducción

Las enfermedades crónico-degenerativas comprenden diversos padecimientos, que tienen como características: persistir por más de tres meses durante un año, impactar el estado de salud al afectar a uno o más sistemas del cuerpo, así como alterar el área emocional, familiar y escolar del niño. Se pueden tratar en términos médicos —con medicamentos o con algún tipo de cirugía—, aunque rara vez se curan por completo, razón por la cual suelen persistir por periodos prolongados, demandando un cuidado continuo (Brown, Daly y Rickel, 2008; Wallander, 2003).

Es justamente en este contexto donde surgen los “cuidadores”, que son aquellas personas que atienden a un miembro de la familia con alguna enfermedad crónico-degenerativa durante una considerable parte del día y por largos periodos, brindando apoyo físico y emocional dirigido a mantener el bienestar del receptor del cuidado (Ocampo, Herrera, Torres, Rodríguez, Lobo y García, 2007).

En el sistema de salud se han identificado dos tipos de cuidadores: los formales, que se insertan dentro del sistema institucional, y los informales, que lo hacen dentro del sistema doméstico de cuidado de la salud (Vásquez, 2006). El cuidador informal se define a partir de dos características: 1) su carácter no remunerado, que lo hace parecer con demasiada frecuencia como un tipo de cuidador “no válido”, y 2) se desarrolla en el ámbito de las relaciones privadas o familiares en el hogar (De los Reyes, 2001; Ramos, 2008). Los cuidadores informales, a su vez, se dividen en primarios y secundarios. El rasgo distintivo entre ambos radica en el grado de responsabilidades que asumen hacia el paciente y el tiempo que dedican a cuidarlo; así, el cuidador primario es el encargado de tomar la mayoría de las decisiones e invierte buena parte de su tiempo acompañando al enfermo, mientras el secundario sólo hace las veces de relevo (Alonso, 2002).

Cuesta (2004) señala que las actividades que realizan los cuidadores son de dos tipos:

1. *Instrumentales*. Se refieren a la comida, a las compras, a las tareas del hogar, al transporte, a gestionar finanzas y a dar los medicamentos.
2. *De autocuidado*. Tienen que ver con levantar al paciente de la cama, alimentarlo, vestirlo y atenderlo para los fines de su higiene personal en general.

El cuidado de un familiar implica una experiencia prolongada que exige que el cuidador reorganice su vida familiar, laboral y social en función de las tareas que implica dicho cuidado. Todo ello influye de manera distinta, dependiendo de las características, problemas o enfermedades que se padecen; también, de lo avanzada que esté la enfermedad, de la lucidez psicológica que posea y de la autonomía que experimente el paciente (López y Blanco, 2006). Las demandas para el cuidador pueden dividirse en tres categorías (Lafaurie *et al.*, 2009): 1) Demandas físicas por el cuidado directo. 2) Demandas emocionales de los familiares y el paciente, y el propio estrés emocional del cuidador. 3) Demandas económicas.

Las consecuencias que asume el cuidador al desempeñar su papel se ven reflejadas en diversas áreas de su vida; éstas se describen a continuación:

Físicas. Como resultado del estrés, la mala alimentación y la falta de periodos de descanso, aparecen en el cuidador síntomas físicos como trastornos del sueño, fatiga, cefaleas, pérdida de apetito, tensión muscular en cabeza, hombros y espalda, cansancio, insomnio, decremento del deseo sexual; en una buena proporción de los casos, y ante la presencia de estos síntomas somáticos, el cuidador recurre a la automedicación (Begoña, 1998; Moreno, 2008). Los cuidadores, comparados con los no cuidadores, tienen mayor riesgo de padecer hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares (Mausbach *et al.*, 2005). También se incrementa el riesgo de padecer el síndrome metabólico y desarrollar diabetes mellitus tipo 2 (Beverly *et al.*, 2005).

Emocionales. Cuando el cuidador siente que ha disminuido su tiempo libre, que se ha aislado socialmente, con falta de conocimientos, con poco control sobre su vida y sin apoyos externos (Díaz, 2002; Hankey, 2004), aparecen sentimientos como angustia, culpa, desánimo, desesperanza, enojo, ira, coraje, tristeza, agotamiento, sufrimiento, resentimiento e irritabilidad (Begoña, 1998; López y Blanco, 2006; Martínez, 2002; Moreno, 2008; Muñoz, Price, Reyes, Ramírez y Costa, 2010). Además, se han encontrado niveles elevados de ansiedad, depresión y baja autoestima en ellos que disminuyen su calidad de vida (Begoña, 1998; Crespo y López, 2007; Grunfeld, 2004; Zarit, Johansson y Malmberg, 1995).

Económicas. Las enfermedades crónicas provocan un gasto inesperado para las familias al prolongarse por largos periodos, ya que el paciente requiere me-

dicamentos, alimentos especiales y otros insumos para afrontar su padecimiento; por lo anterior, en el seno del sistema familiar se tienen que reorganizar los gastos, priorizando los del paciente y dejando en segundo término las necesidades del resto de los miembros de la familia (Zarit *et al.*, 1995).

Familiares. A partir del diagnóstico de la enfermedad crónica se modifica la dinámica familiar al concentrarse toda la atención de sus integrantes en el enfermo, configurándose así nuevos hábitos, rutinas, roles y funciones (Moreno, 2008). Los conflictos al optarse por la satisfacción de las necesidades del enfermo antes que por las familiares, el descuido del plano social, la necesidad de actividad laboral de cada uno de los miembros de la familia y por desacuerdos en la atención de los familiares en el cuidado del paciente (Lawrence, Murray, Samsi y Banerjee, 2008), lo que se manifiesta en enfrentamiento, discusiones, problemas de comunicación y separaciones (Begoña, 1998; Gómez, 2007; Martínez, 2002; López y Blanco, 2006). Esta situación puede llevar al cuidador a usar sustancias como el tabaco y el alcohol y algunos fármacos para lograr cumplir las demandas que implican el cuidado (Moreno, 2008).

Sociales. Para los cuidadores que no tienen apoyo social e institucional es difícil mantener un empleo, ya que el cuidado que ofrecen al familiar enfermo no tiene horario de entrada ni de salida, ni tampoco días de descanso; se le cuida 24 horas y los 365 días del año (Martínez, 2002). Además, el desgaste emocional que presentan los cuidadores disminuye su concentración y su rendimiento laboral (López y Blanco, 2006). También se afecta el uso del tiempo, pues la dedicación a los cuidados conlleva una restricción de la vida social de los cuidadores, disminuyendo las posibilidades de salir con los amigos, relacionarse con familiares y recibir o realizar visitas; todo ello ocasiona la pérdida de amigos (Charlesworth *et al.*, 2008).

En resumen, a partir de las demandas propias del rol el cuidador puede presentar trastornos físicos, psicológicos, conductuales y sociales que ocasionan sobrecarga, lo que se traduce en una pobre calidad de la atención hacia el enfermo y de sus personales relaciones sociales, familiares y conyugales (Espín, 2008; Moreno, 2008). La sobrecarga surge de las actitudes y las reacciones emocionales de la experiencia de cuidar y del grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores (Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Se trata de un síndrome que, según Zarit *et al.* (1995), se desencadena merced a las siguientes tres condiciones: 1) En ocasiones puede estar ya presentes antes de finalizar el tratamiento o aparecer en el largo plazo. 2) Puede tener relación con la enfermedad o con los tratamientos recibidos. 3) Por su gravedad, pueden repercutir desfavorablemente en la adaptación psicosocial.

A partir de lo antes mencionado, el objetivo del presente estudio es evaluar el nivel de sobrecarga que presentan los cuidadores primarios informales de niños con

enfermedades crónicas, así como describir las horas diarias que utilizan para cuidar a su paciente y las actividades que realizan como parte de la ejecución de su rol.

Método

Escenario y participantes

El estudio se realizó en diferentes áreas del Instituto Nacional de Pediatría. Participaron 252 cuidadores primarios informales de niños bajo tratamiento por algún tipo de diabetes ($n = 85$), epilepsia ($n = 77$) o cáncer ($n = 90$). Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes: *a*) tener 18 años o más; *b*) saber leer y escribir; *c*) cuidar un niño diagnosticado con algún tipo de diabetes, epilepsia o cáncer; *d*) vivir en el mismo domicilio que el paciente, y *e*) no recibir remuneración económica por desempeñar el rol de cuidador.

Variables e instrumentos

Encuesta de Salud para el Cuidador Primario Informal (Ramos del Río, Barcelata-Eguiarte, Islas-Salas, Alpuche-Ramírez y Salgado-Guzmán, 2006). Éste es un instrumento diseñado para describir las características del cuidador, que consta de 73 preguntas agrupadas en cinco apartados: I. Características sociodemográficas del cuidador; II. Cuidado del paciente; III. Apoyo social percibido; IV. Prácticas preventivas de salud, y V. Percepción de salud. Para fines de este estudio se utilizó sólo el segundo apartado.

Escala de carga del cuidador de Zarit. Éste es un instrumento autoadministrado que se utiliza para medir la carga de los cuidadores, que refleja los sentimientos habituales que experimentan quienes cuidan a otra persona. Las respuestas son codificadas en una escala que va del uno (nunca) al cinco (siempre), con una puntuación que oscila entre el 0 y 110. Tiene un alfa de Cronbach (α) global de 0.89 y está compuesto por 22 preguntas que explican 47% de la varianza, distribuidas en tres factores: 1) *Impacto del cuidado* ($\alpha = 0.82$), que hace referencia a cuestiones relacionadas con los efectos para el cuidador que devienen de los cuidados de un familiar: falta de tiempo libre, falta de intimidad o deterioro de la salud. Está integrado por las preguntas 2, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 16, 17 y 22, siendo ejemplos de preguntas: ¿Cree que por el tiempo que dedica a su paciente no tiene suficiente tiempo para usted? ¿Cree que su salud se ha visto afectada por cuidar a su paciente? 2) *Relación interpersonal* ($\alpha = 0.83$), que está representada por emociones o sentimientos que aparecen en la relación que el cuidador mantiene con el paciente: agobio, vergüenza, enfado, tensión, incomodidad e indecisión hacia su familiar y su cuidado, integrado por las preguntas 1, 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 18 y 19; ejemplos

de éstas incluyen: ¿Se siente avergonzado por la conducta de su paciente? ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su paciente? ¿Se siente tenso cuando está cerca de su paciente? 3) *Expectativas de autoeficacia* ($\alpha = 0.80$), que refleja las creencias del cuidador sobre su capacidad para cuidar a su familiar, integrado por las preguntas 20 y 21: ¿Cree que debería hacer más por su paciente? ¿Cree que podría cuidar mejor a su paciente? Para calificar el instrumento y obtener el nivel de carga emocional se suman todas las preguntas, de 0 a 42, que significa ausencia de sobrecarga, de 43 a 63, que implica un nivel leve de sobrecarga y de 64 a 110 que denota un nivel excesivo de sobrecarga (Montero, Jurado, Méndez y Mora, 2014).

Procedimiento

Previamente a la administración de los instrumentos, una investigadora adscrita al Área de Psicooncología del Instituto Nacional de Pediatría acudía a la cama del paciente durante el horario de visita y le comentaba al cuidador que se estaba realizando un estudio para saber cómo se sentía en relación con la enfermedad y la hospitalización del paciente; se le invitaba a participar y se le preguntaba si sabían leer y escribir. A quienes aceptaban colaborar se les leía el consentimiento informado, se les aclaraban dudas y se les pedía que lo firmaran. Posteriormente, se les explicaba cómo debían responder a los instrumentos, para que lo hicieran en el transcurso de la mañana; cada hora la investigadora regresaba para responder dudas; cada administración fue realizada en una sesión. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la institución.

Análisis estadístico

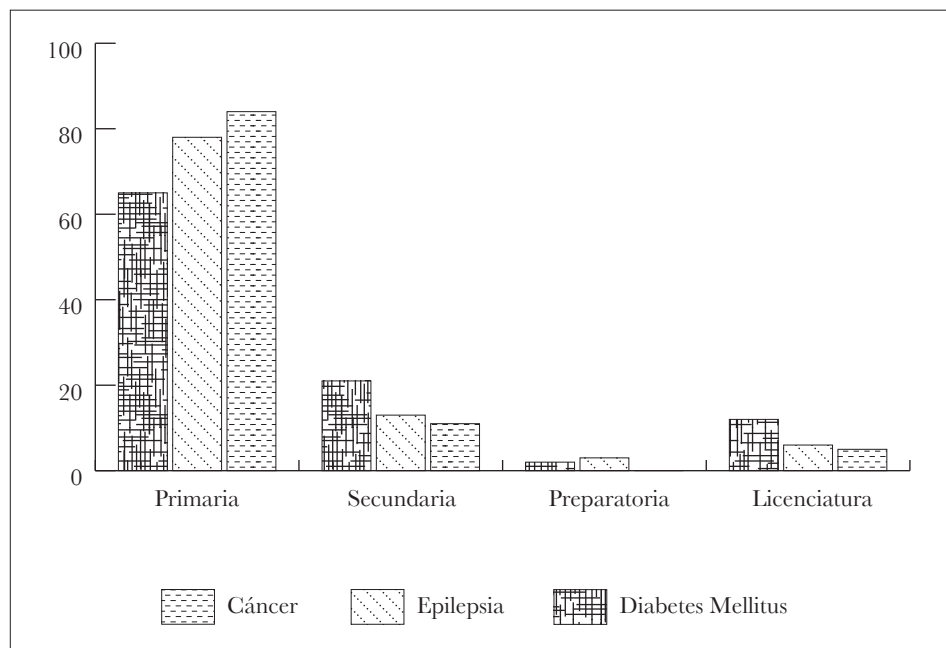
En primer término se obtuvieron estadísticas univariadas (cantidades, frecuencias y porcentajes) de las variables de interés. Enseguida se utilizaron diferentes procedimientos estadísticos con la finalidad de encontrar posibles correlaciones o diferencias entre las variables, dependiendo de los siguientes aspectos: *a*) si los cuidadores primarios pertenecían a uno de los tres grupos que se formaron: cuidadores de infantes con diagnóstico clínico de diabetes mellitus, epilepsia o algún tipo de cáncer, o *b*) de análisis específicos de variables de los cuidadores, como las horas dispensadas al cuidado de los infantes, los niveles de sobrecarga, el número de actividades que realizaban, las áreas de su vida cotidiana que se veían particularmente afectadas, entre otras. Se incluyeron el coeficiente de correlación (r) de Pearson, la prueba de la t de Student, la prueba U de Mann-Whitney, la prueba de Kruskal-Wallis, y un ANOVA con un análisis *post-hoc* de Tukey.

Resultados

La muestra estuvo integrada por 252 cuidadores primarios informales de niños con enfermedades crónicas, que se dividieron en tres grupos. El grupo uno estaba conformado por 85 participantes (83 mujeres y dos hombres), con una edad entre 25 y 59 años ($X = 40$; $DE = 8$), en su mayoría con estudios de primaria (65%) y secundaria (21%); casi dos terceras partes era casada (52%) o vivía en unión libre (20%), en tanto que poco más de la mitad era ama de casa (53%). Las personas que asumieron el rol de cuidadores fueron principalmente la madre (93%) o el padre (2%), que atendían niñas (53%) y niños (47%) con edades entre tres meses y 17 años ($X = 12$ años; $DE = 3$ años). El diagnóstico clínico para este grupo fue de diabetes mellitus (gráficas 1 a 4).

En el grupo dos se contó con la participación de 90 personas (84 mujeres y seis

Gráfica 1. Comparación de la escolaridad del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente

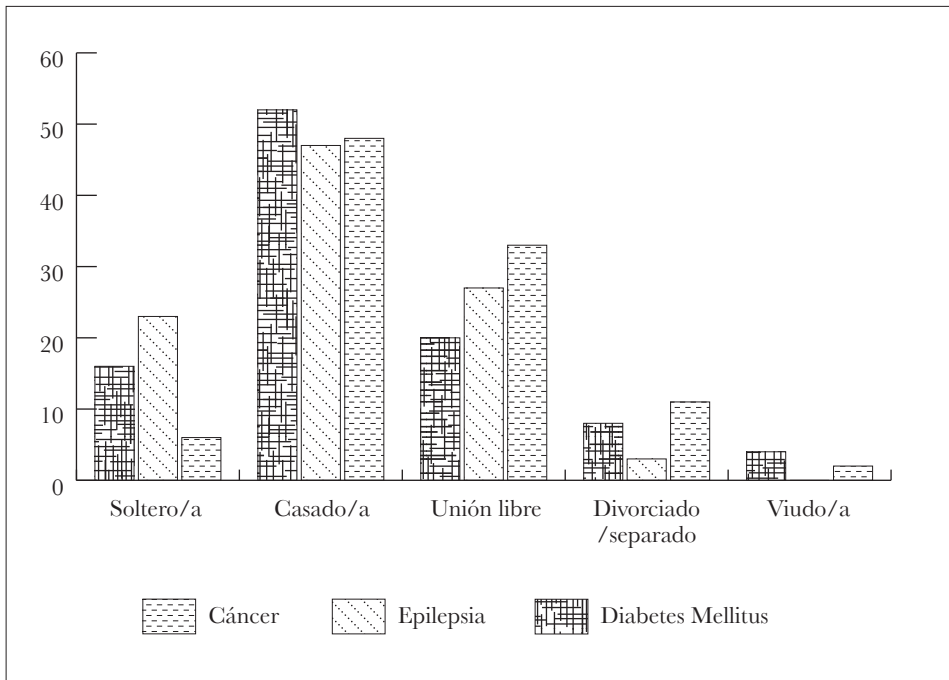


hombres), con edades entre 18 y 56 años ($X = 35$; $DE = 9$), en su mayoría con educación básica equivalente a primaria (78%) o secundaria (13%), casadas (47%) o en unión libre (27%); por otro lado, 72% era ama de casa. Las personas que asumieron el rol de cuidadores fueron principalmente la madre (94%) o la abuela (5%), que atendían niñas (47%) y niños (53%) con edades entre cuatro meses y 17 años ($X = 8$ años; $DE = 5$ años), quienes fueron diagnosticados con epilepsia. En el grupo tres fueron 77 participantes (76 mujeres y un hombre), cuyas edades

oscilaban entre 18 y 55 años ($X = 34$; $DE = 9$), en su mayoría con educación básica equivalente a primaria (84%) o secundaria (11%), casadas (48%) o en unión libre (33%), de las cuales poco menos de dos terceras partes (70%) se dedicaban a las labores del hogar. Las personas que asumieron el rol de cuidadores fueron principalmente la madre (90%) o el padre (7%), que atendían niñas (51%) y niños (49%) con edades entre tres meses y 18 años ($X = 7$ años; $DE = 5$ años), quienes padecían algún tipo de cáncer.

Los participantes del grupo uno habían cuidado a los pacientes a partir de su

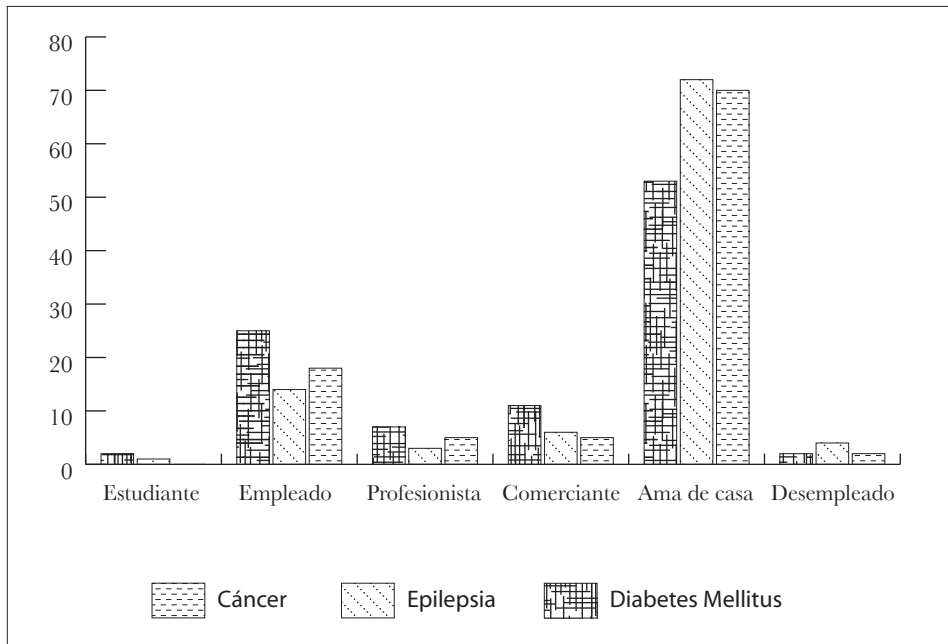
Gráfica 2. Comparación del estado civil del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente



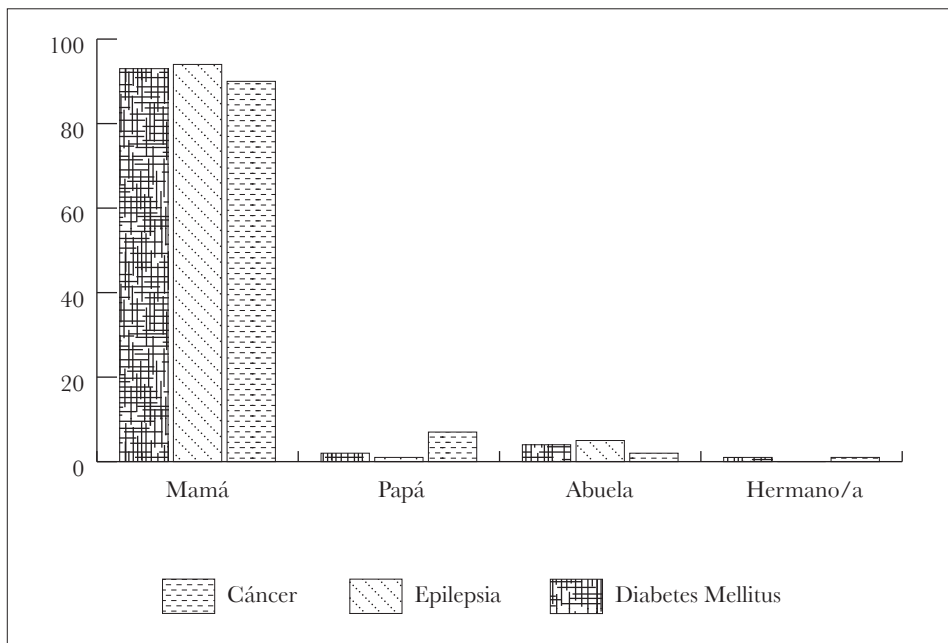
enfermedad de un mes hasta 14 años ($X = 3$ años), en un lapso de una a ocho horas diarias (46%), o durante más de 13 horas diarias (45%) cuando estaban en casa. Los cuidadores realizaban, como parte de su rol, de una a 10 (con un promedio de seis) de las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. Por la ejecución de su rol se habían visto afectadas de una a nueve (con un promedio de dos) de las siguientes áreas en la vida del cuidador: trabajo, escuela, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, pasatiempos, vacaciones y convivencia con la pareja (gráfica 5).

En esta figura se pueden observar también los indicadores generales para los

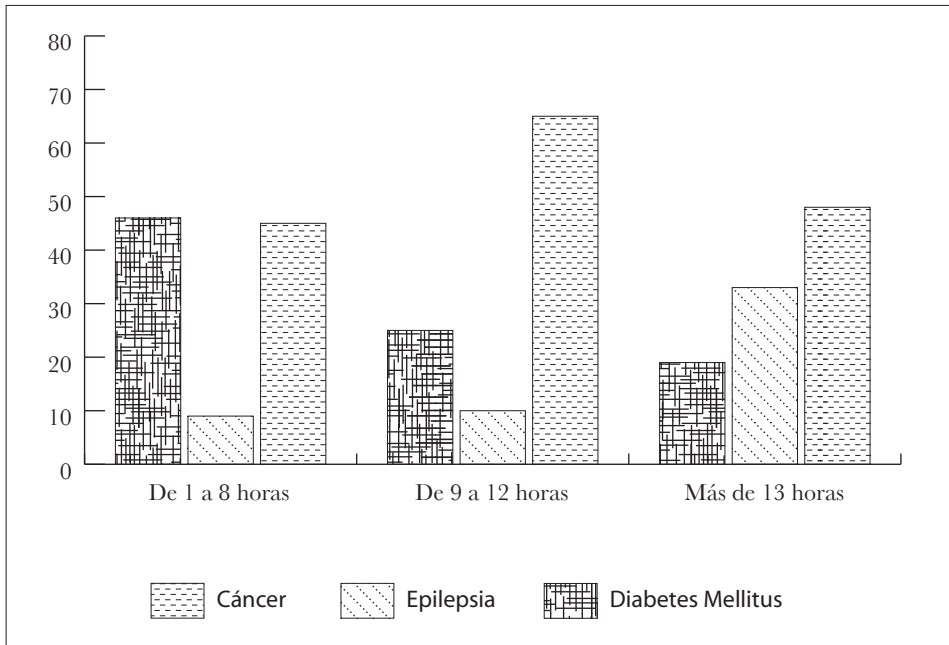
Gráfica 3. Comparación de la ocupación del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente



Gráfica 4. Comparación del parentesco del cuidador, dependiendo de la enfermedad del paciente



Gráfica 5. Comparación de las horas de cuidado del paciente, dependiendo de su enfermedad



participantes del grupo dos, que habían cuidado a los pacientes a partir de su enfermedad de un mes hasta 16 años ($X = 4$ años), por un periodo de más de 13 horas diarias (65%) cuando estaban en casa. Los cuidadores realizaban, como parte de su rol, de dos a 10 (con un promedio de ocho) de las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. Asimismo, por la ejecución de su rol se habían visto afectadas de ninguna a nueve (con un promedio de dos) de las siguientes áreas de la vida del cuidador: trabajo, escuela, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, pasatiempos, vacaciones y convivencia con la pareja.

Finalmente, los participantes del grupo tres habían cuidado a los pacientes a partir de su enfermedad de un mes hasta siete años ($X = 1$ año), por un periodo de nueve a 12 horas diarias (33%) o durante más de 13 horas diarias (48%) cuando estaban en casa. Los cuidadores realizaban, como parte de su rol, de una a 10 (con un promedio de ocho) de las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. Por la ejecución de su rol se habían visto afectadas de ninguna a ocho (con un promedio de dos) de las siguientes áreas en la vida del cuidador: trabajo, escuela, tareas del hogar, vida social, vida familiar, vida sexual, pasatiempos, vacaciones y convivencia con

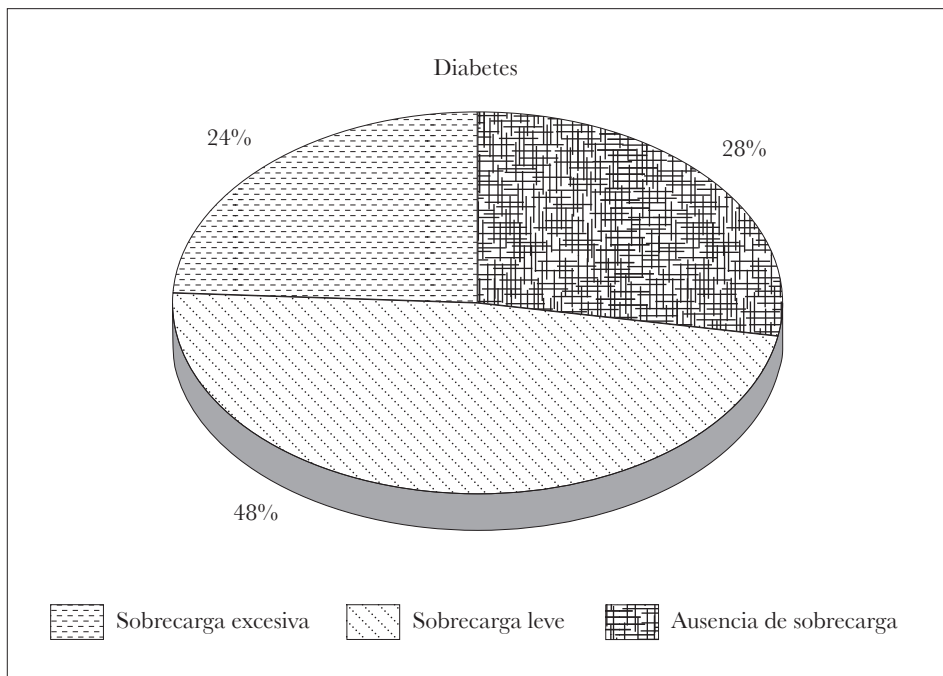
la pareja.

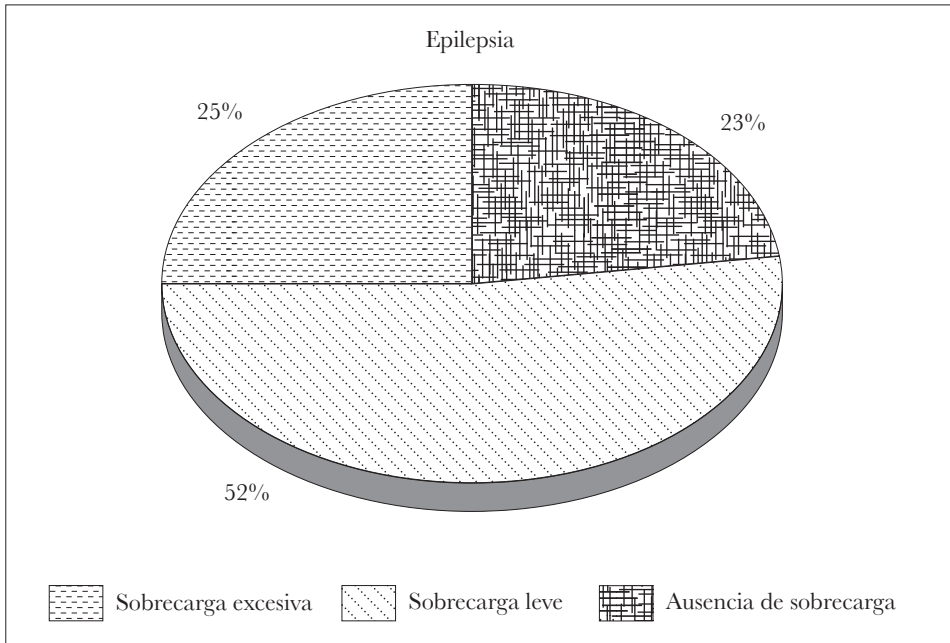
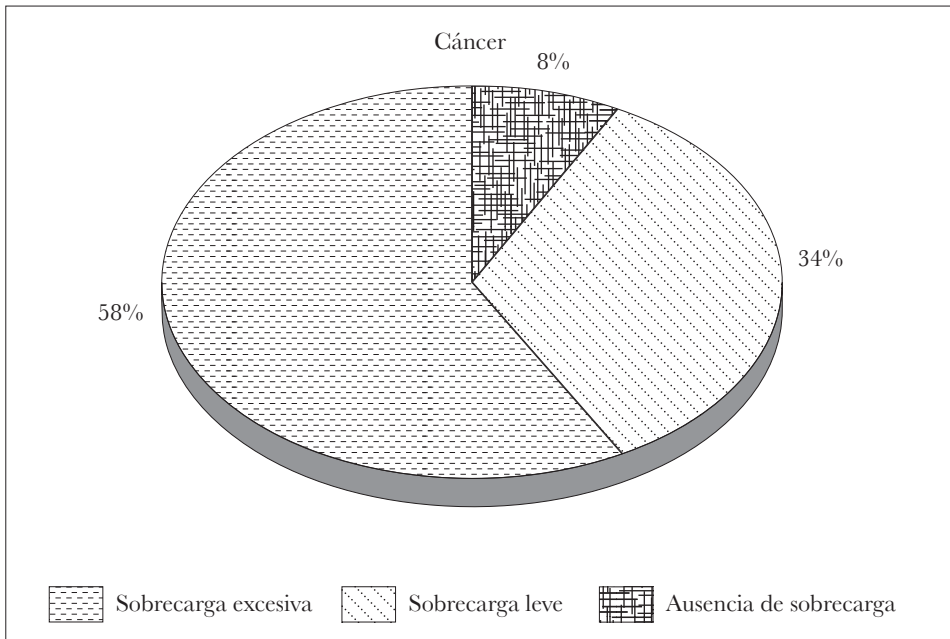
Respecto de la sobrecarga, los participantes del grupo uno mostraron, en su mayoría, un nivel de sobrecarga leve (48%) debido al cuidado de enfermos con diabetes mellitus (gráfica 6); en el grupo dos la mayor parte de los cuidadores presentó un nivel leve de sobrecarga (52%) por el cuidado de enfermos con epilepsia (gráfica 7), mientras que en el grupo tres la mayoría de los participantes presentó sobrecarga excesiva (58%), consecuencia del cuidado de enfermos con cáncer (gráfica 8).

En un siguiente análisis se utilizó el coeficiente de correlación (r) de Pearson para establecer la relación entre la edad del cuidador y del paciente, el tiempo en que el participante dedicaba al cuidado del niño, el número de actividades que realizaba y el número de áreas que habían sido afectadas en la vida del cuidador como parte de la ejecución de su rol, con la sobrecarga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal y expectativas de autoeficacia) en cada grupo. Según se puede observar en el cuadro 1, se encontró en el grupo uno de cuidadores de niños con diabetes mellitus una correlación positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del cuidador con sobrecarga, el impacto del cuidado y la relación interpersonal.

Por su parte, en el cuadro 2 se resumen las correlaciones en el grupo dos de

Gráfica 6. Nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con diabetes mellitus



Gráfica 7. Nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con epilepsia**Gráfica 8.** Nivel de sobrecarga de los cuidadores de niños con algún tipo de cáncer

Cuadro 1. *Correlación de la sobrecarga con la edad del cuidador y del paciente, el tiempo de su cuidado, el número de actividades y las áreas afectadas en cuidadores de niños con diabetes mellitus (n = 85)*

	Sobrecarga	Factor 1 (impacto del cuidador)	Factor 2 (relación interpersonal)	Factor 3 (autoeficacia)
Edad del cuidador	-0.048	-0.04	-0.054	-0.005
Tiempo de cuidado	0.047	0.024	0.143	-0.166
Edad del paciente	-0.042	-0.043	0.033	-0.176
Actividades del cuidador	0.084	0.129	-0.007	0.084
Áreas afectadas en el cuidador	0.480**	0.518**	0.411*	
* Correlación significativa a $p < 0.05$.				
** Correlación significativa a $p < 0.01$.				

Cuadro 2. *Correlación de la sobrecarga con la edad del cuidador y del paciente, el tiempo de su cuidado, el número de actividades y las áreas afectadas en cuidadores de niños con epilepsia (n = 77)*

	Sobrecarga	Factor 1 (impacto del cuidado)	Factor 2 (relación interpersonal)	Factor 3 (autoeficacia)
Edad del cuidador	0.065	0.104	0.108	-0.196
Tiempo de cuidado	0.022	0.029	0.098	-0.177
Edad del paciente	-0.105	-0.132	-0.041	-0.063
Actividades del cuidador	0.175	0.206	0.105	0.064
Áreas afectadas en el cuidador	0.306**	0.183	0.043	
* Correlación significativa a $p < 0.05$.				
** Correlación significativa a $p < 0.01$.				

cuidadores de pacientes con epilepsia, siendo positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del cuidador con sobrecarga y el impacto del cuidado.

Por último, como se muestra en el cuadro 3, en el grupo tres de cuidadores de niños con cáncer se encontró una correlación positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del cuidador con sobrecarga, el impacto del cuidado y la relación interpersonal.

Un análisis adicional consistió en el empleo de la prueba de la t de Student para comparar, en todos los grupos, sobrecarga, impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia, actividades realizadas por el participante y número de áreas afectadas en su vida dependiendo de la ocupación del

Cuadro 3. Correlación de la carga con la edad del cuidador y del paciente, el tiempo de su cuidado, el número de actividades y las áreas afectadas en cuidadores de niños con cáncer (n = 90)

	Sobrecarga	Factor 1 (impacto del cuidado)	Factor 2 (relación interpersonal)	Factor 3 (autoeficacia)
Edad del cuidador	-0.109	-0.062	-0.107	-0.169
Tiempo de cuidado	0.039	0.007	0.055	0.059
Edad del paciente	-0.198	-0.108	-0.237**	-0.18
Actividades del cuidador	0.07	-0.099	-0.035	-0.002
Áreas afectadas en el cuidador	0.346**	0.324**	0.366**	-0.009
* Correlación significativa a $p < 0.05$.				
** Correlación significativa a $p < 0.01$.				

cuidador, así como el género del paciente y el tiempo que tenían cuidándolo. En el cuadro 4 se describen los resultados para el grupo uno de los cuidadores de niños con diabetes mellitus, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las expectativas de autoeficacia del cuidador dependiendo del género del paciente ($t = -2.995$; $p = 0.004$), teniendo una mayor expectativa de autoeficacia los participantes que cuidaban a una niña ($X = 7.9$), comparada con

Cuadro 4. Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con diabetes mellitus dependiendo del género del paciente

Variables	Grupos	N	X	DE	t	p
Sobrecarga	Niñas	40	46.5	11.6	-1.521	0.132
	Niños	45	50.6	12.4		
Factor 1. Impacto del cuidado	Niñas	40	23	6.2	-0.721	0.264
	Niños	45	24.7	7.2		
Factor 2. Relación interpersonal	Niñas	40	17	5.4	-0.721	0.473
	Niños	45	17.9	5.7		
Factor 3. Autoeficacia	Niñas	40	6.5	2.5	-3.057	0.003
	Niños	45	7.9	1.7		
Número de actividades del cuidador	Niñas	40	5.5	2.9	-0.816	0.423
	Niños	45	6	2.9		
Número de áreas afectadas en el cuidador	Niñas	40	1.9	1.8	-0.432	0.667
	Niños	45	2.1	2.3		

quienes atendían a un niño ($X = 6.5$). Lo interesante de estos resultados es que la única diferencia se encontró en la variable de autoeficacia, que fue justamente la misma que en los análisis previos no correlacionó con las restantes, asunto sobre el que se discute con mayor amplitud en el apartado correspondiente.

En lo tocante al grupo dos de cuidadores de niños con epilepsia, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables. Por otro lado, en el grupo tres de cuidadores de niños con cáncer (cuadro 5) se encontraron diferencias en las expectativas de autoeficacia del cuidador dependiendo del género del paciente ($t = 2.474$; $p = 0.015$), teniendo una mayor expectativa de autoeficacia los participantes que cuidaban a un niño ($X = 8.5$) comparada con los que atendían a una niña ($X = 7.4$). De nueva cuenta nótese que la única variable que resultó significativa fue la de autoeficacia, aun cuando lo fue en el grupo de niños, lo que en términos generales sugiere que la condición de género impone un conjunto de necesidades peculiares y, por consiguiente, criterios diferenciales en torno al cuidado, que es importante tener en cuenta.

Con el fin de comparar en todos los grupos diferentes variables (sobrecarga, impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia, actividades realizadas por el participante y número de áreas afectadas en su vida dependiendo de la ocupación remunerada o no remunerada del cuidador, y tiempo que el participante tenía al cuidado al paciente) se empleó la prueba de la U de Mann-Withney.

En primer término, no se observaron diferencias estadísticamente significativas

Cuadro 5. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con cáncer dependiendo del género del paciente*

Variables	Grupos	N	X	DE	t	p
Sobrecarga	Niñas	44	60.9	13.6	0.027	0.978
	Niños	46	60.8	15.4		
Factor 1. Impacto del cuidado	Niñas	44	30.5	7.1	-0.303	0.763
	Niños	46	31	8.2		
Factor 2. Relación interpersonal	Niñas	44	21.9	7	-0.344	0.732
	Niños	46	22.4	6.8		
Factor 3. Autoeficacia	Niñas	44	8.5	1.8	2.474	0.015
	Niños	46	7.4	2.3		
Número de actividades del cuidador	Niñas	44	8.6	2.1	0.236	0.814
	Niños	46	8.5	2.4		
Número de áreas afectadas en el cuidador	Niñas	44	2.6	2.3	-0.477	
	Niños	46	2.8	1.9		

en ninguna variable en los grupos uno y tres de cuidadores de niños con diabetes mellitus y cáncer, respectivamente. Mientras que en el grupo dos de cuidadores de niños con epilepsia se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador, dependiendo del tiempo que tenía cuidando a su paciente ($U = 529.0$; $p = 0.050$), realizando un mayor número de actividades los participantes que tenían menos de un año cuidando al paciente ($X = 44.6$), comparada con los que tenían más tiempo ($X = 35.8$). La ocupación no fue significativa para este grupo (cuadro 6).

Asimismo, se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para comparar, en todos los

Cuadro 6. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con epilepsia dependiendo del tiempo que tiene el cuidador ejerciendo su rol*

Variables	Tiempo	N	X	U	<i>p</i>
Sobrecarga	< de 1 año	28	37.7	651	0.711
	≥ que 1 año	49	39.7		
Factor 1. Impacto del cuidado	< de 1 año	28	36.2	610	0.42
	≥ que 1 año	49	40.5		
Factor 2. Relación interpersonal	< de 1 año	28	37.4	642.5	0.644
	≥ que 1 año	49	39.8		
Factor 3. Autoeficacia	< de 1 año	28	42.1	597.5	0.336
	≥ que 1 año	49	37.7		
Número actividades del cuidador	< de 1 año	28	44.6	520	0.05
	≥ que 1 año	49	35.8		
Número de áreas afectadas en el cuidador	< de 1 año	28	36.9	627.5	0.525
	≥ que 1 año	49	40		

grupos, el nivel de sobrecarga, el impacto del cuidado, la relación interpersonal, las expectativas de autoeficacia, el número de actividades que realizaba el cuidador y el número de áreas que habían sido afectadas en su vida por la ejecución de su rol con la edad del cuidador y del paciente.

En el grupo uno de niños con diabetes mellitus se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador ($\chi^2 = 13.56$; $p < 0.01$) con respecto a la edad del paciente, realizando un mayor número de actividades los cuidadores de niños que tenían de 0 a cinco años ($X = 52.1$), comparados con los de seis a 11 años ($X = 42.3$) y con los de 12 a 18 años ($X = 42.9$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo uno de cuidadores de niños con diabetes mellitus respecto de la edad del cuidador (cuadro 7).

Por su parte, en el grupo dos de niños con epilepsia se encontraron diferencias

Cuadro 7. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con diabetes mellitus dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	χ^2	p
Número de actividades del cuidador	0-5 años	3	52.7	13.5	0.001
	6-11 años	32	42.3		
	12-18 años	50	42.9		
Número de áreas afectadas en el cuidador	0-5 años	3	55.1	2.6	0.271
	6-11 años	32	41.9		
	12-18 años	50	42.9		
Sobrecarga	0-5 años	3	39.3	0.44	0.802
	6-11 años	32	42.5		
	12-18 años	50	43.5		
Impacto del cuidado	0-5 años	3	58	0.79	0.672
	6-11 años	32	45.1		
	12-18 años	50	40.7		
Relación interpersonal	0-5 años	3	63.8	0.1	0.95
	6-11 años	32	53.5		
	12-18 años	50	35		
Autoeficacia	0-5 años	3	51.1	1.82	0.401
	6-11 años	32	47.7		
	12-18 años	50	39.5		

estadísticamente significativas en las expectativas de autoeficacia ($\chi^2 = 6.32$; $p = 0.042$) en relación con la edad del cuidador, percibiéndose más autoeficaces los cuidadores que tenían entre 18 y 30 años ($\bar{X} = 48.5$), comparados con quienes tenían de 31 a 39 años ($\bar{X} = 35.7$) y más de 40 años ($\bar{X} = 34.0$). En el cuadro 8 se resumen los resultados, haciendo la acotación que de nueva cuenta la variable relevante fue la de autoeficacia.

Además, según se observa en el cuadro 9, se hallaron diferencias estadísticamente significativas únicamente en la variable relativa al número de actividades que realizaba el cuidador ($\chi^2 = 16.81$; $p = 0.000$), de acuerdo con la edad del paciente, realizando un mayor número de actividades los participantes que cuidaban a un niño con edades entre cero y cinco años ($\bar{X} = 7.2$), comparados con los de seis a 11 años ($\bar{X} = 40.8$) y los de 12 a 18 años ($\bar{X} = 25.9$). Esto último sugiere que, entre menor sea la edad del paciente, y en función no sólo de sus necesidades sino de la imposibilidad de llevarlas al cabo de manera independiente, requiere una mayor atención por parte del cuidador. Destaca, asimismo, el que no se en-

Cuadro 8. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con epilepsia dependiendo de la edad del cuidador*

VARIABLES	Rangos	N	X	χ^2	p
Número de actividades del cuidador	18-30 años	23	45.3	3.94	0.139
	31-39 años	29	37.6		
	≥ 40 años	25	34.7		
Número de áreas afectadas en el cuidador	18-30 años	23	37.5	0.79	0.673
	31-39 años	29	41.8		
	≥ 40 años	25	37.2		
Sobrecarga	18-30 años	23	38.2	1.04	0.593
	31-39 años	29	42.1		
	≥ 40 años	25	36		
Impacto del cuidado	18-30 años	23	36.8	0.46	0.795
	31-39 años	29	41		
	≥ 40 años	25	38.6		
Relación interpersonal	18-30 años	23	34.8	3.21	0.2
	31-39 años	29	44.8		
	≥ 40 años	25	36		
Autoeficacia	18-30 años	23	48.5	6.32	0.042
	31-39 años	29	35.7		
	≥ 40 años	25	34		

contrarán diferencias en las variables restantes, lo que supondría que el tipo de enfermedad sea el que esté determinando su influencia.

Lo anterior quedaría confirmado en el cuadro 10, pues en el grupo tres de niños con cáncer se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador ($\chi^2 = 8.30$; $p = 0.016$), en relación con la edad del paciente, realizando un mayor número de actividades los cuidadores de niños que tenían entre cero y cinco años ($X = 50.7$), comparados con los de seis a 11 años ($X = 47.4$) y los de 12 a 18 años ($X = 33.8$). Lo interesante es hacer notar que no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo uno de cuidadores de niños con cáncer y la edad del cuidador (cuadro 10).

También se realizó una prueba de ANOVA simple (cuadro 11) para comparar los grupos en cuanto a la edad del cuidador y del paciente, el tiempo en que el participante había cuidado al niño, el número de actividades que realizaba y el número de áreas que se habían visto afectadas en su vida por la ejecución de su rol, el nivel de sobrecarga, el impacto del cuidado, la relación interpersonal, y

Cuadro 9. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con epilepsia dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	x ²	p
Número de actividades del cuidador	0-5 años	31	47.2	16,8	0
	6-11 años	23	40.8		
	12-18 años	23	25.9		
Número de actividades del cuidador	0-5 años	31	41.2	0.61	0.734
	6-11 años	23	38.2		
	12-18 años	23	36.7		
Sobrecarga	0-5 años	31	41.3	0.36	0.607
	6-11 años	23	39.5		
	12-18 años	23	35.2		
Impacto del cuidado	0-5 años	31	40.4	0.36	0.833
	6-11 años	23	39.2		
	12-18 años	23	36.7		
Relación interpersonal	0-5 años	31	39.3	0.73	0.693
	6-11 años	23	41.5		
	12-18 años	23	35.9		
Autoeficacia	0-5 años	31	43.5	2.61	0.271
	6-11 años	23	34.1		
	12-18 años	23	37.7		

Cuadro 10. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con cáncer dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	x ²	p
Número de actividades del cuidador	0-5 años	37	50.7	8.3	0.016
	6-11 años	31	47.4		
	12-18 años	22	33.8		
Número de áreas afectadas en el cuidador	0-5 años	37	48.9	1.53	0.465
	6-11 años	31	42.4		
	12-18 años	22	41.8		
Sobrecarga	0-5 años	37	49.2	2.86	0.238
	6-11 años	31	46.6		
	12-18 años	22	37.5		

Continuación cuadro 10. *Comparación de la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador de niños con cáncer dependiendo de la edad del paciente*

Variables	Rangos	N	X	x ²	p
Impacto del cuidado	0-5 años	37	47.8	0.81	0.666
	6-11 años	31	45.5		
	12-18 años	22	41.5		
Relación interpersonal	0-5 años	37	49.8	4.81	0.09
	6-11 años	31	47.7		
	12-18 años	22	35		
Autoeficacia	0-5 años	37	46.2	0.92	0.629
	6-11 años	31	47.7		
	12-18 años	22	41.1		

las expectativas de autoeficacia con respecto al tipo de enfermedad que tiene el paciente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad del cuidador ($F = 11.58$; $p = 0.000$), tiempo dispensado por el cuidador ($F = 21.35$; $p = 0.000$), edad del paciente ($F = 24.42$; $p = 0.000$), número de actividades que realizaba el cuidador ($F = 33.73$; $p = 0.000$), sobrecarga ($F = 23.69$; $p = 0.000$), impacto del cuidado ($F = 21.55$; $p = 0.000$) y relación interpersonal ($F = 21.40$; $p = 0.000$).

Finalmente, se llevaron a cabo pruebas *post hoc* de Tukey, cuyas comparaciones revelan que en el grupo uno de niños con diabetes mellitus los cuidadores y pacientes tenían mayor edad ($X = 39.5$ años de cuidadores y $X = 140.6$ meses en los pacientes), comparada con las del grupo dos de niños con epilepsia ($X = 35.2$ años de cuidadores y $X = 91.0$ meses en los pacientes) y del grupo tres de niños con cáncer ($X = 33.5$ de cuidadores y $X = 87.4$ meses en los pacientes). Este grupo también es distinto de los otros en la medida en que realizaban un menor número de actividades ($X = 5.8$), comparadas con los de los grupos dos ($X = 8.6$) y tres ($X = 8.62$). El tiempo que tenían los participantes cuidando a los pacientes fue diferente en los tres grupos y se distribuyó de la siguiente manera: grupo dos de niños con epilepsia ($X = 54.2$), grupo uno de niños con diabetes mellitus ($X = 31.9$) y grupo tres de niños con cáncer ($X = 19.5$). Los cuidadores del grupo tres de niños con cáncer presentaron un mayor nivel de sobrecarga ($X = 60.8$), impacto del cuidado ($X = 30.7$) y más dificultades en la relación interpersonal con los pacientes que cuidaban ($X = 22.1$), comparados con los del grupo uno de niños con diabetes mellitus en sobrecarga ($X = 48.7$), impacto del cuidado ($X = 23.9$) y relación interpersonal ($X = 17.5$), así como con los del grupo dos de niños con epilepsia en sobrecarga ($X = 49.0$), impacto del cuidado ($X = 25.1$) y relación interpersonal (X

Cuadro 11. *Comparación de la edad del cuidador y del paciente, el tiempo del cuidado, la carga y sus tres factores (impacto del cuidado, relación interpersonal, expectativas de autoeficacia), las actividades y el número de áreas afectadas en el cuidador dependiendo del tipo de enfermedad del paciente*

Variables	Enfermedad	N	X	DE	F	<i>p</i>
Edad del cuidador	Diabetes mellitus	85	39.5	7.9	11.58	0
	Epilepsia	77	35.2	8.8		
	Cáncer	90	33.5	8.7		
Tiempo de cuidado del paciente	Diabetes mellitus	85	34.3	31.9	24.35	0
	Epilepsia	77	51.7	54.2		
	Cáncer	90	14.2	19.5		
Edad del paciente	Diabetes mellitus	85	140.6	39.1	24.42	0
	Epilepsia	77	91	62.5		
	Cáncer	90	87.4	61.8		
Número de actividades del cuidador	Diabetes mellitus	85	5.82	2.9	33.73	0
	Epilepsia	77	8.61	2.3		
	Cáncer	90	8.62	2.3		
Número de áreas afectadas en el cuidador	Diabetes mellitus	85	2.07	2.1	2.77	0.064
	Epilepsia	77	2.08	2.3		
	Cáncer	90	2.76	2.1		
Sobrecarga	Diabetes mellitus	85	48.76	12.1	23.69	0
	Epilepsia	77	49.04	12.8		
	Cáncer	90	60.89	14.5		
Impacto del cuidado	Diabetes mellitus	85	25.93	6.8	21.55	0
	Epilepsia	77	25.19	7.3		
	Cáncer	90	30.78	7.7		
Relación interpersonal	Diabetes mellitus	85	17.54	5.6	21.4	0
	Epilepsia	77	16.51	5.3		
	Cáncer	90	22.17	6.9		
Autoeficacia	Diabetes mellitus	85	7.29	2.2	2.1	0.124
	Epilepsia	77	7.34	2.5		
	Cáncer	90	7.94	2.5		

= 16.5). Finalmente, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el número de áreas afectadas en la vida de los cuidadores y en las expectativas de autoeficacia que tenían sobre el cuidado de los pacientes.

Discusión

Los resultados de la investigación muestran que el perfil sociodemográfico de los participantes es similar en los tres grupos, en el sentido de que los cuidadores primarios en su mayoría son mujeres, casadas (o viviendo en unión libre), con educación básica y dedicadas a las labores del hogar, perfil que ya ha sido mencionado en múltiples reportes de investigación (*i.e.*, Arredondo, 2008; Figueroa-Duarte, 2010; Haugstvedt, Wentzel-Larsen, Rokne y Graue, 2011; Kim, Lee, Namkoong, Lee, Lee y Kim, 2010; Kirk, Fedele, Wolfe-Christensen, Phillips, Mazur, Mullins *et al.*, 2011; Klassen, Raina, Reineking, Dix, Pritchard y O'Donnell, 2007; Lafaurie *et al.*, 2009; Martínez, 2008; Medeiros y Baena, 2007; Patiño-Fernández, Pai, Alderfer, Hwang, Reilly y Kazak, 2008; Ramaglia, Romeo, Viri, Lodi, Sacchi y Cioffi, 2007; Schmidt, 2007; Téllez, 2008).

Es posible que lo anterior se deba, en buena medida, a que la educación recibida y los mensajes transmitidos culturalmente por la sociedad favorecen la idea de que la mujer es la que está mejor preparada para atender a un familiar enfermo; a los hombres, por consiguiente, no se les concibe capacitados para realizar las distintas actividades relacionadas con los cuidados que requieren los enfermos, en el supuesto de que son emocionalmente débiles ante la enfermedad y no demuestran un compromiso personal en el cuidado de una enfermedad de larga duración, que suele ser demandante y desgastante (Nigenda, López-Ortega, Matarazzo y Juárez-Ramírez, 2007).

Además, hay que destacar que la educación básica de los cuidadores puede ser un obstáculo para la ejecución de su rol, que afecta principalmente a los niños con diabetes mellitus. En efecto, se ha demostrado que el nivel escolar se relaciona de forma negativa con el adecuado control glucémico (Marques, Fornés y Stringhini, 2011), y en los cuidadores de niños con enfermedades crónicas se observa que cuando reciben el diagnóstico de la enfermedad es mucho más probable que reaccionen con miedo, angustia y estrés, por sentirse incompetentes para la atención adecuada de su paciente (Canning, Harris y Kelleher, 1996; Porterfield y McBride, 2007; Sullivan-Bolyai, Deatrck, Gruppuso, Tamborlane y Grey, 2003).

Un hecho relevante en este estudio fue que en los tres grupos los cuidadores primarios fueron en su mayoría las propias madres, quienes atendían a sus hijos con una enfermedad crónica, como una extensión de sus deberes domésticos, lo que ha sido reportado por otros autores (Arredondo, 2008; Figueroa-Duarte, 2010; Haugstvedt *et al.*, 2011; Kim *et al.*, 2010; Kirk *et al.*, 2011; Klassen *et al.*, 2007; Lafaurie *et al.*, 2009; Martínez, 2008; Medeiros y Baena, 2007a; Patiño-Fernández *et al.*, 2008; Ramaglia *et al.*, 2007; Schmidt, 2007; Téllez, 2008).

En relación con la edad del cuidador, ésta osciló entre 34 y 40 años en todos los grupos, similar a lo reportado recientemente por otros autores (Almunia, 2007; Arredondo, 2008; Martínez, 2010; Téllez, 2008). Lo interesante es hacer notar

en este apartado que la mayor edad se encontró en los cuidadores del grupo de niños con diabetes mellitus, por tratarse de una enfermedad cuya aparición puede ser eventualmente más temprana y de mayor duración que las otras dos. Son cuidadores, pues, en edad productiva, lo que implica que al periodo de sus años productivos se suma la carga de atender a un hijo con un padecimiento crónico (Figueroa-Duarte, 2010; Kirk *et al.*, 2011).

El periodo durante el que los participantes habían cuidado a su paciente fue distinto en los tres grupos, ya que los cuidadores de niños con epilepsia asumieron este rol por un promedio de cuatro años, tiempo en el que pueden derivarse problemas y conflictos familiares que dependerán de la severidad del padecimiento. Cuando las crisis son mal controladas, los padres a menudo se sienten obligados a restringir la vida del niño y no pocas veces sus propias vidas. El niño, por su parte, puede estar preocupado por el temor de que las crisis sean letales o incapacitantes. Inclusive cuando las crisis son más controladas, las interacciones en el seno de la familia que se desarrollan como respuesta a las primeras crisis mal controladas pueden continuar hasta mucho tiempo después, cuando el esfuerzo por controlar al niño se disimula con un deseo de protegerlo. La legítima preocupación de que se desencadene una crisis en una situación de peligro se exagera, lo cual orilla a los padres a controlar y a restringir constantemente las actividades del niño, en ocasiones sin brindarles la oportunidad para el aprendizaje por ensayo y error (Alarcón, 2004). En el caso de los cuidadores que atienden a menores con diabetes mellitus, lo han hecho aproximadamente por tres años, y los cuidadores de niños con cáncer, por un año, diferencias que se pueden atribuir al tipo de padecimiento y a la evolución del mismo. El cáncer, por ejemplo, es una enfermedad de progresión más rápida hacia la curación o hacia la muerte (Jaimes, 1998). Sin embargo, los cuidadores de niños con cáncer en poco tiempo tienen que asumir cambios trascendentales en su estilo de vida, obligándose a desarrollar habilidades para el cuidado de su paciente en casa (Lafaurie *et al.*, 2009).

En cuanto a las horas diarias que utilizaban los participantes para cuidar a los pacientes cuando están en casa, se encontró que los cuidadores de niños con cáncer eran quienes dedicaban más tiempo a atender a los pacientes de nueve a más de 13 horas diarias en 81% de los casos, debido a que por los efectos de la quimioterapia sobre el sistema inmunológico los menores pueden contraer infecciones que ponen en riesgo su salud. Estos datos coinciden con los reportados por Castillo *et al.* (2005), quienes hallaron que los cuidadores de niños con cáncer invertían hasta 19 horas diarias al cuidado del enfermo. Después están los participantes que cuidaban infantes con epilepsia, utilizando de nueve a más 13 horas diarias en 75% de los casos, lo que pone de manifiesto una sobreprotección de la madre, quien se descuida a sí misma y al resto de sus hijos. Esto puede entenderse cuando es esencial una supervisión estricta para el control de las crisis; no obstante, si esa sobreprotección persiste después de que las crisis hayan dejado de ser un

problema, dificultará tanto las relaciones de la madre con el niño, como también el proceso de maduración psicosocial de éste. (Alarcón, 2004). Por otro lado, hay estudios que han encontrado que las madres reportan cuidar a su paciente por un periodo prolongado, que va de 12 a 24 horas diarias (Martínez, 2010). Finalmente, las madres que tienen un hijo con diabetes mellitus dedicaban de nueve a 13 horas diarias en 55% de los casos, puesto que por la edad de los pacientes y el tipo de tratamiento —que incluye una dieta balanceada y la administración de insulina— se tenían que hacer responsables de ellos. Además, la mayoría de éstos tenía una evolución de la enfermedad mayor a tres años.

Adicionalmente, al inicio del tratamiento los cuidadores vigilaban de manera constante a los niños porque se sentían preocupados y responsables de la aparición de un episodio de hipoglucemia (Sullivan-Bolyai *et al.*, 2003), por lo cual trataban de controlar al máximo los estímulos a los que estaban expuestos, sobre todo los relacionados con la ingesta de alimentos; por esta razón, evitaban salir a comer fuera de casa y eran sumamente rígidos en cuanto a no asistir a reuniones sociales donde consideraban que el paciente podría “estar expuesto” (Haugstvedt *et al.*, 2011). Al respecto, en el estudio de Nigenda *et al.* (2007) se señala que 63% del tiempo de las mujeres se dedicaba al trabajo domestico, y que al sumarse el tiempo destinado al cuidado de los hijos enfermos, sus actividades en conjunto llegaban a representar casi 80% del uso total de su tiempo.

En lo tocante al rol de los cuidadores, destacaron las siguientes actividades: acompañar al paciente, bañarlo, alimentarlo, vestirlo, cargarlo, transportarlo, darle medicamentos, llevarlo al médico, comprar medicinas y programar citas médicas. En este apartado hubo diferencias entre los grupos, realizando en promedio un menor número de actividades los cuidadores de niños con diabetes mellitus, lo cual se explica porque estos pacientes tenían una media de edad mayor (12 años), una menor discapacidad física que el resto de la población y eran más independientes para realizar actividades de aseo personal como cualquier niño sano (Schmidt, 2007).

Al ejercer el rol de cuidador, se pueden ver afectadas algunas áreas de su vida como el trabajo, la escuela, las tareas del hogar, la vida social, la vida familiar, la vida sexual, los pasatiempos, las vacaciones y/o la convivencia con la pareja. Los cuidadores tenían en promedio dos de las áreas afectadas, independientemente de la enfermedad del paciente que atendían; sin embargo, los participantes que cuidaban a un niño con diabetes mellitus tenían un mayor número de áreas afectadas comparados con los otros grupos. Las áreas que más frecuentemente se veían afectadas en la vida de los cuidadores que atendían a niños con esta enfermedad fueron las tareas del hogar, la vida familiar y social, la convivencia con la pareja, las vacaciones y la vida sexual (Arredondo, 2008; Téllez; 2008). Como consecuencia, había un desgaste emocional en el cuidador, porque los niños mayores asumían una actitud más negativa sobre la diabetes comparada con los pequeños,

lo que influyó en la escasa adhesión al tratamiento médico, es decir, no seguían las recomendaciones del cuidador y eran menos capaces de controlar los niveles de glucosa en sangre, aumentando de ese modo el impacto de la enfermedad en la vida del cuidador (Schmidt, 2007; Yi-Frazier *et al.*, 2012).

Se observó, por otro lado, que los participantes de los tres grupos presentaron sobrecarga, cuyo nivel variaba según los pacientes que cuidaban. Por ejemplo, los cuidadores de niños con cáncer mostraron un nivel excesivo de sobrecarga, que coincide con lo reportado por Medeiros y Baena (2007b) y Patiño-Fernández *et al.* (2008). Lo anterior se debe a que por las características del cáncer los pacientes requerían mayor cuidado y los participantes se desgastaban por las constantes demandas que enfrentaban por la ejecución de su rol, implicando serios daños en la vida de los cuidadores (Medeiros y Baena, 2007a). En una dirección opuesta, en los cuidadores de niños con diabetes mellitus y epilepsia se observaron niveles leves, en coincidencia con lo reportado por Arredondo (2008) para los primeros, aun cuando difiere con lo reportado por Ramaglia *et al.* (2007), quienes hallaron un nivel alto de sobrecarga y preocupación, asociado con la percepción de los cuidadores acerca de la vulnerabilidad y el futuro de los pacientes con epilepsia.

También se encontró una correlación significativa con dirección positiva entre el número de áreas afectadas en la vida de los cuidadores, tanto con sobrecarga como con el impacto del cuidado, en los cuidadores de los tres grupos; sin embargo, en las dos variables las estadísticas señalan una mayor relación en cuidadores de pacientes con diabetes mellitus, cáncer y epilepsia, en ese orden; esto sugiere que a mayor nivel de sobrecarga e impacto del cuidado, mayor afectación a más áreas en la vida del cuidador. Una de las características básicas de la diabetes mellitus es que es progresiva; es decir, si los pacientes no se adhieren al tratamiento, pueden presentarse problemas de salud a largo plazo, los cuales, conforme transcurra el tiempo, se agudizarán, afectando distintos órganos en el paciente; por eso, la sobrecarga en los cuidadores se relaciona con el tratamiento médico y, principalmente, con las mediciones de los niveles de glucosa, que tiene mucho que ver con la hipoglucemia nocturna, la cual puede ocasionar un desajuste en los niños (Haugstvedt *et al.*, 2011).

Además, se encontró una correlación significativa con dirección positiva entre el número de áreas afectadas en la vida del participante y la relación interpersonal en los grupos de cuidadores de pacientes con diabetes mellitus y cáncer; lo anterior indica que mientras más dificultades existan en la relación interpersonal entre el paciente y el cuidador, un mayor número de áreas en la vida de éste se verán afectadas, debido a que dedica todo su tiempo y su energía a la resolución de estos conflictos. La vida de los cuidadores de niños con diabetes mellitus se ve afectada porque tienen que aprender a observar el comportamiento del paciente y vigilarlo todo el tiempo, con el fin de que cumpla su tratamiento de forma global (dieta, ejercicio y medicamentos), pues las madres experimentan un temor fundado de

que aparezcan episodios de hipoglucemia, que desencadenarían complicaciones médicas graves (Haugstvedt *et al.*, 2011).

Los niños con cáncer presentan diversas alteraciones físicas como consecuencia de la administración de quimioterapia, como vómito y náuseas, que ocasionan que disminuya su apetito y, en consecuencia, su ingesta alimenticia. Aunado a lo anterior, pueden contraer infecciones porque tienen un sistema inmunológico debilitado, lo cual da como resultado que los cuidadores reaccionen con ansiedad (Martínez, 2008), intentando que el niño coma a costa de regaños y chantajes, sobreprotegiéndolos para evitar infecciones (Méndez, 2007). Esto afecta la relación interpersonal entre la díada paciente-cuidador, que ocasiona un desgaste emocional en los cuidadores (Klassen *et al.*, 2007).

En cuanto a las expectativas de autoeficacia se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas, dependiendo del género del paciente en los grupos uno y tres. Los cuidadores de pacientes con diabetes mellitus tenían una mayor expectativa de autoeficacia cuando atendían a una niña, mientras que los cuidadores de pacientes con cáncer, cuando su paciente era un niño. Lo anterior ocurre porque el tratamiento para la diabetes mellitus requiere que los pacientes desarrollen habilidades relacionadas con el autocuidado y el automonitoreo, las cuales es más factible que las realicen las niñas, aunque a veces tienen dificultades en la adhesión a la dieta por sus “antojos” constantes (Schmidt, 2007). En el caso de los niños, en general fueron percibidos como más vulnerables, complicados y poco adherentes por sus cuidadores (Kirk *et al.*, 2011). En el caso del cáncer, el tratamiento es más complicado para las niñas porque los efectos de la quimioterapia implican una alteración de la imagen corporal: se les cae el cabello y se les oscurece la piel, lo cual significa un reto mayor para su atención por parte del cuidador. Se observaron diferencias estadísticamente significativas sólo en el grupo dos de cuidadores de niños con epilepsia, en las expectativas de autoeficacia, con respecto de la edad del cuidador, percibiéndose más autoeficaces los que eran más jóvenes (de 18 a 30 años), lo que puede deberse a que tenían más habilidades físicas y emocionales para contener las crisis compulsivas comunes de esta enfermedad.

En los tres grupos se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el número de actividades que realizaba el cuidador, según la edad del paciente, con una mayor cantidad en las reportadas por los cuidadores de niños más pequeños (de cero a cinco años), debido a que mientras más grandes los pacientes son más autosuficientes para realizar actividades de higiene personal y autocuidado.

Se compararon, asimismo, los tres grupos respecto de la edad del cuidador y del paciente, el tiempo en que el participante destinaba al cuidado, el número de actividades que realizaba el cuidador y el número de áreas que se habían visto afectadas en su vida por la ejecución de su rol; también, el nivel de sobrecarga, el impacto del cuidado, la relación interpersonal y las expectativas de autoeficacia con respecto al tipo de enfermedad que tenía el paciente. Se detectaron dife-

rencias estadísticamente significativas en la edad del cuidador y del paciente, el tiempo destinado al cuidado del paciente, el número de actividades que realizaba el cuidador, la sobrecarga, el impacto del cuidado y la relación interpersonal. El grupo uno de niños con diabetes mellitus tenía a los cuidadores y a los pacientes de mayor edad. El tiempo que tenían los participantes cuidando a los pacientes era diferente en los tres grupos y se distribuyó de la siguiente manera: grupo dos de niños con epilepsia, grupo uno de niños con diabetes mellitus y grupo tres de niños con cáncer. Los participantes del grupo tres de niños con cáncer fueron los cuidadores más desgastados emocionalmente pues presentaron un mayor nivel de sobrecarga, al tener un mayor impacto del cuidado y más dificultades en la relación interpersonal con los pacientes que atendían.

Referencias

- Alarcón, A. (2004), "Impacto de la epilepsia en la familia", *Revista Chilena de Epilepsia*, 5, pp. 46-52.
- Alonso, N. (2002), "Problemática social de la demencia", *Geriátrica*, 18, pp. 21-22.
- Arredondo, T. J. (2008), "Calidad de vida y sobrecarga en cuidadores primarios informales de niños con diabetes mellitus tipo 1 y madres de niños sanos", tesis de licenciatura no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.
- Begoña, G. E. (1998), "Formación de familias cuidadoras de personas mayores dependientes", *Cuadernos de Trabajo Social*, 11, pp. 203-220.
- Bergero, T., M. Gómez, A. Herrera y F. Mayoral (2000), "Grupo de cuidador primario de daño cerebral: una perspectiva de análisis", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, pp. 127-135.
- Beverly, H., C. Siegler, M. Rohe, C. Barefoot, P. Vitaliano, S., Surwit y R. B. Williams (2005), "Neighborhood Characteristics Moderate Effects of Caregiving on Glucose Functioning", *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 752-758.
- Brown, R. T., B. P. Daly y A. U. Rickel (2008), *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*, México, El Manual Moderno.
- Canning, D., S. Harris y J. Kelleher (1996), "Factors Predicting Distress among Caregivers to Children with Chronic Medical Conditions", *Journal of Pediatric Psychology*, 21, pp. 735-749.
- Castillo, E., A. Chesla, G. Echeverry, E. Tascón, M. Charry, J. Chicangana y D. M. Pomar (2005), "Satisfacción de los cuidadores con la atención de adultos y niños con cáncer", *Colombia Médica*, 36, pp. 43-49.
- Charlesworth, G., L. Shepstone, E. Wilson, S. Reynolds, M. Mugford, D. Price y F. Poland (2008), "Befriending Cares of People with Dementia: Randomized Controlled Trial", *The British Journal of Psychiatry*, 328, pp. 1-6.

- Coletto, M., y S. Camara (2009), "Coping Strategies and Illness Perception in Parents of Children with Chronic Diseases", *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5, pp. 97-110.
- Crespo, M., y J. López (2007), "El apoyo de los cuidadores de mayores dependientes: presentación del programa 'Cómo mantener su bienestar'", *Informaciones Psiquiátricas*, 188. Disponible en <http://www.revistahospitalarias.org> [recuperado el 20 de enero de 2010].
- Cuesta, C. (2004), "Family Care in Chronic Conditions: An Approach to the Literature", *Colombia Médica*, 13, pp. 137-146.
- Díaz, V. P. (2002), "Ayudar a los que ayudan", *Servicios Sociales a Fondo*, 4, pp. 22-25.
- Espín, A. (2008), "Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia", *Revista Cubana de Salud Pública*, 34. Disponible en <http://www.scielo.sld.cu> [recuperado el 10 de agosto de 2012].
- Figuroa-Duarte, A. S. (2010), "Estudio clínico, epidemiológico y sociocultural de la epilepsia", *Archivos de Neurociencias*, 15, pp. 139-151.
- Gómez, G. M. (2007), "Estar ahí, al cuidado de un paciente con demencia", *Investigación y Educación en Enfermería*, 25, pp. 60-71.
- Grunfeld, E., D. Coyle, T. Whelan, J. Clinch, L. Reyno, C. Earle y R. Glossop (2004), "Family Caregiver Burden: Results of a Longitudinal Study of Breast Cancer Patients and their Principal Caregivers", *Canadian Medical Association Journal*, 170, pp. 1795-1801.
- Hankey, G. (2004), "Informal Care Giving for Disabled Stroke Survivors", *The British Journal of Psychiatry*, 328, pp. 1085-1086.
- Haugstvedt, A., T. Wentzel-Larsen, B. Rokne y M. Graue, (2011), "Perceived Family Burden and Emotional Distress: Similarities and Differences between Mothers and Fathers of Children with Type 1 Diabetes in a Population-based Study", *Pediatric Diabetes*, 12, pp. 107-114.
- Jaimés, V. B. (1998), "Estudio comparativo: cohesión y adaptabilidad en familias con un hijo con cáncer y otras enfermedades", tesis de licenciatura no publicada. México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Kim, K. R., E. Lee, K. Namkoong, Y. M. Lee, J. S. Lee y H. D. Kim (2010), "Caregiver's Burden and Quality of Life in Mitochondrial Disease", *Pediatric Neurology*, 42, pp. 271-276.
- Kirk, K. D., D. A. Fedele, C. Wolfe-Christensen, T. M. Phillips, T. Mazur, L. L. Mullins y A. B. Wisniewski (2011), "Parenting Characteristics of Female Caregivers of Children Affected by Chronic Endocrine Conditions: A Comparison between Disorders of Sex Development and Type 1 Diabetes Mellitus", *Journal of Pediatric Nursing*, 26, pp. 29-36.
- Klassen, A., P. Raina, S. Reineking, D. Dix, S. Pritchard y M. O'Donnell (2007), "Developing a Literature Base to Understand the Caregiving Experience of

- Parents of Children with Cancer: A Systematic Review of Factors Related to Parental Health and Well-being”, *Support Care Cancer*, 15, pp. 807-818.
- Lafaurie, M., P. Barón, S. León, M. Martínez, Q. Molina, C. Rojas y M. L. Roncancio (2009), “Mothers Caring for their Children with Cancer”, *Revista Colombiana de Enfermería*, 5, pp. 41-52.
- Lawrence, V., J. Murray, K. Samsi y S. Banerjee (2008), “Attitudes and Support Needs of Black Caribbean, South Asian and white British Caregivers of People with Dementia in the UK”, *The British Journal of Psychiatry*, 193, pp. 240-246.
- López, A., y D. Blanco (2006), “La importancia de un buen cuidador: guía para cuidadores de personas dependientes”, Logroño, España, Gobierno de La Rioja.
- Marques, R. M., N. S. Fornés y M. L. Stringhini (2011), “Socioeconomic, Demographic, Nutritional, and Physical Activity Factors in the Glycemic Control of Adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus”, *Arquivos Brasileiros de Endocrinología y Metabología*, 55, pp. 194-202.
- Martínez, L. C. (2010), “Carga y dependencia percibida en cuidadores primarios informales de pacientes con parálisis cerebral infantil severa”, tesis de licenciatura no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.
- Martínez, M. (2002), “Las familias ya no podemos más. Riesgo de exclusión social de las familias que cuidan de enfermos crónicos graves”, *Revista del Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales*, 35, pp. 145-165.
- Martínez, P. E. (2008), “Sintomatología de ansiedad, depresión y enojo en padres de niños con leucemia”, tesis de licenciatura no publicada. México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Mausbach, T., E. Dimsdale, G. Ziegler, J. Mills, S. Ancoli-Israel, L. Patterson y I. Grant, (2005), “Depressive Symptoms Predict Norepinephrine Response to a Psychological Stressor Task in Alzheimer’s Caregivers”, *Psychosomatic Medicine*, 67, pp. 638-642.
- Mausbach, T., R. Kanel, K. Aschbacher, B. Roepke, E. Dimsdale, G. Ziegler y I. Grant (2007), “Spousal Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease Show Longitudinal Increases in Plasma Level of Tissue-type Plasminogen Activator Antigen”, *Psychosomatic Medicine*, 69, pp. 816-822.
- Medeiros, B. A., y L. M. Baena (2007a), “Caregivers of Children with Cancer: Aspects of Life Affected by the Caregiver Role”, *Revista Brasileira de Enfermería*, 60, pp. 670-675.
- Medeiros, B. A., y L. M. Baena (2007b), “Caregiver’s Role Strain in Caregivers of Children with Cancer”, *Revista Brasileira de Enfermería*, 60, pp. 513-518.
- Méndez, J. (2007), “Aspectos psicológicos del niño con cáncer”, en R. Rivera (ed.), *El niño con cáncer. Los padecimientos comunes para el médico no especialista*, México, Editorial Textos Mexicanos, pp. 275-289.

- Montero, X., S. Jurado, J. Méndez, A. Valencia e I. Mora, 2014, "Escala de Carga del Cuidador de Zarit: evidencia de validez en México", *Psicooncología*, 11, (1), 2014, pp. 71-85
- Montorio, C., F. Izal, L. López y C. Sánchez (1998), "La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga", *Anales de Psicología*, 14, pp. 229-248.
- Moreno, T. (2008), "Repercusiones de la enfermedad de Alzheimer en el núcleo familiar", *Psicología Científica.com*. Disponible en <http://www.psicologia-cientifica.com> [retirado el 15 de agosto de 2012].
- Nigenda, G., M. López-Ortega, C. Matarazzo y C. Juárez-Ramírez (2007), "La atención de los enfermos discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano", *Salud Pública de México*, 49, pp. 286-294.
- Ocampo, M., J. Herrera, P. Torres, J. Rodríguez, L. Lobo y C. García (2007), "Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes", *Colombia Médica*, 38, pp. 40-46.
- Patiño-Fernández, A., L. Pai, M. Alderfer, T. Hwang, A. Reilly y A. Kazak (2008), "Acute Stress in Parents of Children Newly Diagnosed with Cancer", *Pediatric Blood & Cancer*, 50, pp. 289-292.
- Porterfield, S., y T. McBride (2007), "The Effect of Poverty and Caregiver Education Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs", *American Journal of Public Health*, 97, pp. 323-329.
- Ramaglia, G., A. Romeo, M. Viri, M. Lodi, S. Sacchi y G. Cioffi (2007), "Impact of Idiopathic Epilepsy on Mothers and Fathers: Strain, Burden of Care, Worries and Perception of Vulnerability", *Epilepsia*, 48, pp. 1810-1813.
- Ramos, R. B. (2008), *Emergencia del cuidado informal como sistema de salud*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Reyes de los, M. C. (2001), Construyendo el concepto de cuidador de ancianos. Disponible en <http://www.redadultos.com.ar> [recuperado el 20 de enero de 2010].
- Ribi, K., M. Vollrath, F. Sennhauser, H. Gnehm y M. Landolt (2007), "Prediction of Post-traumatic Stress in Father of Children with Chronic Diseases or Unintentional Injuries", *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1, pp. 1-10.
- Schmidt, C. (2007), "Self-care in Children with Type 1 Diabetes: A Survey of Mothers", *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32, pp. 223-229.
- Sullivan-Bolyai, S., J. Deatrck, P. Gruppuso, W. Tamborlane y M. Grey (2003), "Constant Vigilance: Mothers' Work Parenting Young Children with Type 1 Diabetes", *Journal of Pediatric Nursing*, 18, pp. 21-29.
- Téllez, N. I. (2008), "Estrés en cuidadores primarios informales de niños con diabetes mellitus tipo 1 y madres de niños sanos", tesis de licenciatura no publicada, México,

Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.

- Vásquez, B. (2006), “La importancia del cuidador en los cuidados paliativos”, *Informe Médico*, 8, pp. 1-4.
- Wallander, J. L., R. J. Thompson y A. Alriksson-Smith (2003), “Psychosocial Adjustment of Children with Chronic Physical Conditions”, en M.C. Roberts (ed.), *Handbook of Pediatric Psychology*, Nueva York, The Guilford Press, pp. 141-158.
- Yi-Frazier, J. P., K. Hood, D. Case, B. Waitzfelder, A. Anderson, C. A. Bloch y J. M. Lawrence (2012), “Caregiver Reports of Provider Recommended Frequency of Blood Glucose Monitoring and Actual Testing Frequency for Youth with Type 1 Diabetes”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, 95, pp. 68-75.
- Zarit, S. H., B. Johansson y B. Malmberg (1995), “Changes in Functional Competency in the Oldest One”, *Journal of Aging and Health*, 7, pp. 3-23.
- , K. E. Reever y J. Bach-Peterson (1980), “Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of Feeling of Burden”, *Gerontologist*, 20, pp. 649-655.

4. ROL DEL PSICÓLOGO EN UNA CLÍNICA DE DOLOR

Sofía Sánchez Román

*Departamento de Neurología y Psiquiatría
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*

Vania Barrientos Casarrubias

*Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición*

Introducción

Durante la década pasada hubo un auge en la investigación sobre el dolor crónico, lo que sin duda se ha traducido en avances significativos en la comprensión de su etiología, evaluación y tratamiento. Se trata de un problema con importantes implicaciones en los planos físico, social, económico y psicológico, razón por la cual, en el caso de este último aspecto, el profesional de la psicología se ha convertido en una pieza clave en su evaluación e intervención, en el contexto de los equipos interdisciplinarios de salud. El presente capítulo tiene como objetivo presentar un panorama general de los fundamentos teóricos y prácticos en los que actualmente se basan los psicólogos que trabajan en las diferentes clínicas de dolor en el mundo. Confiamos en que esta aportación servirá como guía para el psicólogo que empieza a hacerlo con pacientes que acuden a las instituciones del sector salud en busca de ayuda para resolver la problemática asociada con el dolor. Asimismo, se expone cómo ha sido abordado el problema en un hospital de tercer nivel de atención: el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN), que vio nacer la primera clínica interdisciplinaria en la República mexicana.

Definiciones

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor —IASP por sus siglas en inglés (IASP, 1979), define el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial. Esta definición deja claro que el componente psicológico es fundamental, dado que presenta al dolor como una experiencia compleja y como algo subjetivo. Además, le da importancia al informe verbal de la persona en la definición del cuadro y considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo (Bazako, 2003). En lo que respecta al dolor crónico, éste ha sido definido de diferentes maneras. Destacan las siguientes: un dolor per-

sistente o episódico, con una duración e intensidad que afecta de manera adversa el funcionamiento o bienestar del paciente y que es atribuible a una causa médica (Task Force on Pain Management, 1997), o bien como aquel que se mantiene más allá de tres o seis meses desde su inicio (Tuck y Okifuji, 2001).

Epidemiología

El dolor crónico es una de las causas de incapacidad más frecuentes y una de las razones que con mayor asiduidad lleva a una persona a buscar cuidados médicos. Actualmente se sabe que el dolor crónico afecta a 27% de la población general. Por eso, en diversos países es considerado un problema de salud pública, ya que: *a)* interfiere con la capacidad funcional de la persona; *b)* afecta a los sistemas de salud, y *c)* incrementa su prevalencia en forma proporcional al número de adultos mayores (Covarrubias y Guevara, 2009).

En nuestro país no se han realizado estudios epidemiológicos que nos permitan conocer con relativa precisión cuál es la prevalencia del dolor crónico. Sin embargo, Covarrubias, Guevara, Gutiérrez, Betancourt y Córdova (2010) realizaron una estimación con base en la cual plantean que, si consideramos una prevalencia en la población general de 27% y que en 2007 el país contaba con 105.7 millones de habitantes, entonces es posible que actualmente 28.5 millones de mexicanos padezcan dolor crónico en alguna de sus modalidades. De hecho, en México se han sugerido algunos patrones característicos, como que las causas no oncológicas son las más frecuentes, afectando principalmente a las mujeres y manifestándose predominantemente hacia la sexta década de la vida (Covarrubias, Guevara, Lara, Tamayo, Salinas y Torres, 2008).

Evolución de la aproximación biomédica a la aproximación psicosocial en el estudio del dolor

En oposición a la concepción tradicional de la filosofía biomédica reduccionista que dominaba en el campo de la medicina desde el Renacimiento, cuando la mente y el cuerpo se consideraban entidades separadas, en la tercera parte del siglo pasado surgió una propuesta desarrollada por Engel (1977), quien buscaba unificar las ciencias médicas con las ciencias conductuales, sentando las bases para lo que se conoce hoy día como Modelo Biopsicosocial. En contraposición con el concepto psicofísico que planteaba una relación simple y unívoca entre lesión y dolor, el modelo biopsicosocial representa la perspectiva más heurística para la comprensión y el tratamiento de los síndromes dolorosos. Este modelo visualiza la enfermedad y el dolor como resultado de una interacción compleja y dinámica de factores fisiológicos, psicológicos y sociales (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs y Turk, 2007).

En la bibliografía se puede encontrar una importante cantidad de artículos en

los que se presentan diferentes tipos de interacción biopsicosocial, como factores sociales y conductuales que actúan sobre el cerebro, para influir en la salud, en la enfermedad e incluso en la muerte (Cohen y Rodríguez, 1995; Gatchel, 2004; Ray, 2004). En uno de esos tipos de interacción se inscribe la conocida Teoría del Umbral de Melzack y Wall (1965), quienes hicieron hincapié en los mecanismos del sistema nervioso central del dolor en una época en que el dolor se explicaba en términos puramente periféricos. La nueva teoría obligó a las ciencias médicas y biológicas a aceptar que el cerebro funcionaba como un sistema activo que filtraba, seleccionaba y modulaba los impulsos dolorosos (Melzack, 1999). Esta propuesta evolucionó en la Teoría del Control de la Compuerta del Dolor, que plantea que existe una “puerta” neural que usa elementos como la atención, la memoria y la emoción para determinar la pertinencia de enviar un patrón específico de señales nerviosas a otra área del cerebro. Esto explica por qué, por ejemplo, cuando una persona está jugando fútbol y se golpea, en el momento del golpe no sienta el dolor pues la distracción es más poderosa que el dolor, “cerrando la puerta” a las señales nerviosas que entraban (Domínguez y Olvera, 2005).

Dicha teoría ha ido evolucionando hasta su reciente Modelo de la Neuromatriz, que destaca la importancia del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema de estrés en el fenómeno del dolor. Melzack ha sugerido que el cortisol puede ser un buen marcador del grado de estrés, de manera que ante una exposición prolongada al estrés, asociado con una liberación sostenida de cortisol—como consecuencia de una falla en los sistemas de regulación de la homeostasis— se preparan las condiciones destructivas necesarias para que aparezcan muchos de los dolores crónicos que hasta la fecha han sido resistentes a los tratamientos desarrollados para controlar el dolor provocado por estímulos sensoriales (Melzack, 2000).

Por otro lado, Flor y Turk (2011), en su Modelo Psicobiológico de Dolor Crónico plantean una serie de factores que pueden contribuir al desarrollo y al mantenimiento del mismo. Dichos factores interactúan entre sí y no son mutuamente excluyentes. En este modelo se propone que hay un *estímulo evocador* aversivo —ya sea externo o interno— que facilita una *respuesta psicofisiológica* y una *respuesta de dolor* (ya sea verbal-subjetiva, conductual o fisiológica). Existen factores predisponentes (genéticos, de aprendizaje u ocupacionales) que influyen en esta respuesta. También existe otra serie de *respuestas evocadoras* que pueden influir en la respuesta de dolor: *a)* la falta de estrategias de enfrentamiento; *b)* la percepción o interpretación inadecuada de los procesos fisiológicos y los síntomas físicos; *c)* la ansiedad anticipatoria; *d)* la memoria del dolor, y *e)* la falta de autoeficacia. Por otro lado, pueden existir *procesos de mantenimiento* relacionados con el aprendizaje asociativo, no asociativo y explícito, que pueden influir ya sea en la respuesta de dolor, en el estímulo o en las respuestas evocadoras.

En resumen, el Modelo Biopsicosocial nos permite reconocer que por lo general no hay una relación directa entre el evento nociceptivo y el dolor. Por el contrario, existen muchas otras dimensiones que deben ser consideradas cuidadosamente para maximizar la probabilidad de obtener resultados exitosos cuando se aplica un tratamiento. En el presente capítulo nos centraremos en algunas dimensiones psicológicas que diferentes teóricos y especialistas han propuesto y comprobado que deben ser evaluadas y atendidas. A continuación presentaremos ciertos modelos psicológicos del dolor que sientan las bases para la evaluación e intervención en estos aspectos.

Modelos psicológicos de dolor crónico

El Modelo de Autorregulación

El uso del Modelo de Autorregulación en este grupo de pacientes se basa en el hecho de que se ha encontrado que quienes padecen ya sea dolor agudo intenso o crónico pueden presentar desregulación autonómica, sobreactivación del sistema simpático o hipoactivación del parasimpático (Barakat *et al.*, 2012; Oliveira *et al.*, 2012; Schmidt y Carlson, 2009). Aunque todavía no está claro si esta desregulación fisiológica se presenta como consecuencia o como un factor causal en la experiencia de dolor crónico en una persona, se considera que una de las metas del tratamiento con los pacientes puede ser lograr una mayor autorregulación de la activación fisiológica (Sauer, Burris y Carlson, 2010). El Modelo de Autorregulación Conductual (Carver y Scheier, 1982) constituye un marco teórico útil para trabajar con los problemas de regulación autonómica, pues se asume que las personas tienen la capacidad de cambiar su repertorio conductual para regular de mejor manera diferentes dominios (en este caso los fisiológicos que contribuyen al síndrome doloroso). Algunas técnicas acordes con este modelo que pueden ser útiles en el manejo de pacientes con dolor crónico son: *a)* educación acerca del dolor, sus mecanismos etiológicos y su tratamiento, haciendo énfasis en la naturaleza no curativa del mismo; *b)* entrenamiento en relajación progresiva; *c)* respiración diafragmática; *d)* biorretroalimentación; *e)* hipnoterapia, y *f)* la conocida como *mindfulness*.

Miedo-evitación

Con base en trabajos previos, Vlaeyen y Linton (2000) propusieron un modelo cognoscitivo-conductual del dolor crónico de espalda baja, conocido como Modelo de Miedo-Evitación. El principio básico de este modelo es que la manera en que se interpreta el dolor puede llevar a dos diferentes caminos: *a)* si el dolor agudo no es percibido como amenazante, los pacientes pueden seguir involucra-

dos en sus actividades de la vida diaria, o *b*) si el dolor es interpretado de manera catastrófica, puede iniciarse un círculo vicioso en el que las interpretaciones pueden generar miedo relacionado con dolor y conductas de búsqueda de seguridad (escape/evitación e hipervigilancia). Dichas conductas pueden ser adaptativas en la fase de dolor agudo, pero de manera paradójica empeoran el problema en el caso de que el dolor sea crónico, ya que las consecuencias a largo plazo, como la discapacidad y el desuso, pueden disminuir el umbral en el cual se experimentará el dolor posteriormente.

Dicho modelo ha encontrado sustento en diferentes investigaciones. Sin embargo, debe retomarse con cautela y tenerse en cuenta ciertas consideraciones, pues no es una regla que un paciente que responde con miedo relacionado con el dolor inevitablemente entrará al círculo vicioso del mantenimiento del dolor. Existen diferencias individuales (como el número y la duración de los episodios, las fluctuaciones en la intensidad del dolor, el nivel de discapacidad, las consecuencias ocupacionales y el uso de los cuidados de salud) que deben evaluarse en un paciente en particular (Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, Boersma y Vlaeyen, 2007).

El miedo relacionado con el dolor se ha convertido en un objetivo de tratamiento en algunos pacientes con dolor crónico. Los programas de tratamiento que se han enfocado en este modelo incluyen técnicas para trabajar con el cambio de cogniciones y para mejorar la participación conductual en algunas actividades (Linton y Ryberg, 2001; Smeets, Vlaeyen, Kester y Knottneris, 2006). También se han enfocado en establecer con el paciente sesiones breves de educación encaminadas a darles consejos con respecto a continuar realizando actividad física razonable y desalentarlos a que formen parte de intervenciones médicas innecesarias.

Otra de las técnicas utilizadas es la exposición en vivo, mediante las cuales se va confrontando gradualmente al paciente con actividades que ha temido y evitado durante mucho tiempo, debido a la falsa creencia de que pueden generar dolor. Este tratamiento consta de cuatro componentes: 1) elección de metas funcionales; 2) educación acerca de los efectos paradójicos que pueden tener las conductas encaminadas a estar “seguro”; 3) establecimiento de una jerarquía de miedos, y 4) exposición gradual a las actividades a las que el paciente teme en forma de experimentos conductuales (Leeuw *et al.*, 2007).

Solicitousness

Parece que el modo en que un paciente enfrenta el dolor crónico se ve influido por la forma en que las personas más cercanas a él responden a sus expresiones de disconfort (Newton-John, 2002). El término *solicitous* se traduce al español como *ansioso*, *aprehensivo*, *esmerado* y *solicito*, siendo utilizado en el contexto del estudio del dolor para describir un conjunto de respuestas consistentes emitidas por los allegados a los pacientes que brindan reforzamiento, ya sea positivo o negativo,

a las conductas de dolor (demostraciones de incomodidad y quejas de dolor). Las conductas solícitas incluyen tres tipos de respuestas: 1) el reforzamiento positivo de la conducta de dolor; 2) el reforzamiento negativo de la conducta de dolor, y 3) el reforzamiento insuficiente o desaliento activo de conductas adecuadas (Newton-John, 2002).

Un cónyuge solícito, de manera inadvertida, puede contribuir a la experiencia de sufrimiento (a la expresión del dolor, al funcionamiento físico o emocional) al proveer atención y simpatía a las expresiones de dolor, por lo que de manera pasiva estaría “autorizando” la evitación de responsabilidades o actividades que el paciente no desea realizar. También puede darse el caso de que los pacientes con dolor encuentren que las interacciones maritales estresantes disminuyen ante la presencia de conductas de dolor, por lo que se van condicionando con el uso de dichas conductas como una manera de suprimir conflictos potenciales (Newton-John, 2002).

Por otro lado, se ha descubierto que esta variable se asocia con disminución de las conductas de salud. En una cohorte de 466 pacientes con dolor crónico que ingresaron a un centro de rehabilitación del dolor (Cunningham, Hayes, Townsend, Laures y Hooten, 2012) se encontró que una elevación en la subescala *solicitousness* en el West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (*MPI*) se asoció con un mayor consumo de opiodes, con independencia de la edad, el sexo, la etnicidad, los años de educación, el estatus laboral, la depresión y la duración y la severidad del dolor.

En la actualidad se han planteado modelos cognoscitivo-conductuales para trabajar con esta variable, que van más allá del Modelo del Condicionamiento Operante y que se enfocan en las transacciones activas entre los pacientes con dolor y los miembros de la familia con respecto al mantenimiento de la salud y el manejo de la enfermedad. Dichos modelos de intervención confieren un papel importante a las variables cognoscitivas como mediadoras de la experiencia de dolor y destacan la importancia de la interacción entre las vulnerabilidades previas del que tiene dolor, los retos específicos y el estrés que el problema del dolor crónico impone en el sistema familiar (Otis, Cardella y Kerns, 2004; Turk, Kerns y Rosenberg, 1992).

Terapia de aceptación y compromiso

Una de las terapias de la conducta de tercera generación que ha tenido más difusión es la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), que tiene su fundamento en la Teoría del Marco Relacional (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). En contraste con otros modelos que se enfocan en reducir la severidad del dolor, en este modelo se plantea que en muchas ocasiones los esfuerzos para cambiar ciertas experiencias internas aversivas (como el dolor crónico)

pueden ser útiles e inclusive contribuir a un aumento en el malestar emocional (McCracken, 2005). Así, esta terapia consiste en llevar al paciente a la aceptación de todas las experiencias (tanto positivas como negativas), estando alerta a las mismas, sin juzgarlas, además de conducir al paciente a un contexto en el que se tienen que enfrentar ciertos síntomas o malestares, para finalmente aceptarlos.

Se trata de una terapia orientada al proceso que busca promover la flexibilidad psicológica a través de un conjunto de procesos interrelacionados que se agrupan en variables: 1) de aceptación y *mindfulness*, y 2) de compromiso y cambios conductuales. El objetivo no es modificar sentimientos, emociones, pensamientos o recuerdos del paciente, sino apoyarlo para que éstos dejen de interferir con sus objetivos vitales. Cada vez existe más bibliografía que apoya los fundamentos teóricos de esta terapia. Los resultados en pruebas de laboratorio en las que se induce dolor, ya sea con sujetos- controles (Masedo y Esteve, 2007; McMullen, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Stewart, Luciano y Cochrane, 2008) o con personas con dolor crónico (Richardson, Ness, Doleys, Baños, Cianfrini y Richards, 2010), han demostrado que la aceptación se asocia con un aumento en la tolerancia del dolor y con una disminución en el tiempo de recuperación.

En estudios en los que se han comparado estrategias basadas en la aceptación con estrategias basadas en el control se ha puesto en evidencia que las primeras se asocian con un mejor funcionamiento en pacientes con dolor crónico (McCracken y Eccleston, 2005; McCracken, Vowles y Gauntlett-Gilbert, 2007; Wetherell *et al.*, 2011) y en general comienza a haber cada vez más bibliografía que avala la eficacia de este tratamiento (Mo'tamedi, Rezaieamaram y Tavallaie, 2012).

Intervención psicológica

Primer acercamiento

Cuando un paciente con dolor crónico acude por primera vez a una clínica de dolor, lo más probable es que previamente tanto él como sus médicos han realizado muchos y diferentes esfuerzos —por lo regular poco exitosos— para controlarlo. Debido a lo anterior, debemos considerar que existe la posibilidad de que en el primer acercamiento con el paciente nos encontremos con una persona que puede estar experimentando enojo, frustración, desesperanza o, en el otro extremo, expectativas poco reales e ideales acerca del tratamiento que se le puede ofrecer en la clínica. También es probable que en algunos casos, ya sea sus familiares o el equipo médico, le hayan sugerido que el origen de su dolor pudiera ser “psicológico” o “se lo está inventando”, que puede llegar a generar defensividad o recelo frente a la posibilidad de alguna intervención de tipo psicológico. De este modo, el establecimiento de una relación de confianza fundada en la empatía

y en la que se valide la emoción que el paciente presente en el momento, cobra especial importancia en este grupo de pacientes. Se considera que además de la validación emocional, el primer acercamiento con el paciente debe incluir algún elemento educativo mediante el cual se le proporcione información que le permita adquirir una mejor comprensión de la complejidad del dolor. Esta información permitirá apoyar al paciente a librarse de estigmatizaciones, si es el caso (*i.e.*, ante expresiones del tipo: “Me dicen que ya no me creen cuando me quejo, que estoy loca...”, se podría explicar al paciente el efecto que las conductas de dolor pueden tener en los demás). Por otro lado, al explicarle que aunque hay situaciones que el paciente no puede cambiar o no están bajo su control (por ejemplo, el hecho de tener una lesión tisular), sí existen factores que influyen en el dolor sobre los que el paciente puede trabajar y que podrían incidir en la manera de percibirlo, enfrentarlo o manifestarlo, así como en su percepción de control. Por lo tanto, será importante aclarar al paciente que la meta de asistir a una clínica de dolor no será “curar”, “eliminar” el dolor o “librarse” del mismo; además, será necesario exponerle que el objetivo del trabajo con el psicólogo se fundamentará en brindar apoyo para enfrentar su vida con dolor de una manera adaptativa, lograr adquirir estrategias que le permitan la disminución de la percepción del mismo y mejorar su calidad de vida. Un prerrequisito para la intervención psicológica es que se haya realizado un examen físico (por parte del equipo médico y paramédico), así como una evaluación específica psicológica completa que permita lograr una descripción adecuada del síndrome doloroso y un análisis funcional que haga posible realizar un plan de cuidado individual, que deberá ser discutido conjuntamente con el paciente (Schulz-Gibbins, 2010).

Aun cuando cualquier paciente con dolor crónico se puede beneficiar de la intervención psicológica, la realidad del sistema de salud en México pone en evidencia que en las clínicas de dolor suele haber poco personal de psicología y una gran demanda de pacientes, por lo que en muchas ocasiones el psicólogo se ve obligado a proporcionar a los médicos criterios de inclusión específicos o bien perfiles de pacientes a los que podrían referir para valuación o intervención psicológica con la finalidad de optimizar la atención. En la Guía del Manejo de Dolor de la International Association for the Study of Pain (IASP, 2010), pensada para escenarios en los que se cuenta con pocos recursos humanos (Schulz-Gibbins, 2010), se proponen algunas indicaciones para la referencia de pacientes al psicólogo:

1. Evidencia de la presencia de algún trastorno psicológico —como ansiedad, depresión, somatomorfos y de estrés postraumático— que esté causando o contribuyendo a la cronificación del dolor.
2. Incapacidad para enfrentar el dolor crónico.
3. Alto riesgo de cronificación.
4. Abuso o adicción a medicamentos.

5. Problemas psicosociales derivados de la muerte o la enfermedad de algún ser querido, dificultades financieras, pérdida de trabajo, etcétera, que se relacionan con el dolor o son independientes del mismo.

Evaluación

En un contexto interdisciplinario, la evaluación psicológica siempre debería formar parte de la investigación diagnóstica del dolor. El propósito fundamental de la evaluación psicológica es obtener una “fotografía” completa del síndrome doloroso con todas sus dimensiones: somática, afectiva, cognoscitiva y conductual, así como de las consecuencias individuales para el paciente (Schulz-Gibbins, 2010). Olivares y Cruzado (2008), en una revisión de la bibliografía acerca de la evaluación psicológica del dolor plantean los siguientes objetivos de la misma:

- 1) Determinar la frecuencia, intensidad y localización del dolor, y la cronología temporal (duración y variación cíclica) del dolor; 2) determinar cuál es el estado emocional (ansiedad, depresión, ira u otros), las cogniciones (creencias, atribuciones, significados, autoinstrucciones y expectativas) y las conductas (quejas, toma de medicación, adherencia a tratamientos, etcétera) ante el dolor; 3) determinar los factores antecedentes internos y externos que aumentan o disminuyen la experiencia del dolor; 4) determinar las consecuencias a corto y largo plazos de las conductas y experiencias del dolor, en lo personal, en lo familiar y en las actividades; 5) determinar el grado de adaptación al dolor crónico, que incluye el estado emocional, el afrontamiento y el funcionamiento físico, social, de pareja y familiar; 6) poner de manifiesto el rol de los factores psicológicos en la etiología, mantenimiento y exacerbación del dolor; 7) llevar a cabo la formulación del caso clínico, de modo que se determinen los factores causales modificables que están en la base del mantenimiento o exacerbación del trastorno de dolor crónico; 8) llevar a cabo el diagnóstico psicopatológico, en caso de ser pertinente; 9) valorar la probabilidad de desarrollo de incapacidad relacionada con dolor crónico; 10) determinar qué intervenciones psicológicas y médicas son las más apropiadas para cada paciente, en conjunto con el equipo interdisciplinario; 11) diseñar el plan de tratamiento idóneo y el método de valorar los resultados; 12) predecir el resultado de intervenciones médicas, tales como la implantación de estimuladores espinales o bombas de infusión continuas [p. 323].

Una de las herramientas que pueden ser altamente útiles y confiables como parte de la evaluación psicológica del paciente con dolor crónico lo constituye el Análisis Funcional de la Conducta (AFC). Éste es un tipo de formulación de caso que pro-

viene de la tradición conductual que se define como “identificación de las relaciones funcionales pertinentes, controlables y causales, que se aplican a las conductas particulares de un individuo” (Virués-Ortega y Haynes, 2005).

Otra opción proveniente de esta misma aproximación es el Modelo EORC de Kanfer y Phillips, planteado en los años setenta del pasado siglo (Trull y Phares, 2000), mediante el cual pueden explorarse diversos elementos relevantes del dolor a través del análisis de los estímulos que le preceden, así como de las consecuencias que le siguen. Para esos fines puede utilizarse la fórmula EORC, en donde: (E) = estímulo o condiciones que anteceden la conducta; (O) = variables orgánicas relacionadas con la conducta problema; (R) = respuesta o conducta problemática, y (C) = consecuencias de la conducta problemática. Con base en dicho modelo puede desarrollarse un medio por el cual se identifiquen los diversos componentes involucrados en la modulación y mantenimiento del dolor. A continuación se muestra un ejemplo de análisis funcional de la conducta (cuadro 1).

Asimismo, Olivares y Cruzado (2008) exponen los principales instrumentos que suelen utilizarse para realizar la evaluación psicológica del dolor, que se resumen en el cuadro 2. Para fines ilustrativos también se incluyen la entrevista, un tipo de escala computarizada (la análogo-visual), la observación conductual y diferentes instrumentos de medida en varios formatos.

Técnicas de intervención comúnmente utilizadas con pacientes con dolor crónico

Moix y Casado (2011) proponen un protocolo sistematizado para aplicar el tratamiento cognoscitivo-conductual en pacientes con dolor crónico. En su artículo-resumen las técnicas más utilizadas son las siguientes:

1. Introducción a la terapia cognoscitivo-conductual, con la finalidad de que el paciente comprenda en qué consiste la terapia y qué beneficios puede alcanzar.
2. Respiración y relajación.
3. Manejo de la atención.
4. Reestructuración cognoscitiva.
5. Solución de problemas.
6. Manejo de emociones y asertividad.
7. Valores y establecimientos de objetivos.
8. Organización del tiempo y actividades reforzantes.
9. Ejercicio físico, higiene postural y del sueño, así como prevención de recaídas.

Cuadro 1. *Ejemplos de análisis funcional de la conducta en el paciente con dolor crónico en el que se detecta el fenómeno de solicitoussness*

A Antecedentes		C Conducta	C Consecuencia	
Externos	Esposa. Casa. Hora de toma de medicamentos.	Conducta disfuncional identificada	A corto plazo	
Personas Lugares Situaciones			Positivas Negativas	Puedo tomar mi medicina si mi esposa me trae los medicamentos. Mi esposa me quiere y se interesa por mí. Mi dolor aumenta y se descontrola si no tomo mi medicamento cuando me lo trae mi esposa.
Internos	No puedo controlar el dolor. Se me olvida tomar mis medicamentos. Me siento frustrado.	No toma medicamentos si la esposa no se los facilita: problema de adhesión al tratamiento	A largo plazo	
Pensamientos Emociones Sensaciones físicas			Positivas Negativas	Se llega a controlar mi dolor y mi esposa entiende que necesito la ayuda. Si mi esposa no me presta esta ayuda, mi dolor seguirá descontrolado.

Aunque el planteamiento ideal sería poder ofrecer al paciente un paquete con todas estas técnicas, en realidad solemos encontrarnos con que en muchas ocasiones se tiene la oportunidad de trabajar con una o dos de estas técnicas, por lo que una adecuada evaluación será determinante para elegir la que apoyará más al paciente en una situación particular.

Adicionalmente, consideramos que la Entrevista Motivacional o EM (Miller, Rollnick y Butler, 2008) constituye en la actualidad una herramienta útil desde la cual puede enmarcarse el trabajo con el paciente con dolor, dado que representa una forma de ayudar a las personas a trabajar su ambivalencia y a comprometerse

Cuadro 2. *Principales instrumentos utilizados para realizar la evaluación psicológica del dolor*

Instrumentos y otras modalidades para obtener información	Objetivos
Entrevista (al paciente y/o al cuidador)	Permite la exploración de todos los objetivos de la evaluación.
Escala análogo-visuales o categóricas	Permiten contar con un reporte subjetivo de dolor y/o nivel de malestar emocional.
Autorregistros	Permiten evaluar la frecuencia y la duración del dolor, así como las situaciones, momentos o actividades en las que éste aumenta o disminuye.
Observación	Permite detectar conductas de dolor.
Cuestionarios generales de evaluación del dolor <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuestionario de Dolor de McGill o McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1975). ➤ Inventario Multidimensional del Dolor o West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (Kerns et al., 1985). ➤ Inventario Breve del Dolor o BPI (Cleeland y Ryan, 1994). 	Valoran la intensidad y la experiencia del dolor.
Cuestionario de Afrontamiento al Dolor o VPMI (Brown y Nicassio, 1987). <ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento o CSQ (Rosentiel y Keefe, 1983). ➤ Cuestionario de Afrontamiento al Dolor o CAD (Soriano y Monsalve, 2002). 	Valoran el grado o frecuencia de uso de diferentes estrategias de enfrentamiento.
Instrumentos indicadores de psicopatología <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inventario de Depresión de Beck o BDI (Beck <i>et al.</i>, 1988). ➤ Escala de Desesperanza de Beck o BHS (Beck <i>et al.</i>, 1974). ➤ Escala de Ideación Suicida o SSI (Beck <i>et al.</i>, 1979). ➤ Inventario de Ansiedad Beck o BAI (Beck, 1988). ➤ Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional o INI (Ferrando <i>et al.</i>, 1998). 	Son mecanismos de evaluación de síntomas psicopatológicos.

con el cambio a través de la implementación de sus cuatro principios básicos: 1) resistirse al reflejo de corregir al paciente; 2) entender y explorar las motivaciones del propio paciente; 3) escuchar con empatía, y 4) empoderar al paciente (Hettinga, Steele y Miller, 2005). El uso de la EM es un método destacado para este grupo de pacientes, ya que promueve el trabajo colaborativo entre el terapeuta y el paciente: se concentra en el área problemática; busca evocar y activar los recursos que posee el paciente para propiciar el cambio en el área deficiente; respeta en todo momento su autonomía, es decir, su toma de decisiones (Miller, Rollnick y Butler, 2008). Esta forma de entrevista ha sido utilizada en el contexto del dolor crónico como un elemento agregado al uso de terapias psicológicas, como la conductual operante, con el propósito de abordar a pacientes que no muestran cambios mediante el tratamiento o quienes sí mejoran pero recaen (Novy, 2004). Por eso, mediante el uso de la EM puede facilitarse y fomentarse la motivación intrínseca necesaria para lograr una modificación conductual benéfica en esta población.

Vulnerabilidad adictiva en pacientes con dolor crónico/abuso y dependencia a opioides

Una de las razones por las que el equipo médico suele interconsultar al psicólogo es debido a la necesidad de determinar si un paciente al que están pensando asignarle tratamiento crónico con opioide tiene riesgo de desarrollar abuso o dependencia al mismo (vulnerabilidad adictiva), o bien cuando se detecta un patrón de uso inapropiado de los medicamentos prescritos para el dolor. Generalmente se plantea la necesidad de realizar una evaluación cuando el médico identifica alguna conducta que impliquen: a) el uso de opioides que no es indicado por el médico, por ejemplo: escalamiento de dosis, abandono por anticipado de su uso, “atracones” de opioides, o b) conductas fuera de los límites acordados en el plan de tratamiento. Éstas pueden dar como resultado una fuerte dependencia, pero también pudieran reflejar un dolor tratado inadecuadamente y/o determinadas actitudes del paciente con respecto a la medicación. La prevalencia de dependencia a opioides varía de acuerdo con el escenario clínico, encontrándose prevalencias que van desde 3 a 31%. Debido a todo esto, consideramos necesario plantear en el presente capítulo un apartado especial para este tema. Es importante destacar que para evaluar e intervenir en estos problemas, el psicólogo debe tener conocimientos acerca de conceptos como abuso, dependencia de sustancias y adicción. Además, en el contexto de las clínicas de dolor existe un fenómeno que puede presentarse: la *pseudoadicción*, que ocurre cuando los pacientes, con un tratamiento inadecuado del dolor, exhiben conductas de búsqueda de sustancias similares a las que muestran los que en realidad tienen una adicción (Kahan, Srivastava, Wilson, Gourley y Midmer, 2006). Existe consenso en la opinión de expertos que sugiere que esta conducta

se resuelve con un razonable aumento de la dosis, por lo que debe tomarse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial de adicción, considerando que la *pseudo-adicción* es una razón poco común para el mal uso de los opioides (Passik, Kirsch y McDonald, 2000).

Existen diferentes guías clínicas dirigidas a los médicos para la prescripción de opioides o para el tratamiento de su dependencia. Entre ellas destaca la realizada por un panel de expertos en el manejo del dolor que representan a la Sociedad Americana del Dolor y a la Academia Americana de Medicina del Dolor (Chou *et al.*, 2009). Allí se sugiere que antes de iniciar un tratamiento crónico con opioides es importante realizar una evaluación completa que determine el riesgo adictivo. Para dicha valoración deberá realizarse una entrevista a profundidad que, explore entre otras cosas, historia personal o familiar de abuso de alcohol o drogas, así como presencia de comorbilidad psicológica. En las mismas guías se plantea el uso de diferentes instrumentos, que se resumen en el cuadro 3. Además, proponen el uso de un consentimiento informado, en el cual el paciente explícitamente hace constar que conoce los riesgos y los beneficios que conlleva el tratamiento con opioides y hace compromisos con respecto a su uso.

Los elementos que se sugiere debe contener dicho consentimiento son los siguientes:

1. Conciencia acerca de la posible aparición de efectos adversos (con la finalidad de evitar errores cognoscitivos).
2. Compromiso explícito (énfasis en la responsabilidad compartida, con un enfoque biopsicosocial y de entrevista motivacional).

Cuadro 3. *Instrumentos para valorar riesgo de desarrollo de conductas aberrantes relacionadas con el uso de opioides*

Instrumentos	Descripción
Opioid Risk Tool u ORT (Webster y Webster, 2005).	Instrumento de tamizaje que ayuda a predecir cuáles individuos pueden llegar a desarrollar conductas aberrantes cuando se les prescriben opioides para el manejo de dolor crónico.
Screening and Opioid Assessment for Patients with Pain o SOAPP (Butler <i>et al.</i> , 2004).	Tamizaje de riesgo potencial para uso indebido de sustancias entre personas con dolor crónico.
Puntuación DIRE (Belgrade <i>et al.</i> , 2006).	Puntuación que predice qué pacientes con dolor crónico (no causado por cáncer) tendrán una analgesia efectiva y se adherirán al tratamiento de opioides a largo plazo.

3. Información clara y explícita (que permite la anticipación de eventos adversos y por lo tanto ayuda a desarrollar conductas preventivas).
4. Delimitación de expectativas y metas de tratamiento.
5. Encuadre de conducta de consumo de opioide, para promover una adecuada adherencia.

Posteriormente, se sugiere realizar un monitoreo continuo una vez que ha dado inicio el tratamiento con opioides. Dicho monitoreo idealmente debería incluir el uso de notas de progreso creadas *ad hoc* para la valoración de diferentes áreas, así como de pruebas aleatorias de orina y una constante evaluación de la presencia de conductas disruptivas. Generalmente al psicólogo que se encuentra en una clínica de dolor le corresponde la evaluación del riesgo adictivo y la detección de problemas que requirieran una intervención a largo plazo. De detectarse esto último, la sugerencia es referir con especialistas en adicciones.

Contexto del problema en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La misión de una clínica del dolor es proporcionar alivio, no solamente del dolor sino también de los síntomas que se asocian con éste o con su terapéutica, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente y cubriendo sus principales necesidades como ser biopsicosocial. Una clínica del dolor suele estar compuesta por algólogos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros. La primera clínica del dolor interdisciplinaria fue creada en 1960 por el doctor John Bonica. En nuestro país, fue fundada por el doctor Ramón De Lille Fuentes en el INCMN a principios de la década de los setenta del pasado siglo (Covarrubias y Guevara, 2006). Aun cuando nunca ha existido un psicólogo adscrito a esta clínica, ésta ha sido por muchos años un escenario de entrenamiento para estudiantes de la maestría en psicología profesional de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes realizan su residencia en medicina conductual supervisados por una psicóloga adscrita a otro departamento del INCMN: el Departamento de Neurología y Psiquiatría. Así, nos encontramos con un lugar que carece de un psicólogo de base, no obstante que dicha omisión se ha subsanado a través del trabajo de estudiantes que tienen conocimientos específicos ideales para el manejo de estos pacientes.

Qué se hace desde el ámbito psicológico

El trabajo que realizan los residentes de la maestría que han brindado atención psicológica a los pacientes con dolor crónico tiene la finalidad de promover su adaptación a la condición médica, mejorar su bienestar psicosocial, así como

coadyuvar con aspectos del tratamiento médico (por ejemplo, adhesión a dicho tratamiento y conductas de autocuidado). Su trabajo en la clínica comienza por la detección de necesidades, que puede hacerse de manera directa o indirecta.

En la primera, el psicólogo acompaña al médico en la exploración y escucha las principales molestias de los pacientes cuando son interrogado por él o identifica, a través de la revisión del expediente, elementos que sugieran la necesidad de incorporar la atención psicológica a su tratamiento. La segunda consiste en la petición expresa de un médico residente o de algún médico adscrito. Debido a estas formas de identificación de casos para la atención psicológica, es importante hacer notar que debe ser un quehacer diario el mostrarle a los residentes médicos, idealmente en los primeros meses de trabajo, la relevancia y la utilidad de los componentes psicológicos implicados en el dolor crónico, es decir, establecer un proceso de sensibilización en el equipo médico, que haga posible la mejora en la detección de casos así como la optimización en el interdisciplinario. Como resultado de esta inducción a las dimensiones psicosociales del dolor crónico, será posible que el médico algólogo comprenda cuáles son las características o particularidades que pueden ser atendidas por el psicólogo. Finalmente, este trabajo permitirá que se comparta una visión en conjunto del complejo fenómeno del dolor crónico con todo el equipo interdisciplinario, además de que permitirá que los propios médicos afinen sus estrategias para la identificación de casos.

Dentro de la clínica del dolor del INCMN, este proceso de sensibilización en el equipo médico ha sido establecido por los residentes de psicología a partir de dos medios, principalmente: clases de temas psicológicos selectos con respecto al dolor crónico y sesiones diarias de revisión de casos de pacientes hospitalizados. En lo tocante a estas últimas, las reuniones cotidianas constituyen un foro invaluable para el psicólogo, ya que puede exponer el panorama psicosocial de cada paciente así como dar sugerencias acerca de las acciones terapéuticas a seguir, lo cual sienta las bases para la toma de decisiones conjuntas entre el médico y el psicólogo.

Como ejemplo de lo que se ha realizado como parte de la labor del psicólogo dentro de una clínica del dolor, Barrientos (2011) reporta las actividades particulares que durante su residencia en la clínica realizó durante un año, y que se resumen en el cuadro 4. Durante ese año se atendieron 482 casos en la consulta de dolor crónico, tomando en cuenta la atención tanto hospitalaria como ambulatoria. En cuanto a las características de la población atendida se encontró que el sexo fue mayoritariamente femenino (287 de un total de 482 pacientes) y el rango de edad en esta muestra fue de 15 a 90 años, con un promedio de 56.34 años. Considerando el lugar o la ubicación del paciente al momento de ser atendido, se halló aproximadamente la misma proporción de casos en hospitalización (260 casos) que en consulta externa (222 casos). Lo anterior refleja la conveniencia de contar con un mayor número de psicólogos que puedan atender estos dos ámbitos. Con respecto al síndrome doloroso que presentaron los pacientes atendidos,

Cuadro 4. *Principales actividades realizadas durante un año por el personal de psicología de la Clínica de Dolor del INCMN*

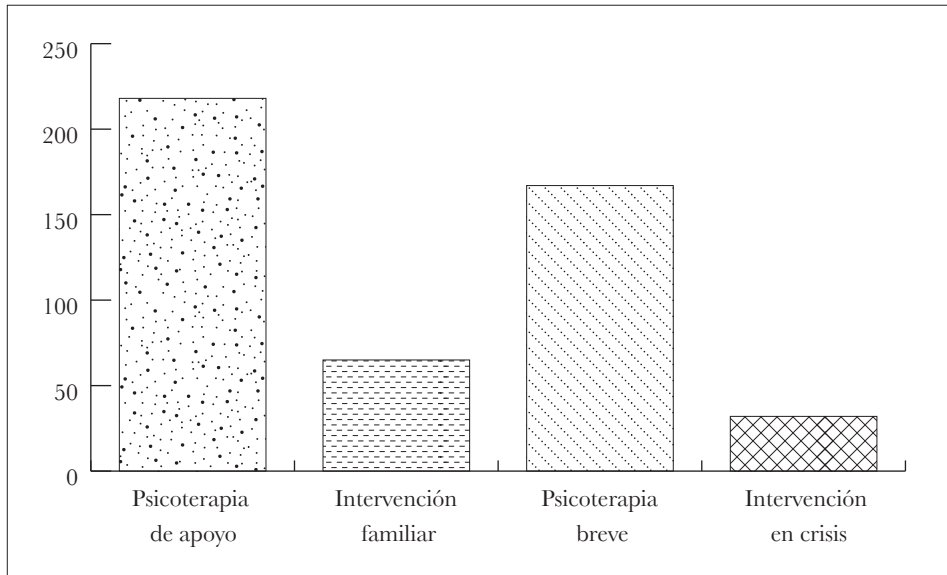
1. Administración de instrumentos para la detección de problemas psicológicos (como depresión o ansiedad) o trastornos de la personalidad.
2. Evaluación multiaxial a través del DSM-IV.
3. Autorregistro de dolor, en el que se identificaran momentos del día, horas, actividades, posturas y estados emocionales asociados con la experimentación de dolor exacerbado o dolor leve/nulo.
4. Adhesión: Al tratamiento farmacológico. A la consulta de dolor. A la atención psiquiátrica/psicológica (en caso de ser prescrita).
5. Psicoeducación acerca de adicción y consumo de opioides: consiste en la identificación de barreras para el consumo de medicamentos opioides, explorando las creencias y las atribuciones relacionadas para después reestructurarlas cognoscitivamente y lograr un mejor control del dolor.

se encontró que la mayoría tuvo dolor neuropático (176 casos), seguidos por casos con coexistencia de dolor nociceptivo y neuropático (159), y en último lugar con dolor nociceptivo (147 casos).

Tomando en cuenta esta caracterización de la muestra, la principal modalidad de intervención psicológica utilizada con estos casos fue la psicoterapia de apoyo, según se puede observar en la gráfica 1. Es importante mencionar que el trabajo realizado como parte de la categoría “psicoterapia de apoyo” implicó el abordaje de problemas latentes, claramente delimitados y con una duración reducida de una a dos sesiones, en las que se brindó seguimiento. El elemento distintivo de esta forma de abordaje terapéutico fue la presencia de un número reducido o nulo de obstáculos para el trabajo psicológico en términos de las capacidades conductuales y cognoscitivas del paciente. Como parte de los resultados obtenidos después de la instrumentación de la intervención psicológica se observó la modificación de errores cognoscitivos —particularmente en el caso de consumo de opioides— que interferían en la realización de conductas de autocuidado o en la participación activa del paciente dentro del tratamiento. Un elemento que hizo posible la modificación conductual mediante una aproximación de psicoterapia de apoyo —que fue la más utilizada y en la cual se implementaron pocas sesiones— fue la puesta en práctica de estrategias de entrevista motivacional, destacando el papel de la escucha activa y la retroalimentación de los motivos de cambio del paciente, lo que alentaba para que se pusieran en marcha las conductas alternativas desarrolladas en las sesiones de tratamiento.

Asimismo, una estrategia que fue de gran utilidad para el manejo del dolor fue la utilización del análisis funcional de la conducta, ya que éste hizo posible la iden-

Gráfica 1. *Modalidad de intervención utilizada en la atención psicológica prestada a pacientes con dolor crónico del INCMNSZ*



tificación de elementos psicosociales asociados con exacerbaciones del dolor, lo cual produjo una mayor conciencia en los pacientes acerca del fenómeno del dolor y de las posibilidades de actuación, que no se limitaban al área médica (toma de rescates). Esto mismo fomentó la autoeficacia en los pacientes para realizar planes de acción que combinaran los aspectos psicosociales identificados y los recursos médicos según la intensidad del dolor y las circunstancias alrededor de éste. La ejecución de estos planes de acción produjo mejoras considerables en el bienestar y la rehabilitación integral, que implicaba una menor interferencia percibida y la reincorporación a actividades cotidianas relevantes para el paciente, tomando medidas para su autocuidado. Las conductas problema más frecuentes abordadas en los diferentes escenarios y servicios hospitalarios en los que se prestó servicio fueron las siguientes:

- * Creencias irracionales acerca del uso de opioides y su adicción.
- * Interferencia del dolor en actividades cotidianas.
- * Falta de conciencia de la enfermedad (desconocimiento de la enfermedad asociada con el dolor experimentado).
- * Depresión.
- * Ansiedad.
- * Problemas de afrontamiento a la enfermedad.
- * Atribuciones relacionadas con la enfermedad y dolor crónico.
- * Problemas de adaptación a la enfermedad.

Como resultado de la inserción de diferentes psicólogos en la clínica del dolor del instituto, se observan alcances obtenidos en términos de fortalecimiento del trabajo colaborativo entre el área psicológica y el área médica, el fomento de conocimientos psicosociales implicados en procesos de salud-enfermedad en el equipo médico y una mayor canalización de pacientes al área de psicología, lo que podría traducirse en mayor confianza y mejor percepción de relevancia de la atención interdisciplinaria.

Otra de las áreas en las que el equipo de psicología ha estado involucrado con la Clínica de Dolor del INCMN es la de atención al personal médico, específicamente a los residentes que se encuentran realizando cursos de algología. A lo largo de varios años se han conformado grupos de trabajo semanales con los residentes que inicialmente tuvieron un enfoque de tipo grupos Balint. Estos grupos tienen su origen en la tradición psicoanalítica y a grandes rasgos se conforman por diversos médicos y/o profesionales de la salud, así como por un psicoterapeuta con formación en psicoanálisis. Los grupos normalmente inician sus sesiones con la pregunta que el terapeuta hace a los médicos: “¿Alguien tiene un caso?”, después de lo cual un miembro del grupo expone un caso particular en el que se comentan los aspectos psicológicos y relacionales implicados en el mismo. Un grupo Balint no es propiamente dicho un grupo didáctico, ni psicoterapéutico. En cuanto al contenido, se diferencia de otros tipos de grupos en que no se ocupa sólo, ni básicamente, de la psicopatología o la psicodinámica del paciente, ni de las emociones o los conflictos de los profesionales participantes; se distingue de todos ellos porque el terapeuta invita a los profesionales de la salud a hablar de las dificultades que encuentran en la relación con sus pacientes, con sus familiares y con los demás profesionales con los que comparten el caso (Daurella, 2008). Actualmente, y desde hace aproximadamente seis años, los grupos de trabajo con los médicos conservan algunos elementos originales del grupo Balint, alternándolos con sesiones de trabajo en las que se realizan talleres con los médicos para apoyarlos a mejorar la relación médico-paciente. Los temas que suelen abordarse en dichos talleres son: comunicación asertiva, intervención en crisis, manejo de paciente difícil, trastornos de personalidad, manejo de ansiedad, solución de problemas y comunicación médico-paciente, entre otros.

El objetivo de estos grupos de trabajo es promover un aumento de la sensibilidad de los médicos hacia lo que necesitan los pacientes y sus familiares y que los doctores tengan un foro de expresión y de manejo de conflictos. Estos grupos cobran importancia debido al perfil profesional con el que suele llegar el médico especialista a una clínica de dolor, ya que en su trabajo previo como anestesiólogo en un quirófano generalmente no suele tener mucha comunicación con sus pacientes, por lo que ingresar a una clínica de dolor en la que se puede encontrar con pacientes con diversas complicaciones médicas, quejas o demandas constantes, comorbilidades psicológicas, etcétera, constituye un reto no sólo profesional sino personal que puede generar el conocido síndrome de Burnout.

Qué se ha hecho y qué resultados han obtenido, con qué metodología; qué se sugiere hacer y por qué

El trabajo de los estudiantes de maestría es y ha sido reconocido por todos los integrantes de la Clínica de Dolor del INCMN pues ha rendido diferentes frutos traducidos en tesis de grado y artículos de investigación (Alfaro-Ramírez del Castillo, Morales, Vázquez, Sánchez, Ramos del Río y Guevara, 2008; Plata, Castillo y Guevara, 2004; Morales, Alfaro-Ramírez del Castillo, Sánchez, Guevara y Vázquez, 2008; Sánchez *et al*, 2007), así como presentaciones en congresos nacionales e internacionales. Sin embargo, es un hecho que las investigaciones realizadas en esta área se han quedado en un nivel exploratorio, o a lo mucho descriptivo, además de que se carece de registros sistemáticos de las intervenciones. El reto es estructurar protocolos de evaluación e intervención, así como diseñar proyectos de investigación que nos permitan valorar la efectividad de los mismos.

Aunque sabemos que existen muchos otros temas relevantes para el paciente con dolor crónico que se podrían haber desarrollado de una manera más profunda (como la psicofisiología o la aportación de la neuroimagen, los perfiles de personalidad, la adhesión al tratamiento, las conductas de autocuidado, el enfrentamiento, etcétera), en el presente capítulo nos dimos a la tarea de mostrar de manera general (desde bases tanto teóricas como prácticas) aquellos aspectos que a lo largo del tiempo hemos visto que han sido útiles para trabajar con este grupo de pacientes, en el contexto de un instituto nacional de salud.

Consideramos que lo que aporta este capítulo también puede ser útil para cualquier psicólogo que comience a trabajar en alguna clínica de dolor o que se enfrente en su práctica diaria con un paciente con dolor crónico. Además, se puso especial énfasis en plantear que el trabajo del psicólogo se puede extender al equipo de atención, que también es susceptible de manifestar problemáticas (como el síndrome Burnout o conflictos en la relación médico-paciente) debido a la carga que representa trabajar con este tipo de pacientes.

Hasta el momento hemos podido ocupar un lugar relevante en el abordaje del dolor crónico a través de las siguientes estrategias:

- * Fortalecimiento del trabajo colaborativo entre el área psicológica y el área médica.
- * Impartición de clases de temas psicológicos selectos en torno al dolor crónico.
- * Participación y debate en la revisión de casos de los pacientes que están recibiendo tratamiento para dolor crónico y que se encuentran hospitalizados.
- * Colaboración en la planificación del tratamiento de los pacientes.
- * Participación activa en la generación y realización de protocolos de investigación.
- * Atención psicológica (evaluación y tratamiento) a pacientes con dolor crónico.

- * Presentación de casos clínicos de forma conjunta con los residentes algólogos.
- * En reuniones y foros médicos, utilización de terminología psicológica actual que contribuya al reconocimiento de la presencia y el trabajo del servicio psicológico brindado a los pacientes con dolor crónico.
- * Mayor canalización de pacientes al área de psicología, lo cual podría traducirse en mayor confianza y mejor percepción de la relevancia de una atención interdisciplinaria.

Lo anterior podría representar un esquema de trabajo que se propone utilicen los psicólogos que deseen incorporarse a una clínica del dolor, como una estrategia para sensibilizar acerca de los alcances de la psicología en este contexto. Ciertamente, debemos de reconocer que existen limitaciones que circunscriben el tipo de papel que ha tenido el psicólogo en una clínica del dolor. Dentro de estas limitaciones destaca la existencia de un bajo número de recursos humanos para cubrir la alta demanda y la gran necesidad de servicios psicológicos que se pueden encontrar en una institución de tercer nivel. No podemos pasar por alto, asimismo, la carencia de espacio disponible, así como el tiempo otorgado para la atención psicológica.

Aun cuando ha habido un camino recorrido por múltiples psicólogos en la clínica del dolor del INCMN, existen retos y metas a largo plazo que se desea conseguir:

- * Promover la gestión de cargos a ocupar por psicólogos en las clínicas de dolor ubicadas en instituciones hospitalarias.
- * Seguir promoviendo habilidades para la práctica interdisciplinaria (médicos, enfermeras, psiquiatras, etcétera).
- * Consolidar un equipo especializado de psicólogos de base que trabajen como parte del equipo de especialistas de dolor crónico, realizando actividades fundamentales como: *a)* evaluación desde el punto de vista psicológico a todos los pacientes que acudan a la clínica del dolor; *b)* detección de casos en los que se documente que existen necesidades particulares a abordar mediante tratamiento psicológico a través de la labor de escrutinio, que incluye el empleo de instrumentos de tamizaje, y *c)* evaluación complementaria que coadyuve en el tratamiento psicológico.
- * Desarrollar protocolos de investigación que ayuden a mejorar la atención psicológica prestada a los pacientes, además de difundir los hallazgos psicológicos en foros médicos.
- * Brindar tratamiento a miembros próximos significativos al paciente (*i. e.*, familia) como parte de programas para el reforzamiento de actividades saludables (*i. e.*, actividades de autocuidado y autonomía).

Referencias

- Alfaro-Ramírez del Castillo, O. I., T. Morales, F. Vázquez, S. Sánchez, B. Ramos del Río y U. M. Guevara (2008), “Sobrecarga, ansiedad y depresión en cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico y terminales”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, pp. 485-494.
- Barakat, A., N. Vogelzangs, C. M. Licht, R. Geenen, G. J. Macfarlane, E. de Geus y J. Dekker (2012), “Dysregulation of the Autonomic Nervous System is Associated with Pain Intensity, Not with the Presence of Chronic Widespread Pain”, *Arthritis Care & Research*, 64, pp. 1209-1216.
- Barrientos, V. (2011), “El papel de los procesos cognitivo-sociales en enfermedades oncológicas y no oncológicas”, tesis de maestría no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Bazako, E. (2003), “Intervención psicológica en una unidad de dolor”, en E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (eds.), “*El psicólogo en el ámbito hospitalario*”, Bilbao, Desclee de Brouwer, pp. 569-590.
- Beck, A. T. (1988), “An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- , A. T., M. Kovac y A. Weissman (1979), “Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, pp. 343-352.
- , A. R. Steerm y G. M. Garbin (1988), “Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five Years of Evaluation”, *Clinical Psychology Review*, 8, pp. 77-100.
- Beck, A. T., A. Weissman, D. Lester y L. J. Trexler (1974), “The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scales”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, pp. 861-865.
- Belgrade, M. J., C. D. Schamber y B. R. Lindgren (2006), “The DIRE Score: Predicting Outcomes of Opioid Prescribing for Chronic Pain”, *Journal of Pain*, 7, pp. 671-681.
- Brown, G., y P. Nicasio (1987), “Development of a Questionnaire for the Assessment of Active and Passive Coping Strategies in Chronic Pain Patients”, *Pain*, 31, pp. 53-64.
- Butler, S. F., S. H. Budman, K. Fernandez y R. N. Jamison (2004), “Validation of a Screener and Opioid Assessment Measure for Patients with Chronic Pain”, *Pain*, 112, pp. 65-75.
- Carver, C. S. y M. F. Scheier (1982), “Control Theory: A Useful Conceptual Framework for Personality—Social, Clinical, and Health Psychology”, *Psychological Bulletin*, 92, pp. 111-135.
- Chou, R., G. J. Fanciullo, P. G. Fine, J. A. Adler, P. Davies, M. I. Donovan y C. Miaskowski (2009), “Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid

- Therapy in Chronic Noncancer Pain”, *The Journal of Pain*, 10, pp. 113-130.
- Cleeland, C. S., y K. M. Ryan (1994), “Pain Assessment: Global Use of the Brief Pain Inventory”, *Annals Academy of Medicine Singapore*, 23, pp. 129-138.
- Cohen, S., y M. S. Rodríguez (1995), “Pathways Linking Affective Disturbances and Physical Disorders”, *Health Psychology*, 14, pp. 371-393.
- Covarrubias, A., y U. Guevara (2006), “¿Qué son las clínicas de dolor?”, *Revista Digital Universitaria*, 7, pp. 1-7.
- , y Guevara (2009), “Evaluación del consumo de medicina herbal en el enfermo con dolor: un estudio piloto”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 32, pp. 156-162.
- , U. Guevara, C. Gutiérrez, J. A. Betancourt y J. A. Córdova (2010), “Epidemiología del dolor crónico en México”, *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33, pp. 207-213.
- , U. Guevara, A. Lara, A. C. Tamayo, J. Salinas y R. Torres (2008), “Características de los enfermos que acuden a las clínicas del dolor por primera vez”, *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, pp. 467-472.
- Cunningham, J. L., S. E. Hayes, C. O. Townsend, H. J. Laures y W. M. Hooten (2012), “Associations between Spousal or Significant Other Solicitous Responses and Opioid Dose in Patients with Chronic Pain”, *Pain Medicine*, 13, pp. 1034-1039.
- Daurella, N. (2008), *Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria*. Disponible en <http://www.camfic.cat> [retirado el 17 de agosto de 2012].
- Domínguez, B., e Y. Olvera (2005), *Dolor y sufrimiento humano. Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*, México, Trillas.
- Engel, G. (1977), “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”, *Science*, 196, pp. 129-136.
- Ferrando, L., A. L. Franco, M. Soto, J. Bobes, O. Soto, L. Franco y O. Gilbert (1998), *MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview* (versión en español 5.0.0. DSM-IV), Madrid, IAP.
- Flor, H., y D. Turk (2011), *Chronic Pain. An Integrated Biobehavioral Approach*, Seattle; IASP Press.
- Gatchel, R. J. (2004), “Comorbidity of Chronic Pain and Mental Health: The Biopsychosocial Perspective”, *American Psychologist*, 59, pp. 792-794.
- , Y. B. Peng, M. L. Peters, P. N. Fuchs y D. C. Turk (2007), “The Biopsychosocial Approach to Chronic Pain: Scientific Advances and Future Directions”, *Psychological Bulletin*, 133, pp. 581-624.
- Hayes, S. C., D. Barnes-Holmes y B. Roche, (2001), “*Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition*”, Nueva York; Plenum Press.
- , K. Strosahl y K. G. Wilson (1999), *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*, Nueva York, The Guilford Press.

- Hettema, J., J. Steele, y W. R. Miller (2005), "Motivational Interviewing", *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, pp. 91-111.
- IASP (1979), "Pain Terms: A List with Definitions and Notes on Usage", *Pain*, 6, pp. 249-252.
- (2010), *Definición del dolor*. Disponible en <http://www.iasp-pain.org> [retirado el 2 de agosto de 2010].
- Kahan, M., A. Srivastava, L. Wilson, D. Gourley y D. Midmer (2006), "Misuse of and Dependence on Opioids. Study of Chronic Pain Patients", *Canadian Family Physician*, 52, pp. 1081-1087.
- Kerns, R. D., D. C. Turk y T. E. Rudy (1985), "The West Haven Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)", *Pain*, 23, pp. 345-356.
- Leeuw, M., M. E. Goossens, S. J. Linton, G. Crombez, K. Boersma y J. W. Vlaeyen (2007), "The Fear-avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence", *Journal of Behavioral Medicine*, 30, pp. 77-94.
- Linton, S. J., y M. Ryberg (2001), "A Cognitive-behavioral Group Intervention as Prevention for Persistent Neck and Back Pain in a Non-patient Population: a Randomized Controlled Trial", *Pain*, 90, pp. 83-90.
- Masedo, A. I., y R. Esteve (2007), "Effects of Suppression, Acceptance and Spontaneous Coping on Pain Tolerance, Pain Intensity and Distress", *Behavior Research and Therapy*, 45, pp. 199-209.
- McCracken, L. M. (2005), "*Contextual Cognitive-behavioral Therapy for Chronic Pain. Progress in Pain Research and Management*", Seattle, IASP Press.
- , y C. Eccleston (2005), "A Prospective Study of Acceptance of Pain and Patient Functioning with Chronic Pain", *Pain*, 118, pp. 164-169.
- , L. M., K. E. Vowles y J. Gauntlett-Gilbert (2007), "A Prospective Investigation of Acceptance and Control-oriented Coping with Chronic Pain", *Journal of Behavioral Medicine*, 30, pp. 339-349.
- McMullen, J., D. Barnes-Holmes, Y. Barnes-Holmes, I. Stewart, C. Luciano y A. Cochrane (2008), "Acceptance versus Distraction: Brief Instructions, Metaphors and Exercises in Increasing Tolerance for Self-delivered Electric Shocks", *Behavior Research and Therapy*, 46, pp. 122-129.
- Melzack, R., y P. D. Wall (1965), "Pain Mechanisms: A New Theory", *Science*, 150, pp. 971-979.
- , (1975), "The McGill Pain Questionnaire: Major Properties and Scoring Methods", *Pain*, 1, pp. 277-299.
- , (1999), "From the Gate to the Neuromatrix", *Pain*, 6 (Suppl.), pp. S21-S26.
- , (2000), "From the Gate to the Neuromatrix", *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 7, pp. 149-156.
- Miller, W. R., S. I. Rollnick y C. C. Butler (2008), "*Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*", Nueva York, The Guilford Press.

- Moix, J., y M. I. Casado (2011), "Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor Crónico", *Clínica y Salud*, 22, pp. 41-50.
- Morales, T., O. I. Alfaro-Ramírez del Castillo, S. Sánchez, S. Guevara y F. Vázquez (2008), "Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46, pp. 479-484.
- Mo'tamedi, H., P. Rezaiemaram y A. Tavallaie (2012), "The Effectiveness of a Group-based Acceptance and Commitment Additive Therapy on Rehabilitation of Female Outpatients with Chronic Headache: Preliminary Findings Reducing 3 Dimensions of Headache Impact", *Headache*, 52, pp. 1106-1119.
- Newton-John, T. (2002), "Solicitousness and Chronic Pain: A Critical Review", *Pain Reviews*, 9, pp. 7-27.
- Novy, D. M. (2004), "Psychological Approaches for Managing Chronic Pain", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, pp. 279-288.
- Olivares, M. E., y J. A. Cruzado (2008), "Evaluación psicológica del dolor", *Clínica y Salud*, 19, pp. 321-341.
- Oliveira, L. R., V. U. de Melo, F. N. Macedo, A. S. Barreto, D. J. Badaue-Passos, M. R. Viana dos Santos y V. J. Santana-Filho (2012), "Induction of Chronic Non-inflammatory Widespread Pain Increases Cardiac Sympathetic Modulation in Rats", *Autonomic Neuroscience: Basic & Clinical*, 167, pp. 45-49.
- Otis, J. D., L. A. Cardella y R. D. Kerns (2004), "The Influence of Family and Culture on Pain", en R. H. Dworkin y W. S. Breitbart (eds.), *Psychosocial Aspects of Pain: A Handbook for Health Care Providers*, Seattle, IASP Press, pp. 29-45.
- Passik, S. D., K. L. Kirsch y M. V. McDonald (2000), "A pilot Survey of Aberrant Drug Taking Attitudes and Behavior in Samples of Cancer and AIDS Patients", *Journal of Pain and Symptom Management*, 19, pp. 274-286.
- Plata, M. E., M. E. Castillo y U. M. Guevara (2004), "Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico", *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27, pp. 16-23.
- Ray, Q. (2004), "How the Mind Hurts and Heals the Body", *American Psychologist*, 59, pp. 29-40.
- Richardson, E. J., T. J. Ness, D. M. Doleys, J. H. Baños, L. Cianfrini y J. S. Richards (2010), "Catastrophizing, Acceptance, and Interference. Laboratory Findings, Subjective Report, and Pain Willingness as a Moderator", *Health Psychology*, 29, pp. 299-306.
- Rosenstiel, A. K., y F. J. Keefe (1983), "The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment", *Pain*, 17, pp. 33-44.
- Sánchez, S., J. F. Téllez, F. Zermeño, G. García, A. Velázquez, M. Hernández y U. M. Guevara (2007), "Personality in Patients with Migraine Evaluated

- with the ‘Temperament and Character Inventory’,” *The Journal of Headache and Pain*, 8, pp. 94-104.
- Sauer, S. E., J. L. Burris y C. R. Carlson (2010), “New Directions in the Management of Chronic Pain: Self-regulation Theory as a Model for Integrative Clinical Psychology Practice”, *Clinical Psychology Review*, 30, pp. 805-814.
- Schmidt, J., y C. R. Carlson (2009), “A Controlled Comparison of Emotional Reactivity and Physiological Response in Masticatory Muscle Pain Patients”, *Journal of Orofacial Pain*, 23, pp. 230-242.
- Schulz-Gibbins, C. (2010), “Psychological Evaluation of the Patient with Chronic Pain”, en A. Kopf y N.B. Patel (eds.), *Guide to Pain Management in Low-resource Settings*, Seattle, IASP Press, pp. 93-100.
- Smeets, R. J., J. W. Vlaeyen, A. D. Kester y J. A. Knottneris (2006), “Reduction of Pain Catastrophizing Mediates the Outcome of Both Physical and Cognitive-behavioral Treatment in Chronic Low Back Pain”, *The Journal of Pain*, 7, pp. 261-271.
- Soriano, J., y V. Monsalve (2002), “CAD: Cuestionario de Afrontamiento ante el Dolor Crónico”, *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 9, pp. 13-22.
- Task Force on Pain Management (1997), “Practice Guidelines for Chronic Pain Management: A Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pain Management, Chronic Pain Section”, *Anesthesiology*, 86, pp. 995-1004.
- Trull, T., y J. Phares (2000), “Evaluación conductual”, en T. Trull y J. Phares (eds), *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*, México, El Manual Moderno, pp. 240-264.
- Turk, D. C., R. D. Kerns y R. Rosenberg (1992), “Effects of Marital Interaction on Chronic Pain and Disability: Examining the Downside of Social Support”, *Rehabilitation Psychology*, 37, pp. 259-274.
- Turk, D. C. y A. Okifuji (2001), “Pain Terms and Taxonomies of Pain”, en J. D. Loeser y J. D. Bonica (eds.), *Bonica’s Textbook of Pain Management*, Filadelfia, LWW, pp. 17-25.
- Virués-Ortega, J., y S. N. Haynes (2005), “Behavioral Foundations and Clinical Application”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, pp. 567-587.
- Vlaeyen, J. W. y S. J. Linton (2000), “Fear-avoidance and its Consequences in Chronic Musculoskeletal Pain: A State of the Pain”, *Pain*, 85, pp. 317-332.
- Webster, L. R. y R. M. Webster (2005), “Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-treated Patients: Preliminary Validation of the Opioid Risk Tool”, *Pain Medicine*, 6, pp. 432-442.
- Wetherell, J. L., N. Afari, T. Rutledge, J. T. Sorrell, J. A. Stoddard, A. J. Petkus y J. H. Atkinson (2011), “A Randomized, Controlled Trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-behavioral Therapy for Chronic Pain”, *Pain*, 152, pp. 2098-2107.

5. LA SEXUALIDAD, SUS ALTERACIONES Y SU RELACIÓN CON LOS VÍNCULOS AMOROSOS Y PARENTALES

Claudia Sánchez Bravo,
Alejandra Watty Martínez
y Alba Ivette Belmont Sánchez
*Departamento de Psicología
Instituto Nacional de Perinatología*

Introducción

Por sus características y su complejidad, el fenómeno de la sexualidad humana incluye tanto factores biológicos como psicológicos y socioculturales. En tal sentido, se puede afirmar que es multidimensional y multideterminado, lo que lo hace susceptible de ser abordado a la luz de diferentes perspectivas teóricas. Desde el ámbito de lo propiamente psicológico, el estudio de dicho fenómeno y sus alteraciones —en particular el de la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales— tiene como objetivo medular comprender por qué una persona adulta vive una sexualidad sin ningún tipo de complicación, mientras que otra experimenta alguna disfunción sexual. Ciertamente, es importante dejar en claro que en ambos casos se parte del entendido de que, si bien la respuesta sexual se manifiesta conductualmente, en su origen y desarrollo es posible analizar la influencia de los mundos *interno* (que se alimenta de la interacción con los demás, empezando por las figuras parentales) y *externo* (por requerimientos y por una información a veces fragmentada y superficial). Se trata, pues, de un fenómeno que puede verse afectado por cada uno de esos mundos y los elementos que los conforman y su interacción.

Aun cuando desde la década de los cincuenta del siglo pasado ya se venían realizando algunos estudios sobre sexualidad, formalmente su planificación y su conducción alcanzaron su auge en la primera mitad de la siguiente década en particular con los estudios conducidos por Masters, Johnson y Kolodny (1995), quienes propusieron un Modelo de la Respuesta Sexual Humana. Éste consiste en una secuencia ordenada de un acontecimiento unitario e inseparable que se vincula con distintos niveles de excitación sexual, lo que los llevó a entender el desempeño sexual de las personas, con sus variantes individuales, que incluía no sólo a la respuesta fisiológica sino también aspectos psicológicos y sociales. Sus estudios mostraron cómo se comportaba el ciclo de la respuesta sexual humana, la cual dividieron en deseo, excitación, meseta, orgasmo y eyaculación. Como consecuencia, el estudio de la respuesta sexual humana y la delimitación de esas fases condujeron a los autores a especificar con mayor precisión las alteraciones

sexuales que se presentan en cada una de ellas. Estas alteraciones son las conocidas como disfunciones sexuales, que se definen como una serie de síndromes que se distinguen por ser procesos con cuatro características comunes:

1. Son de naturaleza erótica, cuyos resultados giran en torno a las construcciones psicológicas y a la calidad placentera de esas vivencias.
2. Se consideran indeseables.
3. Se presentan en forma recurrente y persistente en la vida erótica de las personas.
4. Se presentan en forma de síndromes, o sea, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así de las causas que los provocan (Rubio y Díaz, 1994).

En términos generales su clasificación, de acuerdo con el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), incluye las siguientes disfunciones sexuales:

1. *Deseo sexual hipoactivo*: disminución o ausencia de fantasías y deseos de actividad sexual de forma persistente o recurrente.
2. *Trastorno de la excitación en la mujer*: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación, hasta la terminación de la actividad sexual.
3. *Trastorno de la erección*: incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.
4. *Trastorno orgásmico femenino*: ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
5. *Trastorno orgásmico masculino*: ausencia persistente o recurrente del orgasmo, tras una fase de excitación sexual normal.
6. *Eyacuación precoz*: eyacuación persistente y recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.
7. Finalmente, se tienen dos trastornos sexuales femeninos por dolor: *a) dispareunia*: dolor genital persistente o recurrente en la mujer antes, durante o después de la relación sexual, y *b) vaginismo*: aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere el coito.

La última destaca la vivencia social en cuanto al mundo sexualizado y la congruencia que hay entre este mundo, el ejercicio de la sexualidad de la persona y sus vínculos amorosos. Dicho de otra manera, dependiendo de cómo se hayan establecidos los vínculos en el pasado —parentales— y en el presente —amorosos— será posible comprender su sexualidad y sus alteraciones sexuales, pues los vínculos son los que median y permiten la inserción de la persona en el campo

simbólico de la sociedad (Pichón-Riviere, 1957). Los vínculos poseen una estructura con una cara interna y otra externa, donde se contempla la percepción de sus relaciones parentales, sexuales, amorosas, así como la percepción del mundo sexualizado.

En virtud de lo expuesto, al estudiar la vida sexual de las personas es posible obtener información concreta respecto de si su sexualidad es o no satisfactoria. Partiendo de este binomio satisfacción-insatisfacción, para los fines de dilucidar los elementos que la conforman y su complejidad, es preciso dar cuenta de todos aquellos indicadores con el objeto de identificar justamente qué elementos la median, algunos de los cuales tienen como antecedentes procesos de interacción acaecidos en la infancia. Para ello se analizan aspectos que van desde la construcción de la función parental hasta otros elementos más actuales: qué elementos fueron distintos en los lazos parentales y si hay evidencia de una influencia decisiva en la construcción de su vida sexual. Si analizamos qué es parentalidad, podremos considerar que ésta constituye el estudio de los lazos de parentesco y de los procesos psicológicos inherentes, que requiere de un proceso de preparación y de aprendizaje, no en el sentido de una pedagogía parental, sino como el trabajo que pone en evidencia el carácter complejo y los aspectos paradójicos del fenómeno natural de la reproducción humana. Tanto la parentalidad como la cultura se ponen de manifiesto como una organización fundadora del ser humano, de acuerdo con su propio contexto y genealogía, construyendo un mundo psicológico como producto de la intersubjetividad y la transmisión intergeneracional.

Si se analizan los elementos que componen esta reflexión sobre los lazos parentales en la construcción de los mismos es importante conocer: *a)* cómo se van incorporando los procesos psicológicos de los padres, que finalmente impactan en la sexualidad de las personas y en los procesos de interacción, y *b)* qué elementos están desfasados en el proceso de globalización entre lo que se piensa, lo que se quiere y lo que realmente se puede, lo cual se representa como un conflicto entre su mundo interno y lo que el mundo externo les manifiesta y les demanda. De ahí que los estudios sobre sexualidad humana deben ser delimitados, puntuales y precisos en cuanto a la especificación de sus objetivos. Partiendo de este principio, en este trabajo nos planteamos un doble propósito: por un lado, la búsqueda de indicadores sobre los factores psicológicos y los antecedentes sexuales relacionados con cada una de las disfunciones sexuales referidas; por el otro, mostrar que en la construcción de la vida sexual están implicados elementos que permiten ver cómo se transmiten los modelos de parentalidad, la apropiación de influencias sociales en el mundo psicológico que condicionan las relaciones parentales, los vínculos amorosos y sexuales, que terminan influyendo en el ejercicio actual de la sexualidad, con los elementos internos entrando en abierta confrontación con el mundo sexual globalizado.

Finalmente, es importante destacar que el presente trabajo es resultado del desarrollo de una línea de investigación sobre sexualidad humana y parejas que se formuló en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), que encuentra su justificación en la alta prevalencia de disfunciones sexuales reportada por las pacientes que acuden a la institución para resolver problemas de alto riesgo en su vida sexual reproductiva.

Esta línea inició con un estudio exploratorio para detectar la prevalencia de disfunciones sexuales, tanto en mujeres como en hombres, en el cual se registró una prevalencia de 52% en mujeres y 38.8% en hombres (Sánchez, Carreño y Martínez, 2005). Posteriormente, en el desarrollo de la misma se han realizado otros estudios empleando tanto métodos de análisis cuantitativo —con procedimientos comparativos y correlacionales— como cualitativo, con la finalidad de identificar indicadores y aportar elementos para la generación de modelos de intervención con mayor especificidad, partiendo de la experiencia clínica de que no en todas las disfunciones sexuales operan los mismos factores de riesgo (Sánchez, 2007).

Método

Antecedentes y escenario

Dando continuidad a la mencionada línea de investigación, en este trabajo se describen algunos resultados encontrados en esas investigaciones, tomando como eje rector el binomio disfunción/no disfunción sexual, como indicador que nos da entrada al mundo de la sexualidad. En éste se encuentran implicados factores diversos, tanto protectores como de riesgo, que incluyen algunos antecedentes sexuales, de personalidad, y otros elementos internos como la construcción y la calidad de los vínculos pasados y presentes, parentales y amorosos de los individuos.

Participantes

Participaron 400 mujeres y hombres con y sin disfunciones sexuales, que fueron agrupados en cuatro grupos: 100 mujeres sin disfunciones sexuales (grupo A), 100 mujeres con disfunciones sexuales (grupo B), 100 hombres sin disfunciones sexuales (grupo C) y 100 hombres con disfunciones sexuales (grupo D). La edad promedio para el grupo A fue de 31.9 años (± 5.32) y para el grupo B de 33.1 años (± 5.33). El estado civil del grupo A se distribuyó de la siguiente manera: 5% se mantenía soltera, 63% era casada y 32% vivía en unión libre; en el B se distribuyó así: 5% se mantenía soltera, 68% era casada y 27% vivía en unión libre. En cuanto a la escolaridad de la muestra, se encontró que en el grupo A obtuvo un promedio de 10.9 años de escolaridad (± 3.17), que corresponde al nivel de

bachillerato. En el grupo B se encontró un promedio de 10.1 años de escolaridad (± 2.69), también correspondiente a este mismo nivel. Por otro lado, las muestras de hombres estuvieron conformadas por 100 participantes sin disfunción sexual (grupo C) y 100 con disfunción sexual (grupo D), con una edad promedio para el grupo C de 32 años (± 4.97) y para el grupo D de 33 años (± 5.20). Respecto del estado civil, en el grupo C la muestra se distribuyó así: 80% estaba casado y 20% vivía en unión libre, mientras que en el grupo D 1% vivía en soltería, 78% se encontraba casado y 21% vivía en unión libre. En cuanto a los años de escolaridad, se encontró que el grupo C obtuvo un promedio de 11.7 años (± 2.88), valor que corresponde al nivel de bachillerato. En relación con los años de escolaridad, en el grupo D se encontró un promedio de 11 años (± 3.33), en los mismos términos que el grupo anterior.

Variables e instrumentos

El estudio consistió en identificar la relación de cada una de las disfunciones sexuales ya mencionadas con un conjunto de variables que para fines descriptivos hemos agrupado en dos rubros, incluyendo en cada uno los factores estudiados:

Antecedentes sexuales: a) presencia de abuso sexual en la infancia y/o experiencia sexual infantil traumática; b) falta de información sexual; c) temores a la sexualidad; d) ejercicio o no de la masturbación y e) presencia de problemas conyugales.

Factores de personalidad: a) roles de género, que son prescripciones, normas y expectativas sociales de comportamiento para hombres y mujeres en sus cuatro dimensiones: masculinidad, feminidad, machismo y sumisión (Lara, 1993), y b) autoestima, que es el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que cada persona refiere sobre sí misma. Es una experiencia subjetiva que se transmite a los demás por reportes verbales o mediante la conducta manifiesta (Coopersmith, 1967).

Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina o HCCSF (Souza, Cárdenas, Montero y Mendoza, 1987) y *Cuestionario de Sexualidad para Hombres* (Morales, Pimentel y Aranda, 1998). Ambas historias clínicas se utilizaron para la clasificación de los grupos, para el diagnóstico de la disfunción sexual y para la detección de los antecedentes sexuales. La primera consta de 170 preguntas y fue diseñada con el propósito de explorar la psicosexualidad femenina con ventajas técnicas prácticas que reducen la posibilidad de emitir juicios de valor; su estructura permitió obtener información clara y precisa, empezando por los datos sociodemográficos, en un orden sistemático, hasta llegar a la exploración de la sexualidad. Su validez fue puesta a prueba en la Clínica Marina Nacional del ISSSTE y su

objetivo fundamental fue detectar la presencia de disfunciones sexuales definidas con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). El segundo consta de 90 preguntas y fue diseñado en el propio INPer; es una adaptación del anterior que sirve para explorar la psicosexualidad masculina (Morales *et al.*, 1998).

Inventario de Masculinidad y Femenidad o IMAFE (Lara, 1993). El rol de género se midió con este inventario, teniendo como objetivo principal el de dar cuenta de las características femeninas y masculinas de la personalidad, basadas en los aspectos más representativos de los papeles y estereotipos de la cultura mexicana, incluidos el machismo y la sumisión. El cuestionario mide cuatro orientaciones de género divididas en cuatro escalas: masculino (mas), femenino (fem), machismo (mach) y sumisión (sum), el cual fue validado en población mexicana. Es un cuestionario que consta de 60 preguntas —15 para cada escala—, con opciones de respuesta en un formato tipo Likert. Las preguntas se califican de manera independiente: el valor más alto que obtenga la persona en las cuatro escalas da como resultado la orientación de género, según la clasificación antes mencionada.

Inventario de Autoestima (Lara, Verduzco, Acevedo y Cortés, 1993). Este inventario, estandarizado en población mexicana, fue diseñado para medir el juicio personal de valía que se expresa en las actitudes que la persona toma respecto de sí misma; consta de 25 preguntas que se miden en una escala nominal, con opciones de respuesta de *sí* y *no*; para el estudio se consideró un punto de corte de 17 ± 5 .

Para evaluar la construcción y la calidad de los vínculos del pasado y del presente, tanto los parentales como los amorosos, se utilizó el método cualitativo interpretativo, con el apoyo de entrevistas a profundidad semiestructuradas.

Procedimiento

Este estudio se condujo a partir de dos fases. La primera contempló el uso de los instrumentos de medida referidos. En la segunda se utilizó el método cualitativo-interpretativo con base en la modalidad de entrevistas a profundidad semiestructuradas: fueron entrevistadas tres mujeres, dos con disfunciones sexuales asociadas con dolor (dispareunia y vaginismo) y una que no presentó disfunción sexual; el propósito era detectar tanto factores de protección como de riesgo; se obtuvieron categorías por medio del análisis de contenido según cada objetivo específico planteado, que fueron cuatro, a saber:

1. Identificar factores que en su vida sexual actual influyeran en la posterior presencia de disfunciones sexuales.

2. Identificar factores que hayan influido en un desarrollo insatisfactorio de su sexualidad.
3. Identificar elementos de la percepción que tiene el participante sobre la vida sexual de sus padres y que pudieron haber influido en el desarrollo de su sexualidad.
4. Identificar factores en el seno de la familia que se relacionaran con el manejo de la sexualidad y que también influyeron su vida sexual. Con la integración de los resultados obtenidos en las dos fases se construyeron perfiles (primera fase) y categorías explicativas (segunda fase), detectando factores protectores y de riesgo que impactaron en el ejercicio de la sexualidad y que se constituyeron en indicadores de una problemática que va más allá de la respuesta sexual instrumental.

Análisis estadístico

Los análisis estadísticos utilizados fueron los siguientes: para identificar posibles diferencias entre los grupos en lo tocante a los antecedentes sexuales se utilizó la prueba no paramétrica de la ji al cuadrado (χ^2), por tratarse de variables dicotómicas, así como también para identificar diferencias en cada disfunción sexual. La prueba de la t de Student se empleó con el objeto de comparar los grupos, tanto de mujeres como de hombres, con y sin disfunciones sexuales, en particular sobre los factores de personalidad (rol de género y autoestima), así como también para identificar posibles diferencias en cada disfunción sexual. Posteriormente se realizó un análisis de correlación de cada una de las disfunciones sexuales y los factores psicológicos con la prueba de correlación producto-momento de Pearson (r) y con la V de Cramer para los antecedentes. Para analizar la combinación de los factores que resultaron significativos con cada disfunción sexual se utilizó un análisis discriminante que permitió generar un perfil explicativo para cada disfunción sexual.

Resultados fase 1: análisis cuantitativo

Las muestras se trabajaron con base en los análisis estadísticos pertinentes para la obtención de los datos. Los puntos de corte obtenidos se establecieron con base en los criterios que se definen para cada instrumento. Se presentan primero los resultados de las mujeres y posteriormente los de los hombres, aclarando que sólo se expondrán los cuadros con los resultados por grupo, incluyendo únicamente aquéllos en los que se obtuvieron correlaciones estadísticamente significativas. Finalmente, se detallan los perfiles que se construyeron con las variables que fueron significativas con el análisis discriminante.

Diferencias entre mujeres y hombres en antecedentes y factores de personalidad

Antecedentes en las mujeres. Tal como se puede observar en el cuadro 1, se encontraron tres diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres: en los factores información sexual ($\chi^2 = 3.12$; $p = 0.078$), temores asociados con la sexualidad ($\chi^2 = 5.60$; $p = 0.018$) y problemas conyugales ($\chi^2 = 17.88$; $p = 0.000$), en estos dos últimos casos atribuibles a las mujeres pertenecientes al grupo B, con alguna disfunción sexual.

Cuadro 1. *Antecedentes en los grupos de mujeres*

Experiencia sexual infantil traumática	Grupo A sin disfunción sexual	Grupo B con disfunción sexual	χ^2	p
Sí	15	25	3.12	0.078
No	85	75		
Información sexual				
Recibió	56	41	4.5	0.034*
No recibió	44	59		
Temores a la sexualidad				
Sí	12	25	5.6	0.018**
No	88	75		
Masturbación				
Practica	12	19	1.87	0.172
No practica	88	81		
Problemas conyugales				
Sí	15	42	17.88	0.000***
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.				

Nótese, para posteriores fines de análisis, que este grupo reportó menos experiencias traumáticas en la infancia, así como disposición de menor información sobre sexualidad; paradójicamente, este grupo fue el que reportó menos problemas conyugales.

Antecedentes en los hombres. En comparación con las mujeres, en los hombres únicamente se encontraron dos diferencias estadísticamente significativas (cuadro 2): en los factores experiencia sexual infantil traumática ($\chi^2 = 6.79$; $p = 0.009$) y problemas conyugales ($\chi^2 = 16.26$; $p = 0.026$), en ambos casos atribuibles a los hombres del grupo D, con alguna disfunción sexual. Nótese que ahora, en este grupo, y a diferencia del grupo de las mujeres, fueron precisamente quienes reportaron una disfunción sexual los que tuvieron una experiencia infantil traumática, a la vez que disponían de una mayor información en materia sexual. Empero, coinci-

dente con el grupo de mujeres, también en el de los hombres con alguna disfunción sexual se presentaron menos problemas conyugales.

Factores de personalidad en las mujeres. En la prueba de la t de Student, según se muestra en el cuadro 3, llaman la atención dos de las tres diferencias estadísticamente significativas: en sumisión ($t = -4.556$; $p = 0.000$) y autoestima ($t = 5.561$; $p = 0.000$), cuyas puntuaciones fueron más altas y más bajas, respectivamente, en el grupo B, de mujeres con alguna disfunción sexual. Asimismo, en sumisión la puntuación obtenida fue muy cercana al punto de corte (2.96 ± 5) reportado por Lara casi dos décadas atrás (Lara, 1993).

Cuadro 2. *Antecedentes en los grupos de hombres*

Experiencia sexual infantil traumática	Grupo C sin disfunción sexual	Grupo D con disfunción sexual	x2	p
Sí	3	13	6.79	0.009***
No	97	87		
Información sexual				
Recibió	72	68	0.38	0.538
No recibió	28	32		
Temores a la sexualidad				
Sí	18	29	3.36	0.067
No	82	71		
Masturbación				
Practica	74	84	3.01	0.083
No practica	26	16		
Problemas conyugales				
Sí	11	35	16.26	0.000***
	89	65		
* $p \leq 0.01$; ** $p \leq 0.001$.				

Factores de personalidad en los hombres. En los hombres se encontraron cuatro diferencias estadísticamente significativas: dos relacionadas con el binomio masculinidad ($t = 3.459$; $p = 0.001$) y feminidad ($t = 3.193$; $p = 0.002$), así como en las variables sumisión ($t = -2.568$; $p = 0.001$) y autoestima ($t = 4.824$; $p = 0.000$). Aun cuando en estas dos últimas las puntuaciones promedio fueron más bajas en sumisión y más altas en autoestima, es interesante hacer notar que entre los grupos C y D las diferencias fueron más acusadas en sumisión que en autoestima, en ambos casos siendo atribuibles a los hombres del grupo con alguna disfunción sexual (cuadro 4).

Cuadro 3. Descripción de los factores de la personalidad en los grupos de mujeres

Factores de personalidad	Punto de corte	Grupo A sin disfunción sexual	Grupo B con disfunción sexual	t	p
	X DE	X DE	X DE		
Masculinidad	4.69 ± 0.97	4.22 ± 1.07	3.85 ± 1.04	2.523	0.012**
Femineidad	5.23 ± 1.02	5.05 ± 1.10	4.92 ± 1.14	0.843	0.4
Machismo	3.05 ± 0.86	2.55 ± 0.80	2.76 ± 0.92	-1.725	0.086
Sumisión	2.96 ± 0.73	2.44 ± 0.69	2.92 ± 0.78	-4.556	0.000***
Autoestima	17 ± 5	18.76 ± 4.8	14.63 ± 5.6	5.561	0.000***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

Cuadro 4. Descripción de los factores de la personalidad en los grupos de hombres

Factores de personalidad	Punto de corte	Grupo C sin disfunción sexual	Grupo D con disfunción sexual	t	p
	X DE	X DE	X DE		
Masculinidad	4.74 ± 0.96	4.98 ± 0.81	4.51 ± 1.08	3.459	0.001**
Feminidad	4.74 ± 1.13	5.18 ± 0.87	4.75 ± 1.03	3.193	0.002**
Machismo	3.25 ± 0.88	3.11 ± 0.96	3.10 ± 0.98	0.093	0.926
Sumisión	2.79 ± 0.72	2.38 ± 0.73	2.66 ± 0.78	-2.568	0.001**
Autoestima	17 ± 5	20.33 ± 3.51	17.33 ± 5.1	4.824	0.000***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

Correlación entre las disfunciones sexuales y los factores psicológicos

Antecedentes sexuales en mujeres: en cuanto a las relaciones de cada una de las disfunciones sexuales femeninas y los antecedentes sexuales en que se había encontrado una significancia estadística con la prueba de la χ^2 , para su análisis se procedió a utilizar la prueba V de Cramer. Se encontró que en el deseo sexual hipoactivo y la experiencia sexual infantil traumática había una relación débil aunque significativa ($V = 0.190$; $p \leq 0.01$), así como con temores a la sexualidad ($V = 0.234$; $p \leq 0.01$) y con problemas conyugales ($V = 0.344$; $p \leq 0.001$), que fue la relación más fuerte en términos de significancia estadística. En cuanto al trastorno de la excitación se encontraron dos relaciones, con temores a la sexualidad ($V = 0.221$; $p \leq 0.01$) y con problemas conyugales ($V = 0.435$; $p \leq 0.001$). Para el trastorno del

orgasmo las relaciones observadas fueron con información sexual ($V = 0.163$; $p \leq 0.05$), temores a la sexualidad ($V = 0.227$; $p \leq 0.01$) y problemas conyugales ($V = 0.367$; $p \leq 0.001$). Dispareunia se relacionó con temores a la sexualidad ($V = 0.181$; $p \leq 0.05$) y con problemas conyugales ($V = 0.342$; $p \leq 0.001$). Finalmente, vaginismo hizo lo propio con información sexual ($V = 0.210$; $p \leq 0.05$), temores a la sexualidad ($V = 0.298$; $p \leq 0.01$) y problemas conyugales ($V = 0.196$; $p \leq 0.05$).

Cuadro 5. *Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales femeninas*

Antecedentes sexuales	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo	Dispareunia	Vaginismo
Experiencia sexual infantil traumática	0.190**				0.210*
Información sexual			0.163*		
Temores a la sexualidad	0.234**	0.221**	0.227**	0.181*	0.298**
Masturbación					
Problemas conyugales	0.344***	0.435***	0.367***	0.342***	0.196*
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.					

Antecedentes sexuales en hombres: en primer término se encontró que en deseo sexual hipoactivo y masturbación había una relación que, aunque significativa, fue débil ($V = 0.155$; $p \leq 0.05$), así como con problemas conyugales ($V = 0.267$; $p \leq 0.01$), que fue la más fuerte de las dos. En cuanto al trastorno de la erección, se relacionó con experiencia sexual infantil traumática ($V = 0.215$; $p \leq 0.01$), temores a la sexualidad ($V = 0.237$; $p \leq 0.01$) y problemas conyugales ($V = 0.251$; $p \leq 0.01$). El trastorno del orgasmo también se relacionó con los factores experiencia sexual infantil traumática ($V = 0.333$; $p \leq 0.001$), masturbación ($V = 0.209$; $p \leq 0.05$) y problemas conyugales ($V = 0.435$; $p \leq 0.001$). Eyaculación precoz y experiencia sexual infantil traumática obtuvieron una relación positiva ($V = 0.216$; $p \leq 0.01$), así como de la primera con problemas conyugales ($V = 0.313$; $p \leq 0.001$).

Factores psicológicos en mujeres: en estos resultados, para los cuales se utilizó la correlación producto-momento de Pearson (r), se obtuvieron correlaciones significativas tanto positivas como negativas. Se encontró una relación positiva entre las mujeres con deseo sexual hipoactivo y las características de sumisión ($r = 0.321$; $p \leq 0.001$), así como negativas con masculinidad ($r = -0.171$; $p \leq 0.05$) y autoestima

Cuadro 6. *Relación entre los antecedentes sexuales y cada una de las disfunciones sexuales masculinas*

Antecedentes sexuales	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la erección	Trastorno del orgasmo	Eyacuación precoz
Experiencia sexual infantil traumática		0.215**	0.333***	0.216**
Información sexual				
Temores a la sexualidad		0.237**		
Masturbación	0.155*		0.209*	
Problemas conyugales	0.267**	0.251**	0.435***	0.313***
* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.				

($r = -0.439$; $p \leq 0.001$), en el sentido de que al incrementarse las características de sumisión, decrecieron las de masculinidad y autoestima. En cuanto al trastorno de la excitación, se observa una doble relación positiva con machismo ($r = 0.318$; $p \leq 0.001$) y con sumisión ($r = 0.327$; $p \leq 0.001$), pero negativa con los niveles de autoestima ($r = -0.411$; $p \leq 0.001$), es decir que se incrementan las características de las primeras, pero decrecen las de autoestima.

En trastorno del orgasmo se encontró una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.275$; $p \leq 0.01$) y negativa con las de masculinidad ($r = -0.264$; $p \leq 0.01$) y los niveles de autoestima ($r = -0.403$; $p \leq 0.001$), lo que significa que se incrementan las características de sumisión y decrecen las de masculinidad y autoestima. Por lo que hace a la dispareunia, se encontró una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.342$; $p \leq 0.001$) y negativa tanto con las características de masculinidad ($r = -0.205$; $p \leq 0.05$) como con los niveles de autoestima ($r = -0.417$; $p \leq 0.001$), lo cual significa que se incrementan las características de sumisión y decrecen las de masculinidad y autoestima. En vaginismo se encontró una relación positiva con sumisión ($r = 0.330$; $p \leq 0.001$) y negativa con los niveles de autoestima ($r = -0.267$; $p \leq 0.01$), en el sentido de que se incrementan las características de sumisión y decrecen las de autoestima. En síntesis, es interesante hacer notar que en todas las disfunciones sexuales femeninas está presente la relación positiva con las características de sumisión y la opuesta con los niveles de autoestima.

Factores psicológicos en hombres: aquí se observa que en los hombres con deseo sexual hipoactivo hay una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.177$; $p \leq 0.01$) y negativas con las características de masculinidad ($r = -0.231$;

Cuadro 7. *Correlaciones entre los factores de personalidad y cada una de las disfunciones sexuales femeninas*

Factores de personalidad	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la excitación	Trastorno del orgasmo	Dispareunia	Vaginismo
Masculinidad	-0.171*		-0.264**	-0.205*	
Feminidad					
Machismo		0.318***			
Sumisión	0.321***	0.327***	0.275**	0.342***	0.330***
Autoestima	-0.439***	-0.411***	-0.403***	-0.417***	-0.267**

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

$p \leq 0.01$), de feminidad ($r = -0.25$; $p \leq 0.01$) y con los niveles de autoestima ($r = -0.361$; $p \leq 0.001$); luego entonces, se incrementan las características de sumisión y decrecen las tres últimas. En el trastorno de la erección se encontró una relación positiva con las características de sumisión ($r = 0.198$; $p \leq 0.05$) y negativas con las características de masculinidad ($r = -0.221$; $p \leq 0.05$), de feminidad ($r = -0.183$; $p \leq 0.05$) y los niveles de autoestima ($r = -0.363$; $p \leq 0.001$), en el mismo sentido que el trastorno anterior.

En el caso del trastorno del orgasmo se encontró una relación negativa con las características de feminidad ($r = -0.235$; $p \leq 0.05$) y con los niveles de autoestima ($r = -0.369$; $p \leq 0.001$), lo cual sugiere que decrecen las características de feminidad y autoestima. En eyaculación precoz se observó una relación negativa con las características de masculinidad ($r = -0.312$; $p \leq 0.001$), de feminidad ($r = -0.261$; $p \leq 0.01$) y con los niveles de autoestima ($r = -0.391$; $p \leq 0.001$), lo que significa que decrecen las características de los tres factores.

Después de realizar los análisis correspondientes se encontraron relaciones significativas con algunos de los indicadores estudiados y con diferente combinación en cada disfunción sexual, lo que permitió la construcción de los perfiles finales

Cuadro 8. *Correlaciones entre los factores de personalidad y cada una de las disfunciones sexuales masculinas*

Factores de la personalidad	Deseo sexual hipoactivo	Trastorno de la erección	Trastorno del orgasmo	Eyaculación precoz
Masculinidad	-0.231**	-0.221*		-0.312***
Femineidad	-0.257**	-0.183*	-0.235*	-0.261**
Machismo				
Sumisión	0.177*	0.198*		
Autoestima	-0.361***	-0.363***	-0.369***	-0.391***

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$.

que se describen gráficamente en las (figuras 1 a 9). Allí se describen los factores intervinientes más importantes para los principales trastornos sexuales, tanto en la muestra de mujeres como en la de hombres:

Figura 1. Factores intervinientes en el deseo sexual hipoactivo en mujeres (correctamente clasificada el 75% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

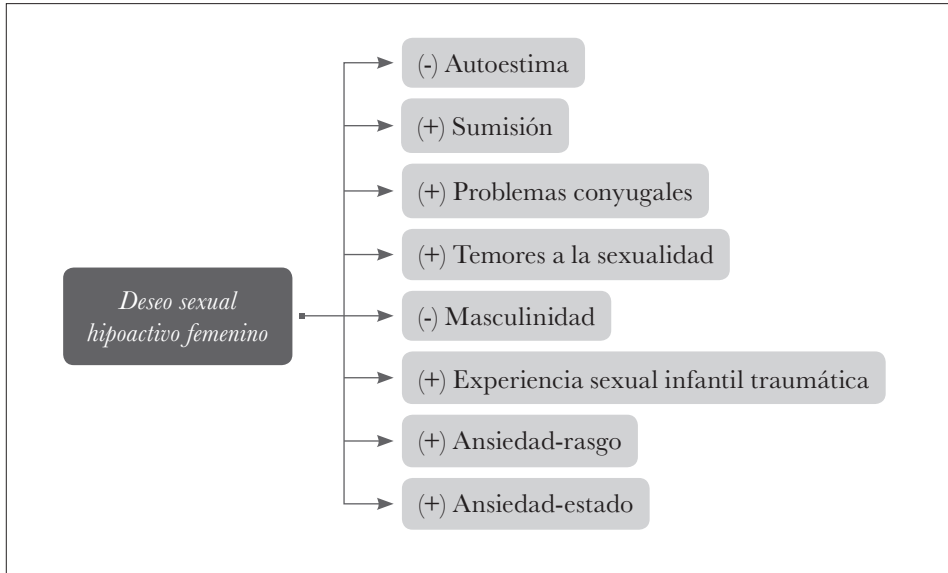


Figura 2. Factores intervinientes en el trastorno de la excitación en mujeres (correctamente clasificada el 82.9% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

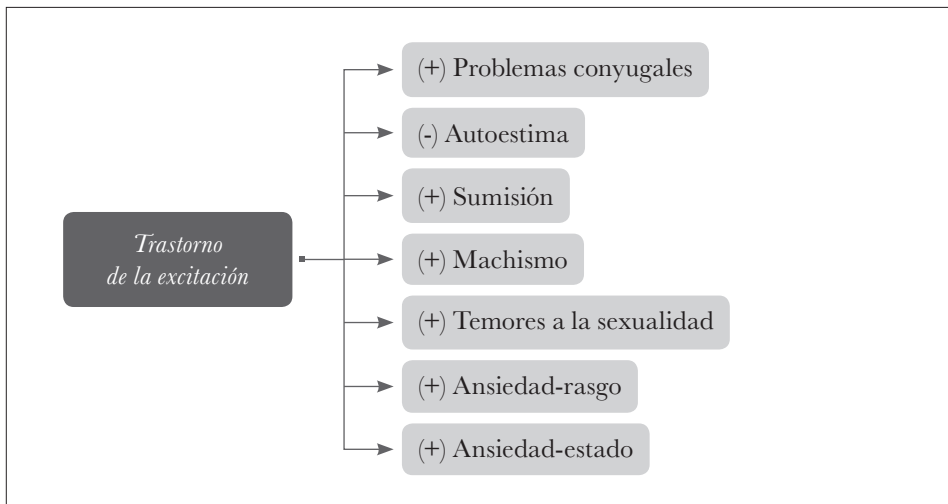


Figura 3. Factores intervinientes en el trastorno del orgasmo en mujeres (correctamente clasificada el 71.7% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

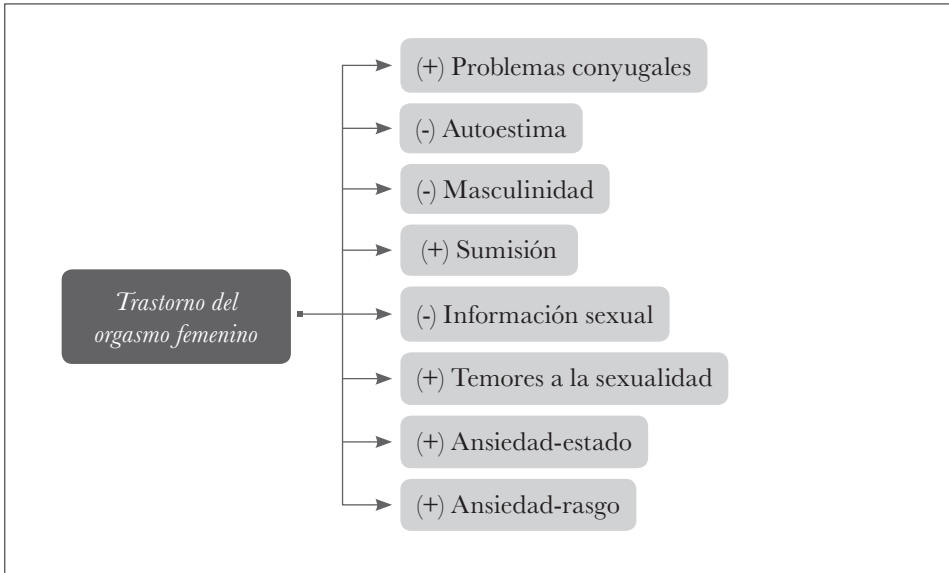


Figura 4. Factores intervinientes en la dispareunia (correctamente clasificada el 75.9% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

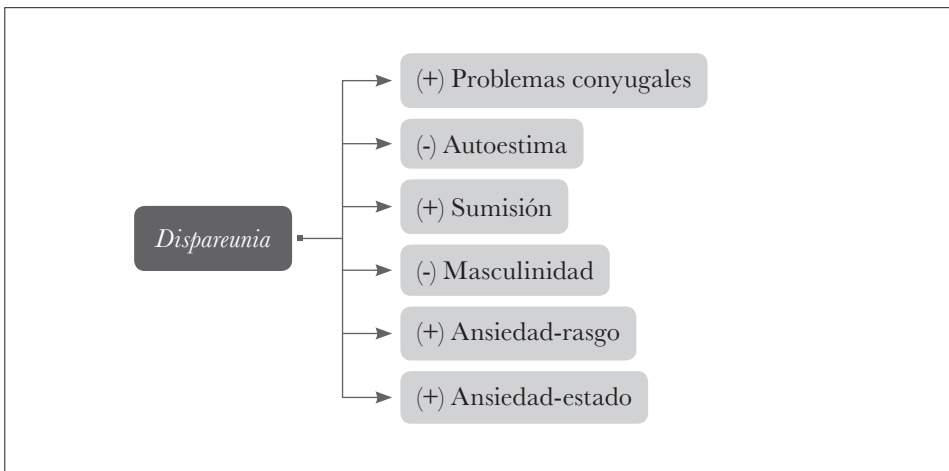


Figura 5. Factores intervinientes en vaginismo (correctamente clasificada el 84.1% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

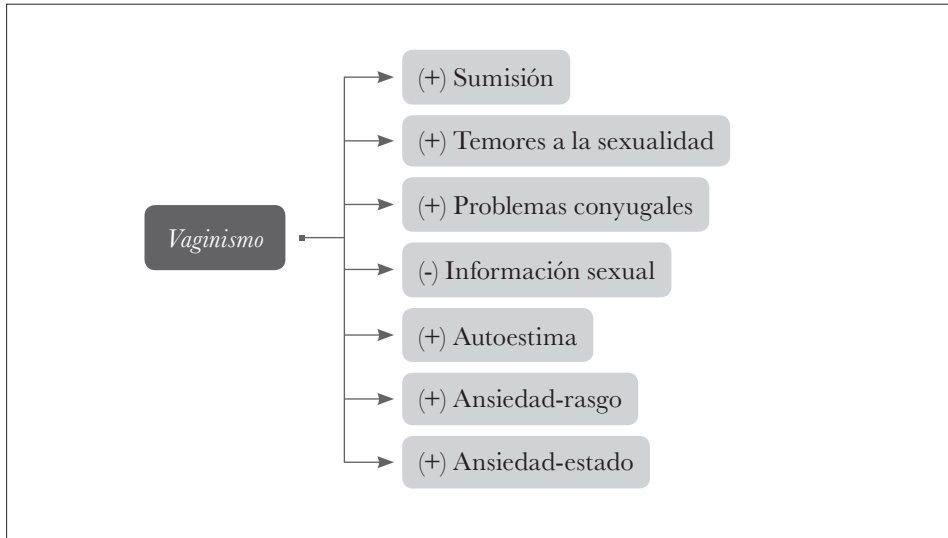


Figura 6. Factores intervinientes en deseo sexual hipoactivo en hombres (correctamente clasificada el 68.6% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

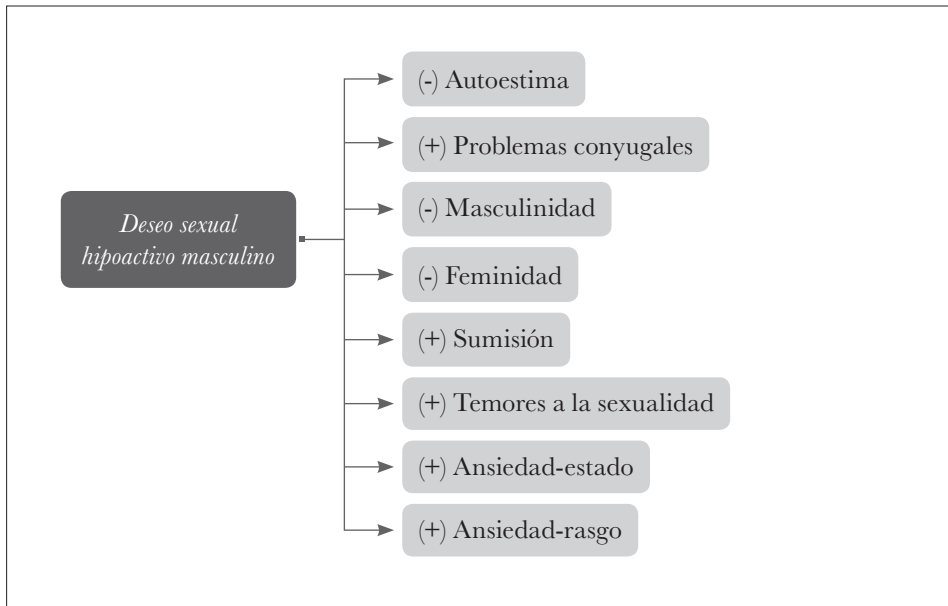


Figura 7. Factores intervinientes en el trastorno de la erección en hombres (correctamente clasificada el 66.7% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

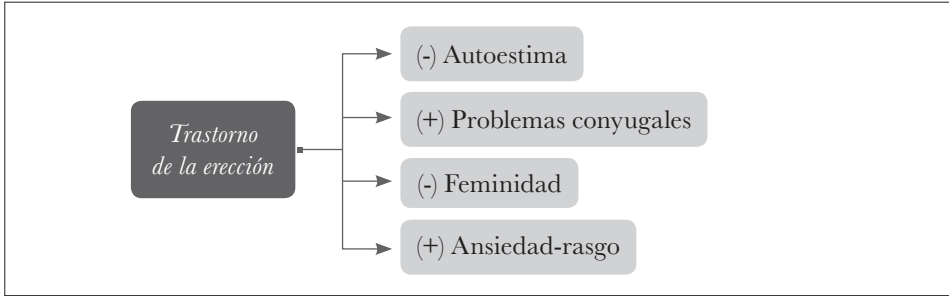


Figura 8. Factores intervinientes en el trastorno del orgasmo en hombres (correctamente clasificada el 83.1% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)

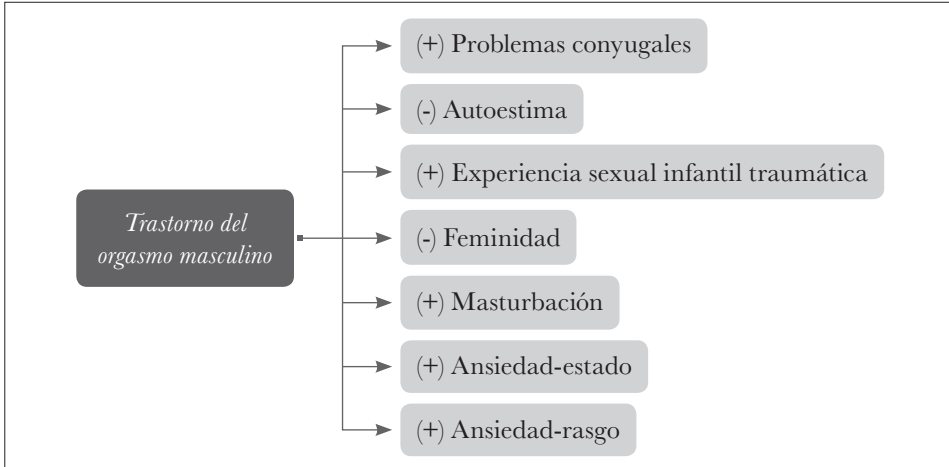
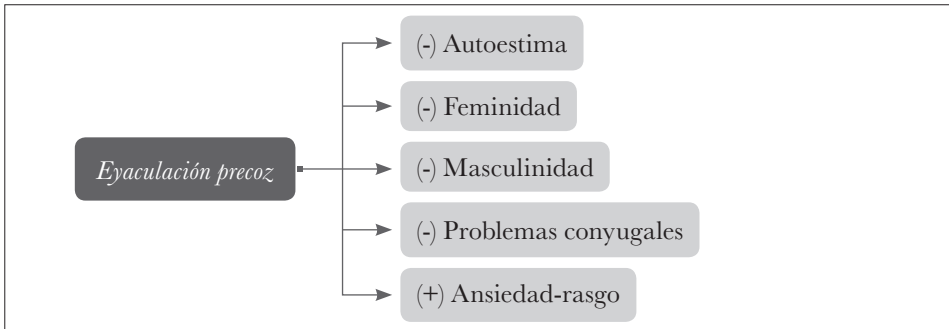


Figura 9. Factores intervinientes en la eyaculación precoz (correctamente clasificada el 69.4% de la población estudiada. Indicadores que dan una aproximación explicativa)



Como se puede observar, hay indicadores que se presentan en todas las disfunciones sexuales, tanto en las femeninas como en las masculinas, que corresponden a la autoestima disminuida y a la presencia de problemas conyugales. De los demás factores, sólo la tendencia a la sumisión está presente en la mayoría, lo que nos da la especificidad y la direccionalidad esperada. Cabe señalar, asimismo, que hay algunos factores que sólo se relacionaron con dos disfunciones sexuales, como la experiencia sexual infantil traumática, que únicamente se asoció con el deseo sexual hipoactivo en las mujeres y con el trastorno del orgasmo en los hombres.¹

En cuanto al papel de género se observa una constante, en el sentido de que tanto la masculinidad como la feminidad se relacionaron negativamente con algunas disfunciones sexuales. Respecto de los polos patológicos que tienen que ver con la personalidad, es importante hacer notar que en los casos de la sumisión y la autoestima, el primero se relacionó siempre y de manera positiva con diferentes disfunciones sexuales en ambos grupos, aunque destacando que la autoestima lo hizo en un sentido opuesto con casi todas las disfunciones.

Estos indicadores ofrecen información puntual que nos permite sugerir una aproximación explicativa, de manera que el objetivo principal que debe perseguirse en estudios posteriores es el de generar estrategias de intervención con una mayor especificidad y basados en los resultados de la investigación clínica.

Resultados fase 2: análisis cualitativo

La interpretación cualitativa se realizó mediante el análisis de contenido, que es un enfoque convencional que prepara los datos cualitativos para un examen en términos de códigos y conteos de frecuencias. Es una manera de analizar la conducta de las personas a través de los mensajes que producen, con el material que proporcionaron las participantes y que fueron obtenidos por medio de las entrevistas a profundidad semiestructuradas. El análisis de contenido es uno de los procedimientos que más se acercan a los postulados cualitativos desde sus propósitos; busca examinar mensajes, identificar rasgos de personalidad, preocupaciones y otros aspectos subjetivos; la interpretación de los datos se realiza mediante la codificación, pues a través de ésta se detectan y se señalan los elementos relevantes del discurso verbal y no verbal, que es posible agrupar en distintas categorías. Constituye, pues, un procedimiento general por excelencia del análisis cualitativo (Álvarez-Gayou, 2003).

¹ Al respecto valdría la pena realizar una investigación con esa variable, pues el abuso sexual al menor tiene muchas vertientes y puede ser de grave a muy grave dependiendo de las circunstancias que están ligadas al problema, como la complicidad familiar o violencia añadida, fundamentalmente.

La estrategia metodológica del análisis de contenido requirió que los datos fueran examinados en tres fases: 1) se elaboró un sistema de categorización para la construcción de un texto de campo de donde surgieron las unidades de registro; 2) se preparó una categorización de las unidades de registro, de donde se generaron las distintas categorías y subcategorías, y 3) se elaboró una codificación especial para cada uno de los factores.

El sistema de categorización y su código correspondiente fue resultado de los objetivos planteados, basados en el marco teórico que sustenta este trabajo y que respetó en todo momento las dos normas básicas mencionadas por Ruíz-Olabuénaga (1996), que se refieren, primero, a que la codificación empieza siempre con un sistema abierto de categorías para acabar con un sistema cerrado de las mismas, y segundo, a que, a partir del texto de campo se elabora otro texto con base en las categorías y la codificación de su contenido.

Participantes

Fueron entrevistadas tres mujeres, una de las cuales no presentó ninguna disfunción sexual, una tuvo dispareunia y la última vaginismo. La elección de la participante sin disfunción sexual tuvo el propósito de diferenciar cuáles serían los indicadores que no compartían y que pudieran impactar el ejercicio de la sexualidad. Se utilizó la entrevista a profundidad semiestructurada y focalizada, elaborándose una guía temática basada en los objetivos específicos para la exploración de su sexualidad. La primera participante, Alfa, de 32 años de edad, con cinco años de casada y una escolaridad de nivel medio (secundaria), ingresó al Inper por embarazo, después de realizada la historia clínica en el Servicio de Psicología de la institución, de donde se desprendió que no presentaba ningún tipo de disfunción sexual. La segunda participante, Beta, de 36 años, tenía seis años de casada, y una escolaridad de nivel medio superior (preparatoria), quien acudió al Inper por no haber logrado embarazarse; fue remitida al Servicio de Psicología por referir problemas sexuales, por lo que al realizar su historia clínica se le diagnosticó vaginismo. La tercera participante, Gama, de 33 años de edad, vivía en unión libre, tenía problemas de separación y contaba con estudios de nivel universitario; acudió al Inper por esterilidad primaria y la remitieron al Servicio de Psicología por referir problemas de pareja asociados con otros de índole sexual; al realizar su historia clínica se le diagnosticó dispareunia y problemas conyugales.

Plan del análisis de la información

Atendiendo las sugerencias de Souza-Minayo (1995), el proceso que se siguió para el análisis y la posterior interpretación de la información recabada constó de tres pasos: 1) evidenciar las conexiones del binomio sin disfunción sexual/

con disfunción sexual, como resultado de condiciones pasadas y actuales, tanto internas como externas, en relación con el fenómeno; 2) encontrar en la anécdota estas conexiones, para elaborar las categorías que mostraran las relaciones esenciales de cada objetivo específico, y 3) finalmente, ubicar las conexiones esenciales con el objeto de estudio.

Obtención de datos

La sistematización de los datos se efectuó dividiendo las unidades de análisis por cada participante y las partes de los relatos más significativos de cada objetivo específico, con sus respectivas categorías, utilizando el proceso inductivo —partiendo de lo particular a lo general, según los requerimientos metodológicos. El proceso implicó el cumplimiento de cuatro tareas:

1. *Conceptualizar*, donde se ordenaron los datos por ideas y/o pensamientos, que fueron categorizados por unidades de análisis.
2. *Categorizar*, donde se reunieron ideas y/o pensamientos en grupos que las contenían, esquematizándose las unidades de análisis, creando un nombre para la categoría y la subcategoría con base en un criterio unificador y elaborando un mapa conceptual.
3. *Organizar*, donde se visualizó la forma como se estructuraba un todo, para conocer la organización lógica de las categorías.
4. *Estructurar*, donde se distribuyeron y ordenaron las partes en un todo, elaborándose un esquema en el que se incluyeron las categorías organizadas, considerando el número total de unidades de análisis, las frecuencias y los participantes que las aportaron.

Resultados de las categorías a partir de las unidades de análisis

En esta parte se expone el número de unidades de análisis, respetando las ideas que las participantes vertieron en cada objetivo, y descubriendo y nombrando las categorías y las subcategorías, para la construcción del texto de campo, detectadas a partir de éstas.

Organización de las categorías y las subcategorías asociadas con cada disfunción sexual y con la sexualidad normal

Lo anterior nos permitió conceptualizar el fenómeno en estudio, que en este caso correspondió al conjunto de factores relacionados con la presencia o no

Primer objetivo: identificar factores actuales que influyen en la presencia de disfunciones sexuales

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Imagen corporal y relación con el cuerpo	Autocuidado.	Rigidez.	Autocuidado, violencia al propio cuerpo, reconciliación con el cuerpo.
Relaciones sexuales	Comunicación sexual, expresión del deseo a la pareja, conducta sexual activa, identificación de necesidades.	Rigidez, frustración sexual.	Frustración sexual, sensación de incapacidad de regulación en su vida sexual, devaluación.
Temores a la sexualidad			Ante el deseo sexual, a la autoexploración.
Vida afectiva			Carencias afectivas; fragilidad, vulnerabilidad; inseguridad con su cuerpo; sentimiento de devastación.
Concepto de sí misma	Activa, autoafirmada; búsqueda de alternativas para la solución de problemas.		Devaluación, sensación de desventaja, sentimientos de inutilidad, fragilidad.
Relación de pareja	Comunicación marital eficaz	Pobreza en la comunicación; frustración, enojo, angustia; problemas reactivos a la frustración sexual.	Confusión, angustia, miedo al abandono por la propia incapacidad sexual, sometimiento.
Calidad en la vida sexual	Búsqueda de satisfactores sexuales.	Pobreza sexual.	Pobreza sexual, vergüenza sexual.

de disfunciones sexuales. Esta primera sistematización se realizó dividiendo las unidades de análisis en dos grupos de categorías y subcategorías; en el primero se incluyeron las categorías y las subcategorías de las dos participantes que presentaron disfunción sexual, mientras que en el segundo se contemplaron los de la participante que no presentó disfunción sexual (con la cual se invirtió la pregunta en el primer objetivo).

En relación con el primer objetivo, se describen para las participantes cómo se organizaron los factores asociados con su sexualidad normal.

Organización de los factores asociados con la sexualidad normal

Participante Alfa

1. *Imagen corporal y relación con el cuerpo*: autocuidado.
2. *Relaciones sexuales*: comunicación marital sexual; se detecta la importancia del bienestar sexual de los dos, la preocupación por enriquecer la vida sexual y evitar la frustración sexual a través de la comunicación, el reconocimiento y la expresión de las necesidades sexuales; hay deseos de complacer al otro y variantes sexuales para enriquecer la vida sexual.
3. *Problemas de pareja*: funcionalidad marital; manifestación de la importancia de la pareja en la vida personal, sus problemas, sus necesidades y sus preocupaciones; reconocimiento de un malestar ante situaciones difíciles y ubicación de los problemas.
4. *Actitud ante la sexualidad*: hay una mayor búsqueda de explicaciones que dan un mejor conocimiento de la sexualidad y de la vida en pareja; se detectan conductas instrumentales y se identifica la búsqueda de alternativas; hay apertura en la comunicación con la madre, ella como educadora de la madre, y búsqueda de información de las vivencias de la madre.
5. *Calidad en la vida sexual*: se encuentra una mayor riqueza en la vida sexual, con búsqueda de opciones para evitar la frustración.

Participantes Beta y Gama

1. *Imagen corporal y relación con el cuerpo*: presencia de violencia, desconocimiento, borramiento, hostilidad, falta de autocuidado; negación hacia el propio cuerpo, miedo ante el deseo sexual y vergüenza del cuerpo, lo que impide un adecuado desarrollo de la sexualidad, con la imposibilidad de tener un conocimiento y un dominio del propio cuerpo, por lo que la capacidad de desarrollar el placer es limitado; esto se manifiesta en dos disfunciones relacionadas con

el dolor, (vaginismo y dispareunia) donde hay deseo, pero éste desaparece por la rigidez ante la penetración. En el vaginismo hay negación y rigidez, lo que finalmente impide el coito, a diferencia de lo encontrado en la dispareunia, donde hay una mayor presencia del cuerpo pero con automaltrato, falta de autocuidado, sentimientos de hostilidad hacia la pareja y una imagen negativa del propio cuerpo.

2. *Relaciones sexuales*: incapacidad de regulación sexual; se detectaron límites difusos ante el manejo de la sexualidad, que tienen como consecuencia la polarización, la rigidez ante el desempeño sexual o la hipersexualidad en la búsqueda de satisfacción sexual, con fracasos repetidos, lo que lleva nuevamente a la rigidez, con incapacidad de sostener el placer hasta llegar a una resolución; en conjunto, favorece la insatisfacción y una sensación subjetiva de plenitud, de forma que el deseo y el placer iniciales se transforman en dolor, lo que deriva en enojo y frustración.
3. *Temores a la sexualidad*: se distinguen varios tipos de temores: miedo al fracaso, a la pérdida de control, a las sensaciones de deseo sexual, al desempeño sexual (por sentirse incapaz o en desventaja al tener una disfunción sexual); hay temores infantiles que se actualizan frente a la relación sexual, por considerar el placer como algo prohibido.
4. *Vida afectiva*: se detectan problemas de devaluación, tristeza y angustia; prevalece una autoimagen deteriorada y en desventaja frente a otras mujeres, con un pobre juicio de sí misma por la incapacidad sexual; búsqueda constante de aprobación, refugio en la fantasía, inseguridad ante el desempeño sexual y frente a la relación de pareja; miedo a la soledad, al abandono por sentirse incapaz de complacer plenamente al otro.
5. *Concepto de sí misma*: se relaciona fundamentalmente con su incapacidad sexual, que es asociada con sentimientos de devaluación y desventaja, lo que influye en su interacción con los demás.
6. *Problemas de pareja*: aquí se detecta miedo al abandono de la pareja por la propia incapacidad sexual, lo que provoca una sensación de desventaja que se compensa con el sometimiento hacia el otro para controlar la angustia de separación; esto trae consigo sentimientos de ambivalencia, provocando enojo, agresión pasiva, frustración y depresión; también hay pobreza en la comunicación por miedo a exponer los sentimientos y las necesidades; confusión entre demandas reales actuales y demandas infantiles, lo que repercute en un “borramiento” del otro y de sus necesidades; además, se detecta confusión en la ubicación de los conflictos (diferenciación de objeto), pérdida de control de impulsos, hostilidad hacia la pareja y sobreinterpretación de la conducta que percibe en torno de su incapacidad sexual.
7. *Actitud ante la sexualidad*: en esta categoría encontramos fundamentalmente ambivalencia, culpa sexual y angustia ante los propios deseos de placer por sentirse

incapaz de manejar la interacción con la pareja, con una sensación de pecado, incomodidad y miedo a la crítica.

8. *Calidad en la vida sexual*: pobreza en la vida sexual y falta de información, lo que da como resultado fracasos en el ejercicio de la vida sexual, fracasos que se presentan de manera persistente; esto empobrece la intimidad, convirtiéndola en monótona y frustrante, lo que provoca vergüenza por la propia incapacidad sexual.

Segundo objetivo: identificar factores que hayan influido en el desarrollo insatisfactorio de la sexualidad
Segundo objetivo: identificar factores que hayan influido en el desarrollo insatisfactorio de la sexualidad

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Relación con su cuerpo durante el desarrollo.		Anulación y vergüenza del cuerpo y de los genitales, desconocimiento del cuerpo.	Hostilidad al cuerpo, borramiento del cuerpo, episodios de anorexia, maltrato y miedo de su cuerpo.
Inicio de vida sexual.	Problemas sexuales, frustración sexual.	Problemas y frustración sexual, prohibiciones, evitación del placer, anulación del deseo.	Sexo satanizado, evitación del placer, prohibiciones, anulación del deseo, confusión de la identidad.
Concepto de sí misma durante el desarrollo.	Asertividad, reconocimiento de sus necesidades.	Inseguridad, aislamiento, encierro.	Sensación de fealdad, devaluación, inseguridad, búsqueda constante de aprobación.
Temores a la sexualidad durante el desarrollo.	Ante los cambios de su cuerpo.	Temor ante el deseo sexual, miedo a defraudar a los demás.	
Relación con el hombre.		Pobreza en las relaciones.	Pobreza en las relaciones, miedo al fracaso en la relación con el hombre; imagen del hombre: abusivo, poderoso.
Erotización temprana.			Abuso sexual, doble moral del adulto, prohibición sexual vs. erotización de los vínculos familiares.

Factores que influyeron en el desarrollo y que predisponen su vida sexual actual

Participante Alfa

1. *Relación con su cuerpo durante el desarrollo:* autocuidado del cuerpo; hay conciencia de la importancia y la necesidad de cuidar el cuerpo, lo que habla de una adecuada autoestima y una preocupación por la búsqueda de información sexual.
2. *Inicio de la vida sexual:* fracasos en las primeras incursiones de la práctica sexual, pero con una búsqueda de soluciones para evitar la frustración; características del papel de género que tienen que ver con la acción ante la frustración: búsqueda de alternativas, asertividad, con cambios en el estilo de comportamiento después de los fracasos; identificación de los problemas y búsqueda de soluciones, lo que se refleja en la vida sexual y de pareja.
3. *Relación con el hombre:* se observa mayor interacción en las relaciones con los hombres y búsqueda de opciones para la solución de problemas.

Participantes Beta y Gama

1. *Relación con su cuerpo durante el desarrollo:* pobre aceptación de su feminidad; confusión entre el rechazo a la actitud sumisa de la madre y el rechazo a la actitud agresiva e impositiva del padre, tomando elementos de los dos y escondiéndose tras la anulación de su feminidad, por medio de mostrarse fea, con conductas autolesivas como trastornos de la alimentación (crisis de anorexia), anulación de toda posibilidad de vivencias placenteras, y actitudes agresivas hacia los demás (huraña, arisca y aislada, como una defensa para no socializar, pues la intimidad les provoca angustia). Hubo hostilidad y maltrato al cuerpo durante el desarrollo sexual, cuando el deseo se anuló para neutralizar la ambivalencia entre sentir placer y la prohibición; prevalecen fantasías de autodestrucción y pobre autocuidado.
2. *Inicio de la vida sexual:* pobreza en el desarrollo de la sexualidad; se observa una nula o inadecuada educación sexual; el sexo es satanizado, pues no hubo una adecuada enseñanza sobre los cambios que trae consigo el desarrollo sexual; manejo inadecuado del ámbito sexual debido a las prohibiciones y una atmósfera represiva y rígida.
3. *Concepto de sí misma durante el desarrollo:* el concepto de sí misma está ligado a las vivencias afectivas tempranas, las cuales se actualizan durante el desarrollo sexual, con sensación de fealdad y devaluación, además de que su autoestima depende de la aprobación de los demás.

Tercer objetivo: identificar elementos de la percepción del participante de la vida sexual de los padres y que pudieron influir en el desarrollo de la sexualidad

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Vida sexual de los padres	Madre utilizada, insatisfecha.	Padre frío y distante, sexualidad escondida.	Madre utilizada, insatisfecha, violentada.
Imagen materna	Madre sumisa, objeto sexual.		Madre sumisa, objeto sexual, débil, sin poder, temerosa, devaluada, resignada; falta de cuidado en la infancia.
Imagen paterna	Padre macho y poderoso.	Distante, frío e inalcanzable.	Padre macho y poderoso, con problemas psicológicos, irracional, odiado, abusivo, violento.
Percepción de los padres	Rígidos y sin expresiones de afecto entre sí; establecimiento de la comunicación con ellos, flexibilidad.	Rígidos y sin expresiones de afecto entre sí; pobreza en la comunicación.	Rígidos y sin expresiones de afecto entre sí.

4. *Temores a la sexualidad durante el desarrollo*: se presentan temores ante la aparición del deseo sexual; miedo a explorar y a mostrar su cuerpo, a los cambios y a la sexualización de su cuerpo durante el desarrollo.
5. *Relación con el hombre*: los hombres son satanizados; tiene miedo al hombre y a la interacción con él; evita todo tipo de relación con el sexo masculino.
6. *Erotización temprana*: se encuentran dos polos opuestos: entre la prohibición y la anulación de la sexualidad y la erotización de los vínculos familiares; también hay una doble moral familiar, que puede propiciar el abuso sexual y que se traduce en conductas rígidas y temerosas, o en hipersexualidad; se presenta sólo con la negación y anulación de la sexualidad, lo que genera rigidez.

Percepción de la vida sexual de los padres que impactaron el desarrollo de su propia sexualidad

Participante Alfa

1. *Vida afectiva de los padres:* percepción de una nula expresión de la afectividad entre ellos.
2. *Imagen materna:* la imagen materna es predominantemente de sumisión y debilidad, negada al placer, temerosa ante la autoridad del hombre, pero con una apertura hacia el diálogo sin ser mediado por el padre. La hija se convierte paulatinamente en educadora de la madre; hay comunicación sobre la vida sexual de ambas.
3. *Imagen paterna:* en la percepción del padre predomina la imagen de un padre poderoso y autoritario, sin apertura al diálogo.
4. *Percepción de los padres:* percibe estereotipos de género polarizados en las figuras paternas: madre sumisa, ignorante, objeto sexual; padre poderoso, inflexible.

Participantes Beta y Gama

1. *Vida afectiva de los padres:* percepción de una comunicación pobre, indiferencia y violencia, descuido de la familia, negación de la sexualidad, angustia e ignorancia ante los cambios de los hijos en el desarrollo, culpa sexual; el ambiente familiar se polariza entre la represión y la sexualidad agresiva; incoherencia en los mensajes y simulación ante los demás.
2. *Imagen materna:* la imagen materna es predominantemente sumisa y débil, proclive al maltrato, negada al placer, temerosa ante la autoridad del hombre y con poco cuidado hacia las necesidades y el cuidado de los hijos.
3. *Imagen paterna:* en la percepción del padre predomina la imagen de un padre frío, distante afectivamente, cuyos acercamientos están condicionados a la obediencia; hay violencia en varias modalidades, castigos y prohibiciones.
4. *Percepción de los padres:* se percibe como una relación asimétrica, insatisfactoria, sin expresiones afectivas.

Cuarto objetivo: Identificar factores que en el manejo sexual que le dio su familia, impactaron su vida sexual

Categorías	Mujer sin disfunción sexual	Mujer con vaginismo	Mujer con dispareunia
	Alfa	Beta	Gama
Vida afectiva		Niñez feliz, adolescencia infeliz.	Con represión, con soledad, con pobreza afectiva.
Esteretipos de género	Polarización en los papeles de género, hombre negativo, mujer ignorante.	Hombre libre y macho.	Hombre libre y macho, mujer sumisa y restringida.
Ambiente sexual en la familia	Pobre comunicación sexual.	Pobre comunicación sexual, represivo hacia la sexualidad femenina, permisivo en relación con la sexualidad masculina.	Pobre comunicación sexual, erotizado, violentado, simulado; abuso sexual, incoherencia.
Socialización		Pobre socialización, encierro.	Pobre socialización, encierro.
Actitud familiar frente a la sexualidad	Prohibiciones en lugar de educación.	Prohibiciones en lugar de educación, negación de la sexualidad.	
Educación sexual	Búsqueda de educación e información sexual; pobre, nula o irracional información sexual.	Pobre, nula o irracional información sexual.	Pobre, nula o irracional información sexual.

Factores que, por el manejo de la sexualidad en la familia, impactaron su vida sexual

Participante Alfa

1. *Esteretipos de género*: polarización en los papeles de género de las figuras paternas.
2. *Actitud familiar frente a la sexualidad*: prohibiciones en lugar de educación.
3. *Educación sexual*: la educación sexual familiar es pobre; hay iniciativa de búsqueda de educación sexual.

Participante Beta y Gama

1. *Vida afectiva*: carencias afectivas; el afecto está condicionado a la obediencia del padre; hay maltrato, indiferencia, descuido, pobre comunicación y pobre flujo de los afectos.
2. *Estereotipos de género*: polarización en los papeles de género de las figuras paternas. Madre: sumisa, restringida, maltratada, temerosa, utilizada como objeto sexual, encerrada, ignorante, con baja autoestima, débil. Padre: macho, irracional, libre, odiado, distante, frío, inalcanzable, abusivo, poderoso en el hogar, sumiso ante los demás.
3. *Ambiente sexual en la familia*: predominio de dos formas de manejo de la sexualidad; familia con una doble moral: vínculos erotizados con los hijos, por un lado, y actitudes y discurso represivo, por el otro; es una relación que se establece de manera cotidiana, en un ambiente represivo hacia las manifestaciones sexuales a partir de la adolescencia, que se traduce en una infancia feliz y una adolescencia infeliz.
4. *Socialización*: pobreza en el aprendizaje a través de la interacción social; anulación de los deseos.
5. *Actitud familiar frente a la sexualidad*: la angustia familiar ante los cambios en el desarrollo sexual de los hijos lleva a los padres a tener pocos recursos para dar una educación sexual adecuada; repertorio conductual muy limitado que se traduce en represión sexual, prohibiciones, sobreprotección y rechazo, y temor al qué dirán.
6. *Educación sexual*: no hay educación sexual; existe incoherencia entre las sensaciones propias y las actitudes de la familia. En estas actitudes hay una carga reprobatoria y satanizada hacia las expresiones, las necesidades y los cambios en la sexualidad.

Discusión

Los resultados presentados en las dos fases de esta investigación permitieron aislar algunos indicadores, así como incursionar en una aproximación exploratoria al objeto de estudio. De los factores relacionados y de las combinaciones encontradas hay que señalar que existen factores que están presentes en todas las disfunciones sexuales, como la baja autoestima y los problemas conyugales; sin embargo, hay otros que sólo se relacionaron con algunas disfunciones sexuales, lo que nos acerca a la especificidad buscada, en el entendido de que se consideran indicadores.

Ya autores como Masters, Johnson y Kolodny (1995), y Kaplan (1990), habían incursionado con éxito al identificar las causas que generan las disfunciones sexuales, para lo cual realizaron análisis de dos fuentes principales de causalidad:

las distales y las inmediatas, refiriendo que la psiquiatría antes sólo se ocupaba de las primeras, ignorando las barreras inmediatas. Posteriormente hubo un auge de las terapias sexuales que sólo se ocuparon de los problemas recientes, ignorando las causas distales. Por lo tanto, la propuesta de Kaplan se centró en conceptualizar la etiología de las disfunciones sexuales como fenómenos que se deben tanto a causas distales como recientes, por lo que la intervención debe tomar en cuenta ambos niveles. Este estudio y los resultados previamente descritos vienen a corroborar lo expuesto arriba, pues en el manejo de parejas con disfunciones sexuales fue posible identificar que cuando los miembros de dichas parejas, sea de manera individual o sea, en la construcción de la pareja tienen problemas, la terapia sexual no funciona; por eso se deben planear tratamientos combinados para que paralelamente a la terapia sexual tengan la atención psicoterapéutica adecuada.

Un elemento importante que se identificó aquí es la inseguridad, ligada con los temores, los cuales están presentes en las disfunciones sexuales femeninas —exceptuando la dispareunia—, a diferencia de su presencia en las disfunciones sexuales masculinas donde únicamente está presente en el deseo sexual hipoaactivo. También se coincide con los autores mencionados en que la falta de información sexual puede influir en el desempeño sexual de la pareja, factor que se relacionó con el trastorno orgásmico femenino y con vaginismo, al contrario de los hombres, en quienes no se relacionó con ninguna disfunción sexual. Llama la atención, en el trastorno orgásmico masculino, la relación positiva con el ejercicio de la masturbación, cuya interpretación nos permite inferir que esta práctica no es de calidad, ni favorece la exploración y el conocimiento del propio cuerpo; antes bien es una práctica precipitada que cumple con la función de cubrir una necesidad cargada de emociones que pueden ser desagradables, como ansiedad o culpa, lo cual condiciona un ejercicio sexual de mala calidad.

De las causas remotas, Kaplan (1990) refería ya la importancia de resolver este tipo de conflictos, muchos de los cuales se deben a influencias culturales que predisponen el conflicto sexual, pues la sexualidad es confinada al terreno de la confusión y la represión, repitiéndose de generación en generación por la institución familiar, sin considerar que en el núcleo del conflicto está la contradicción entre los deseos sexuales y los temores al castigo divino, social o familiar. Justamente por eso los antiguos temores, adquiridos durante la infancia o la adolescencia, se reactivan ante cualquier expresión sexual en la edad adulta, pues la díada inmoralidad-sexualidad es algo profundamente arraigado en culturas como la nuestra, y al obstaculizar el deseo sexual éste se desplaza y se manifiesta en conductas destructivas o en ansiedad. Las experiencias infantiles son decisivas para un funcionamiento sexual adecuado en la edad adulta. El pobre desarrollo en la infancia de la capacidad para relacionarse con los demás, el miedo al rechazo, la desconfianza, la inseguridad y la baja autoestima, son todos elementos críticos que influyen e impactan la sexualidad adulta, pues la intimidad les resulta

amenazante. Otros sentimientos capaces de condicionar la respuesta sexual son la culpa y la depresión, aunque resulta difícil establecer si estos sentimientos estaban presentes antes de la disfunción sexual o fue ésta la que los provocó.

Otra aportación medular en este estudio es el reconocimiento de los vínculos entre las disfunciones sexuales y los problemas conyugales, lo cual se considera una aportación importante en la búsqueda de algunas etiologías de las dificultades sexuales. Estos problemas pueden manifestarse en distintos ámbitos de la relación afectando el ejercicio de la sexualidad; por eso debe darse un tratamiento integral para atender y resolver satisfactoriamente ambos, pues limitarse a ofrecer terapia sexual como una primera intervención eventualmente podría ser contraproducente. Sin embargo, hay que tener presente que no siempre los problemas conyugales se asocian con disfunciones sexuales.

Algunos sucesos que influyen enormemente la vida sexual de las personas tienen que ver con las experiencias infantiles sexuales traumáticas, pues, como describen Masters *et al.* (1995), las mismas desempeñan un papel importante en la causa de las disfunciones sexuales; sin embargo, en este estudio ese factor sólo se asoció con el deseo sexual hipoactivo en las mujeres y con el trastorno orgásmico en los hombres, aun cuando cabría la posibilidad de sugerir que el abuso sexual sí predispone, en algunos casos, el desarrollo de una disfunción sexual, debido a una carga emocional muy intensa que hay que explorar y abordar. Cabe señalar que de las disfunciones con más factores de riesgo asociados encontramos, tanto en las mujeres como en los hombres, el deseo sexual hipoactivo y el trastorno del orgasmo.

Conclusiones y recomendaciones

La finalidad de este estudio fue aportar elementos que en otros momentos y en otras circunstancias nos permitan una mayor especificidad en los planes de tratamiento de las disfunciones sexuales en mujeres y hombres que acuden al Inper. Como se mencionó antes, previamente al diseño de programas de intervención es requisito fundamental explorar a fondo y de manera sistemática qué factores de la vida más distal y mediata, o más cercana e inmediata, se constituyen en facilitadores de diferentes disfunciones sexuales.

Aquí, ampliando la experiencia que nuestro equipo de investigación ha venido acumulando con el paso de los años, fue posible dar cuenta de algunos de esos factores y de cómo influyen en la vida sexual de un grupo de mujeres y hombres que acuden al Inper. Los datos recabados, su análisis y su interpretación a la luz de dos recursos metodológicos alternativos, aunque complementarios, no hacen sino avalar el supuesto de que el diseño, instrumentación y evaluación de cualquier programa de intervención debe distinguirse por su especificidad (Sánchez, 2007). Esto último resulta entendible si se considera, por un lado, la alta prevalencia de disfunciones

sexuales en hombres y mujeres que acuden al Servicio de Psicología en el Inper, así como el hecho de que se trata de una problemática multifactorial y multideterminada: diversos factores que forman parte del mundo psicológico de la persona y que necesariamente influyen en la construcción de sus vínculos, sobre todo los que implican un mayor compromiso afectivo, o sea, los de pareja y de parentalidad.

Estos factores son producto no sólo de la vida actual, sino que se van incorporando a lo largo de la vida relacional y pasan a formar parte del aparato psicológico de la persona; destaca el modelo de relación establecido por los padres, que en muchos casos resulta insatisfactorio y limitante, sobre todo para el desarrollo sexual de la mujer. En esa misma dirección no se puede pasar por alto la actual crisis del tradicional modelo de pareja, que siendo justificado por su propia rigidez ofrece una realidad que se muestra fragmentada y llena de contradicciones. La mayor de ellas se nos presenta en un mundo sexualizado (producto de la globalización) y en una intimidad insatisfactoria, lo que lleva a reflexionar sobre si realmente hay un avance claro o se trata simplemente de una época de transición. Para obtener resultados favorables es necesario entender todos los elementos que están en juego, tomando como punto de partida, para los profesionales de la salud psicológica el mundo interno del individuo, la construcción de la pareja y los vínculos parentales.

Referencias

- Álvarez-Gayou, J. L. (2003), *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*, México, Paidós Educador.
- American Psychiatric Association (2002), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*, Madrid, Masson.
- Coopersmith, S. (1967), "A Method for Determining Types of Self-esteem", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, pp. 87-94.
- Kaplan, H. (1990), *La nueva terapia sexual*, México; Alianza Editorial.
- Lara, C. A. (1993), *Inventario de masculinidad y feminidad*, México, El Manual Moderno.
- Lara, C. A., M. A. Verduzco, M. Acevedo y J. Cortés (1993), "Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana", *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25, pp. 247-255.
- Masters, H. W., E. V. Johnson y C. Kolodny (1995), *La sexualidad humana*, Barcelona, Grijalbo.
- Morales, F., D. Pimentel y C. Aranda (1998), "Sexualidad en pacientes con cáncer ginecológico", *Perinatología y Reproducción Humana*, 12, pp. 17-18.

-
- Pichón-Riviere, E. (1957), "Aplicaciones de la psicoterapia de grupo", *Revista de Psicoanálisis*, 13, pp. 367-371.
- Rubio, A. E. y M. J. Díaz (1994), "Las disfunciones sexuales", en Consejo Nacional de Población (ed.), *Antología de la sexualidad humana*, tomo 3, México, Miguel Ángel Porrúa, pp. 17-46.
- Ruíz-Olabuénaga, J. I. (1996), *Metodología de la investigación cualitativa*, España, Universidad de Deusto.
- Sánchez, C. (2007), "Perfiles y factores explicativos de las disfunciones sexuales", tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , M. J. Carreño y R. S. Martínez (2005), "Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la ciudad de México", *Salud Mental*, 28, pp. 74-80.
- Souza-Minayo, M. C. (1995), *Etapas del trabajo de campo. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*, Buenos Aires, Paidós.
- Souza, M., J. Cárdenas, M. C. Montero e I. Mendoza (1987), "Historia clínica de la sexualidad femenina", *Ginecología y Obstetricia de México*, 55, pp. 277-287.

SECCIÓN II

6. ADHESIÓN EN PERSONAS CON VIH-SIDA: ROL DE LA TOLERANCIA A LA AMBIGÜEDAD, LOS MOTIVOS Y EL DESEMPEÑO COMPETENCIAL

José Luis Ybarra Sagarduy
*Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano
Universidad Autónoma de Tamaulipas*

Ismael García-Cedillo
*Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de San Luis Potosí*

Julio Alfonso Piña López
*Programa de Salud Institucional
Universidad de Sonora*

Epidemiología del VIH-sida en México

Según el Centro Nacional del SIDA (CENSIDA), hasta junio de 2012 se habían notificado 157 529 casos de sida a lo largo y ancho del país, estimándose que poco más de 179 mil personas podrían estar viviendo con el VIH o el sida (CENSIDA, 2012). Desde el inicio de la epidemia y hasta el día de hoy las principales entidades que concentran el mayor número de casos son el Distrito Federal y los estados de México, Veracruz, Jalisco y Puebla. Asimismo, la distribución de los casos de sida en función del género era en ese entonces de 129 366 hombres (82.1%) y 28 163 mujeres (17.9%), si bien hay que hacer notar que a partir de 2005 se viene observando un creciente número de casos en este último sector de la población. Por otro lado, la epidemia del sida en nuestro país por grupos de edad se concentra básicamente en aquellos cuyas edades oscilan entre 20 y 49 años, siendo más elevada la cantidad de casos en los subgrupos que van de 25 a 29 y de 30 a 34 años: 28 298 (18%) y 30 887 (19.6%) casos, respectivamente (CENSIDA, 2012). Finalmente, según el propio CENSIDA, hasta ese mismo año habían fallecido 88 893 personas diagnosticadas con sida, así como 18 de los casos registrados como seropositivos al VIH. En conjunto, representan 44.6% de los casos de VIH/sida debidamente registrados y notificados (cuadro 1).

Cuadro 1. *Defunciones por sida en México en el periodo 2000-2011*

Año	Número de defunciones	Tasa
2000	4 219	4.2
2001	4 324	4.2
2002	4 479	4.3
2003	4 615	4.4
2004	4 723	4.5
2005	4 654	4.5
2006	4 949	4.7
2007	5 099	4.8
2008	5 189	4.9
2009	4 987	4.6
2010	4 860	4.5
2011	4 727	4.3
Por cada 100 mil habitantes.		
Fuente: 2000-2010 (INEGI, 2011): información preliminar del SEED/DEG/SS.		

Lo que resulta particularmente interesante, dados los propósitos que se persiguen en este trabajo, es la cantidad de defunciones que se han registrado en el país desde principios de la pasada década, en particular si se tiene en cuenta que desde el año 2000 ya se disponía, en buena parte de las instituciones de salud, de los medicamentos antirretrovirales (Calva y Vargas, 2009). Tal como se puede observar en este cuadro, salvo ligeros repuntes en la cantidad de defunciones acaecidas entre 2006 y 2010, las variaciones en sus correspondientes tasas son mínimas.

El problema de la adhesión a los tratamientos

El de adhesión a los tratamientos en personas con VIH o sida (PCVS) se ha venido a constituir en un serio problema para las autoridades sanitarias de todos los niveles que, sin embargo, adquiere todavía mayor relevancia en países cuyas instituciones de salud se caracterizan por no contar con los recursos humanos y/o económicos que garanticen el cabal cumplimiento de distintas acciones, que para fines ilustrativos resumimos en tres:

1. Brindar una atención expedita, oportuna y de calidad tanto a las PCVS como a sus familiares cercanos (UNAIDS, 2010).
2. Proveer a las primeras de los medicamentos antirretrovirales u otros que sean

necesarios, según lo requiera cada caso y de acuerdo con los estándares actualmente aceptados en el nivel internacional (Baveewo, Ssali, Karamagi, Hahn, Ekoru, Mugenyi *et al.*, 2011).

3. Proporcionar una atención integral en la que se considere la participación decisiva del conjunto de profesionales de la salud, es decir, una que inscribiríamos en el ámbito del quehacer interdisciplinario (Hosseinipour y Schechter, 2010; Wools-Kaloustian y Kimaiyo, 2006).

Sostenemos aquí la tesis de que, para la debida consecución de esas acciones, es requisito indispensable que las instituciones de salud incorporen, como uno de sus componentes medulares, programas de investigación, a partir de los cuales los profesionales de la psicología, por ejemplo, provean a las autoridades del sector con información confiable y válida sobre las variables psicológicas que facilitan o dificultan la práctica de las conductas de adhesión en las PCVS expuestas a los diferentes regímenes de tratamiento con medicamentos antirretrovirales (ARV). Se trata de que esa información se traduzca en propuestas viables de intervención, que sirvan para los propósitos de promover el ajuste psicológico y social a las nuevas demandas que derivan de la enfermedad y del tratamiento, en especial aquellas que se relacionan expresamente con la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión (Calmy, Pizziccolo, Pizarro, Brücker, Murphy y Katlama, 2008; Sánchez-Sosa, 2002; Simoni, Amico, Smith y Nelson, 2010).

Ciertamente, hoy día se podría afirmar que se dispone de un importante bagaje de información en lo tocante a diversas variables psicológicas que se ha encontrado afectan negativamente la práctica de las mencionadas conductas. Destacan, entre otras, la carencia de habilidades o competencias conductuales en los planos individual y/o social (González, Ybarra y Piña, 2012; Peltzer, Friend-du Preez, Ramiagan y Anderson, 2010), un pobre funcionamiento neurocognoscitivo (Bragança y Palha, 2011; Lovejoy y Suhr, 2009), la depresión clínica, la ansiedad y el estrés (García-Cedillo, Alfaro-Castro, Rodríguez-Delgado y Sánchez-Armaás, 2011; Kacanek, Jacobson, Spiegelman, Wanke, Isaac y Wilson, 2010), así como el consumo de sustancias como alcohol o drogas (Harris *et al.*, 2011).

Empero, el asunto de fondo y sobre el que ponemos especial énfasis, es que en general una considerable cantidad de esos estudios carece de sustento teórico, es decir, no son unos que se hayan apoyado explícitamente en modelos teóricos debidamente articulados en lo conceptual. Tal como hemos sugerido recientemente (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010), los modelos potencialmente aplicables a los problemas de la salud en general y a la infección por el VIH en particular encuentran su razón de ser en la medida en que harían posible *predecir*, con un grado razonable de certeza, qué tan probable es que una persona se comportará de determinada manera según lo haya hecho en el pasado en circunstancias funcionalmente similares. Para ello, los modelos teóricos deben contar con categorías

tipo “interfase” o “puente” que permitan vincular de manera expresa tanto los niveles básico y aplicado, así como lo psicológico con los fenómenos de la salud y la enfermedad; un ejemplo conspicuo de dichas categorías se tiene con la de personalidad (Piña, Fierros, García e Ybarra, 2011).

Al respecto, es importante mencionar que si se está trabajando con PCVS de las que interesa analizar cómo se comporta cada una en relación con la enfermedad y los tratamientos, todo análisis que se realice será incompleto si para dicho fin no se considera el rol del fenómeno de personalidad. Tal como hemos señalado en otro lugar (Piña, 2011), si Juan es diferente de Pedro, éste de Arturo, y éste de Manuel... lo que habría que entender es en qué sentido, por qué y bajo qué circunstancias Juan, Pedro, Arturo y Manuel se comportan de manera diferente; por qué unos, como en el caso que nos ocupa, se adhieren a los tratamientos de acuerdo con las indicaciones del personal de salud y otros simple y sencillamente no lo hacen.

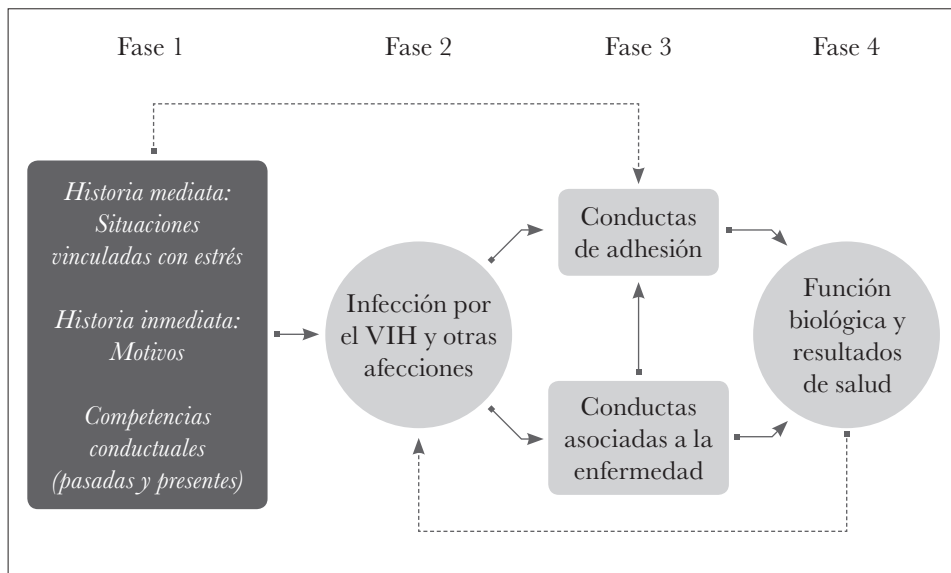
Y si bien es cierto que hoy día podemos encontrarnos con diversos modelos teóricos “aplicados” al problema de la adhesión a los tratamientos, lo que llama la atención es que en ninguno de ellos se ha considerado de manera puntual aquella variable. En esa tesitura se encuentran, entre otros, el de información-motivación-habilidades conductuales (Amico, Barta, Konkle-Parker, Fisher, Cornman, Shuper y Fisher, 2009; Starace, Massa, Amico y Fisher, 2006), el de la conducta planeada (Saal y Kagee, 2011), el autorregulatorio (Reynolds, 2003), el de auto-determinación (Kennedy, Goggin y Nollen, 2004) y el de estrés y afrontamiento (Weaver *et al.*, 2005). En otro nivel se encontrarían aquellos que, propiamente dicho, se inscriben más en el ámbito de lo social que en el psicológico: el de cognición social (Tarakeshwar *et al.*, 2007), el de solución de problemas (Johnson, Elliot, Neilands, Morin y Chesney, 2006) y el de posición social (Arrivillaga, Ross, Useche, Alzate y Correa, 2009).

Con base en las consideraciones anteriores, años atrás nos dimos a la tarea de desarrollar en México un Modelo Psicológico de Adhesión o (MPA) (Piña y Sánchez-Sosa, 2007), el cual ha recibido un fuerte soporte empírico según se desprende de los resultados arrojados en estudios en los que se ha utilizado el modelamiento con ecuaciones estructurales y análisis de regresión lineal múltiple. Respecto de los primeros, se trata de estudios que han incluido muestras de PCVS de los estados de Michoacán (Rosas y González, 2012) y Sonora (González y Piña, 2011; Piña y González, 2010). En éstos, la interacción entre las diferentes variables del modelo (en dos incorporando el apoyo social como variable exógena) ha permitido explicar la varianza de las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de medicamentos antirretrovirales (ARV) en porcentajes que oscilan entre 49 y 68%. Nos referimos a cómo dos de las tres situaciones vinculadas con estrés (toma de decisiones y tolerancia a la frustración) se han relacionado directamente con los motivos, que han mediado la relación de aquéllas con las competencias conductuales pasadas y/o presentes, así como con las conductas de

adhesión en cuestión. En lo tocante a los segundos, destacan los resultados en los que se ha identificado una asociación entre los niveles intermedios de estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad con los bajos niveles de depresión en la predicción de las conductas de adhesión, con una varianza explicada por ambas variables de 38.2% (Piña, Dávila, Sánchez-Sosa, Togawa y Cázares, 2008), así como de la interacción entre los bajos niveles de estrés en sus modalidades de toma de decisiones y tolerancia a la frustración con los motivos que subyacen a las mencionadas conductas, con una varianza explicada por las tres variables de 62.9% (Sánchez-Sosa, Cázares, Piña y Dávila, 2009).

El supuesto general que subyace al modelo es que la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión (*i.e.*, consumir los medicamentos, realizarse los estudios de laboratorio y asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud, principalmente) se puede ver afectada por la interacción entre un conjunto de variables psicológicas y biológicas de proceso, estado y resultado que se ubican a lo largo de cuatro fases (véase la figura 1). En la fase 1 se encuentran tres variables psicológicas: las *situaciones* vinculadas con estrés en sus modalidades de toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración; también, los motivos que subyacen a la práctica de las conductas de adhesión, así como el desempeño competencial pasado y presente. En la fase 2 se tienen a la infección por el VIH y otras afecciones, las conocidas en la bibliografía especializada como infecciones oportunistas. En la fase 3 se incluyen dos tipos de conductas: las de adhesión y las asociadas a la enfermedad. Por último, en la fase

Figura 1. Modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007)



4, a los marcadores biológicos convencionales (cuentas de linfocitos CD4 y niveles de carga viral) y otros resultados de salud.

Por situaciones vinculadas con estrés nos referimos a una variable de proceso en la que la conducta de una persona, configurada históricamente, hace menos o más probable la aparición de reacciones de estrés cuando se enfrentan situaciones que según Ribes (1990) se caracterizan porque: 1) las consecuencias al practicar determinada conducta son impredecibles y opcionales: *impredecibilidad*; 2) las señales de estímulo a las que hay que responder son ambiguas: *ambigüedad*, y 3) las consecuencias de estímulo al responder, o su pérdida, son independientes de lo que se haga: *incertidumbre*. Son, pues, situaciones que se caracterizan por que harían posible identificar un *perfil funcional* o *idiosincrásico* de conducta, a partir de la manera en que cada PCVS ha interactuado en el pasado con situaciones funcionalmente similares de la vida cotidiana, o bien con aquellas que se relacionan con otras enfermedades y sus respectivos tratamientos.¹

Por motivos se entiende una inclinación o propensión a comportarse de cierta forma en circunstancias socialmente valoradas; esto es, cuando una persona *quiere* hacer algo porque lo considera oportuno y pertinente, en virtud de que la práctica de una conducta (*i.e.*, consumir los medicamentos ARV) se ha visto acompañada de alguna consecuencia de estímulo reforzante; ésta puede adoptar la forma de un halago, una expresión manifiesta de apoyo, una recompensa económica, etcétera (Haug y Sorensen, 2006). Finalmente, las competencias conductuales se definen como el conjunto de conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas por una persona, que le permiten responder de manera ajustiva en situaciones en las que se prescriben criterios explícitos sobre qué hacer. Cuando se dice que una persona es competente, se parte del entendido de que dispone de los recursos necesarios y suficientes para *poder* hacer aquello que se espera (Ribes, 2005).

Aun cuando las tres variables de la fase 1 comportan una historia interactiva o de contacto, la diferencia entre ellas radica en que las situaciones vinculadas con estrés nos remiten a la historia más distal y mediata en la vida de las personas, en tanto que la de motivos y competencias conductuales, a la historia más inmediata, acumulable y continuamente modificable (Ribes, 2005).

Ahora bien, una vez que una persona ha sido diagnosticada con la infección por el VIH y, dependiendo de si practica o no consistente y eficientemente las conductas de adhesión, o en su defecto las asociadas a la enfermedad (tradicionalmente enmarcadas en los rubros de ansiedad, depresión, ira, impulsividad, etcétera), será menos o más probable que se mantenga estable la funcionalidad biológica como

¹ En su propuesta original, Ribes y Sánchez (1990) hacen mención de estilos interactivos, como un concepto que daría cuenta del fenómeno de personalidad. Por razones de índole teórico-conceptual, Piña (2011) optó por hacer referencia a situaciones vinculadas con estrés en vez de aquella categoría, a efecto de evitar duplicidades conceptuales.

parte de la fase 4, es decir, que se obtengan o no óptimos resultados de salud. Si no se practican las primeras, bien por la influencia de las variables de proceso de la fase 1 o por la manifestación también práctica de las conductas asociadas a la enfermedad, se facilitará la progresión clínica de la enfermedad y la eventual aparición de otras afecciones, propias de la fase 2; en México destacan, principalmente, el citomegalovirus, el sarkoma de Kaposi, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, la tuberculosis y la toxoplasmosis cerebral (Irribarren, Rivas, Amador y Velasco, 2008).

En síntesis, en el MPA se propone que la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión se puede ver influenciada por variables históricas y del contexto presente. Las primeras tienen que ver con la historia más distal o mediata (situaciones vinculadas con estrés en sus tres modalidades, como descriptoras del fenómeno de personalidad) y con la historia más inmediata, acumulable y continuamente modificable (motivos y competencias); las segundas tienen que ver con el papel de las conductas asociadas a la enfermedad y con el apoyo social en su modalidad de relaciones de intercambio, ésta como variable exógena. Nótese, pues, que se trata de un modelo de corte psicológico que se inscribe dentro de la propuesta interconductual y en el que se hace explícito un respeto a la naturaleza y a las características de las variables implicadas, en la medida en que forman parte de las categorías y los conceptos de proceso, otras de las de estado, otras de las de inclinaciones y propensiones, y otras más de las de resultado.

Partiendo de estas consideraciones teórico-conceptuales y de los resultados obtenidos en los estudios conducidos con base en el modelamiento con ecuaciones estructurales referidos, la hipótesis de trabajo que dio lugar a éste fue la siguiente: dependiendo de si se incluyen muestras de PCVS con problemas manifiestos o no de adhesión al tratamiento con medicamentos ARV en términos de la frecuencia y los porcentajes con que se les consume, eventualmente encontraremos una influencia de las situaciones vinculadas con estrés en interacción tanto con los motivos como con el desempeño competencial.

Método

Participantes

Este estudio se llevó al cabo en una institución del sector salud que se localiza en la ciudad de Hermosillo (Sonora), México, a la cual acuden para recibir atención médica, psicológica y la provisión de medicamentos ARV las PCVS de la misma o de otras ciudades del estado. La selección de los participantes se realizó con base en un muestreo probabilístico que incluyó un universo de 350 PCVS, de las cuales 288 se encontraban expuestas a alguno de los regímenes de tratamiento con medicamentos ARV (equivalentes a 57.1% del total). Como criterios de inclusión se considera-

ron los siguientes: *a)* contar con un diagnóstico confirmado de seropositividad al VIH igual o mayor que seis meses; *b)* tener 18 o más años; *c)* que de acuerdo con los expedientes clínicos no presentaran problemas médicos y/o psicológicos que limitaran su capacidad para responder a los instrumentos, y *d)* que tuvieran los últimos resultados de laboratorio en los que se especificaran las cuentas de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral. De los 288 participantes potencialmente elegibles, únicamente 149 acudieron a las instalaciones que albergan el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención a VIH/SIDA (CAPASITS) y aceptaron colaborar de manera voluntaria; 35 de ellos no cumplieron con algunos de los criterios de inclusión, por lo que la muestra definitiva quedó conformada por 114 PVCS (cuadro 2).

Variables e instrumentos

Cuadro 2. *Características sociodemográficas, clínicas y psicológicas de los participantes (n = 114)*

Variables	X	DE	Rango observado	N	%
Edad	37.8	10.4	20-69		
Sexo					
Masculino				65	57
Femenino				49	43
Años de estudio					
0-6				29	25.4
7-doce				19	16.7
13 o más				66	57.9
Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de seropositividad (en meses)	60.6	39	27-176		
Linfocitos CD4 (células/mm ³)	222.2	178.1	16-1 117		
Carga viral (copias/ml)					
Indetectable				38	33.3
Menos que 30 mil copias				53	46.5
Más que 30 mil copias				23	20.2
Toma de decisiones	10	8.2	3-30		
Tolerancia a la ambigüedad	11.8	8.5	3-30		
Tolerancia a la frustración	16.4	11.3	6-51		
Motivos	14	2.4	6-16		
Competencias pasadas	17.7	5.3	5-25		
Competencias presentes	16.4	3.4	5-20		

Cuestionario de Variables Psicológicas y Conductas de Adhesión (VPAD-24), diseñado y validado en México (Piña, Corrales, Mungaray y Valencia, 2006). Consta de 24 preguntas agrupadas en cuatro factores, que arrojan una confiabilidad de 0.85 (obtenida con el coeficiente alfa [α] de Cronbach) y una varianza explicada de 48.6%: el factor uno tiene que ver con tres tipos de conductas de adhesión (consumo de medicamentos, asistir puntualmente a las citas y evitar el consumo de sustancias como alcohol o drogas) y con variables relacionadas con el tratamiento; el dos, con los motivos que subyacen a esas conductas; tanto el tres como el cuatro con el desempeño competencial presente y pasado, respectivamente. Para los fines que se perseguían en este estudio, del factor uno se consideró únicamente la pregunta que tenía que ver con las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de medicamentos, que fue definida en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que iban de uno (no los consumí ningún día de la semana) a cinco (los consumí los siete días de la semana). Por su parte, el factor dos, *motivos*, incluía cuatro preguntas en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de uno (no fue un motivo determinante) a cuatro (fue un motivo determinante); un ejemplo de pregunta fue el siguiente: “De los motivos que se enlistan a continuación, ¿nos podría decir qué tan determinante fue cada uno para que usted consumiera los medicamentos todos los días de la semana?” (“porque he experimentado sus beneficios, “porque mi médico me lo pidió”, “lo hice por personas cercanas a mí” y “porque quiero mantenerme saludable el mayor tiempo posible”); a menor puntuación, menor motivación para comportarse, y viceversa. Por su parte, el *desempeño competencial pasado* incluía cinco preguntas en un formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que iban de uno (nunca) a cinco (siempre); un ejemplo de pregunta fue el siguiente: “Antes de recibir el diagnóstico de seropositividad al VIH, si usted enfermaba de gripe, del estómago, etcétera, ¿consumía los medicamentos tal como lo indicó su médico?” Por último, el *desempeño competencial presente* incluía cuatro preguntas definidas en un formato tipo Likert con cuatro opciones de respuesta, que iban de uno (muy difícil) a cuatro (nada difícil); a menor puntuación menor desempeño competencial, y viceversa.

Escala de Situaciones Vinculadas con Estrés (SVE-12), diseñada y validada en México (Piña, Valencia, Mungaray y Corrales, 2006). Incluye 12 preguntas agrupadas en tres subescalas, con las cuales se alcanzó una óptima confiabilidad de 0.90 (obtenida con el coeficiente alfa [α] de Cronbach) y una varianza explicada de 70.4%: toma de decisiones (tres preguntas), tolerancia a la ambigüedad (tres preguntas) y tolerancia a la frustración (seis preguntas); cada pregunta se encontraba definida en una escala de 10 puntos, donde uno representaba una situación valorada como nada amenazante y 10 como demasiado amenazante. Un ejemplo de pregunta sobre *toma de decisiones* fue el siguiente: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y su médico le da instrucciones que debe seguir al pie de la letra,

pero usted decide seguir un tratamiento alternativo (consumir remedios caseros o naturistas), entonces ello le resulta...” Uno sobre *tolerancia a la ambigüedad* fue: “A usted se le diagnosticó una enfermedad que no sabe si tendrá cura en el corto o mediano plazos, pero debe seguir un tratamiento, entonces ello le resulta...” Uno sobre *tolerancia a la frustración* fue: “Usted se encuentra recibiendo tratamiento y hace todo lo que se le indica, pero no recibe consecuencias positivas por parte del personal de salud, entonces ello le resulta...” A menor puntuación, menor valoración del estrés en cada situación, y viceversa.

Finalmente, de los expedientes clínicos se obtuvo información acerca del régimen antirretroviral bajo el que se encontraban los participantes y de las variables biológicas, que incluían al tiempo de infección en meses desde el diagnóstico de seropositividad al VIH, así como los resultados de los últimos estudios de laboratorio en los que se detallaran las cuentas de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral.

Procedimiento

En primer término, personal de la institución previamente entrenado invitó a las PCVS a participar de manera voluntaria en el estudio. A quienes aceptaron hacerlo y cumplieron con los criterios de inclusión se les pidió que leyeran y firmaran el consentimiento informado, en el que se detallaban los objetivos que se perseguían en el mismo y los compromisos que tendrían que cumplir cada una de las partes. Se les aclaró que sus respuestas a los instrumentos serían anónimas y confidenciales, además de que los resultados serían utilizados con fines de investigación. Por último, se les mencionó que sería necesario contar con su autorización para revisar sus expedientes clínicos y obtener información sobre los últimos resultados de laboratorio en los que se especificaran las cuentas de linfocitos CD4 y los niveles de carga viral. No se entregó remuneración alguna por participar en el estudio. El protocolo fue previamente aprobado por el Comité de Investigación y Calidad de la Secretaría de Salud Pública del estado de Sonora.

Análisis estadístico

Se obtuvieron estadísticas descriptivas (medias, desviaciones estándar, rango de respuestas, frecuencias y porcentajes) de las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas de interés. La prueba de la ji (χ^2) al cuadrado se utilizó para diferenciar entre las PCVS que reportaron problemas de adhesión y quienes fueron 100% adherentes. Con el objeto de examinar posibles correlaciones entre la variable dependiente (conductas de adhesión relacionadas con el consumo de medicamentos) y las independientes del modelo psicológico (situaciones vinculadas con estrés, motivos y competencias conductuales) se empleó el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Asimismo, se utilizó un análisis de regresión jerárquico (ARJ) para identificar los predictores de las conductas de adhesión; se trata de un procedimiento que resulta pertinente cuando los estudios se basan en un modelo teórico para el cual se sugiere un orden particular en el que las variables de predicción deben ser introducidas a partir de su relación conceptual, previamente definida. Para minimizar los efectos de la multicolinealidad se tomaron en consideración los valores de la media de cada una de las variables independientes, según las recomendaciones de Aiken y West (1991). Para evaluar la bondad de ajuste de los datos al modelo se utilizó el coeficiente de determinación R^2 ajustado, que constituye un estimado de qué tan bien los datos se ajustan al modelo en una población estudiada (Gardner, 2001). Para los diferentes análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 19.0.

Resultados

Variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas

Tal como se puede observar en el cuadro 2, un total de 114 PCVS completaron el estudio. La edad promedio de los participantes fue de 37.8 años (DE = 10.4, con edades mínima y máxima de 20 y 69 años, respectivamente). La mayoría de ellos era del sexo masculino ($n = 65$), en tanto que también la mayoría contaba con al menos educación equivalente al nivel de secundaria ($n = 66$). El tiempo promedio de vivir con el VIH a partir del diagnóstico de seropositividad fue de 60.6 meses (DE = 39). Por otro lado, la práctica de las conductas de adhesión fue reportada de la siguiente manera: 4 (3.5%) no se adhirieron al tratamiento ningún día de la semana, 4 (3.5%) lo hicieron pocos días, 10 (8.8%) aproximadamente la mitad de los días, 16 (14%) la mayoría de los días y 80 (70.2%) todos los días. Al reclasificarlos entre quienes tenían problemas para adherirse y quienes mencionaron que habían sido 100% adherentes, los casos ascendieron a 34 (29.8%) y 80 (70.2%), respectivamente, diferencia que con la prueba de la ji al cuadrado fue altamente significativa ($\chi^2_{[1]} = 18.56; p < 0.001$), atribuida a los participantes adherentes. Finalmente, en el mismo cuadro se describen los valores de las medias obtenidas para cada una de las seis variables independientes. Considerando las puntuaciones mínimas y máximas obtenidas y esos valores se podría afirmar que en términos generales fueron de bajos a intermedios en las tres situaciones vinculadas con estrés, sugiriendo por tanto que se trata de PCVS que no tienden a experimentar estrés cuando enfrentan situaciones interactivas vinculadas con la toma de decisiones, la frustración y la ambigüedad. En una dirección opuesta los motivos y el desempeño competencial pasado y presente alcanzaron valores de intermedios a altos, sugiriendo que son PCVS con una buena motivación para practicar las conductas de adhesión, debido a que son altamente competentes

para hacerlo en el presente, puesto que así lo han hecho en el pasado respecto de otras enfermedades y otros tratamientos.

Análisis bivariado

Los resultados de las correlaciones bilaterales con el coeficiente de correlación rho de Spearman se resumen en el cuadro 3. Las conductas de adhesión (consumo de medicamentos) correlacionaron con tres variables psicológicas del modelo: en una dirección negativa con los bajos niveles de tolerancia a la ambigüedad ($\rho = -0.224$; $p < 0.05$), y positiva tanto con los motivos que les subyacen ($\rho = 0.375$; $p < 0.01$) como con un óptimo desempeño competencial en el presente (ρ

Cuadro 3. *Correlaciones entre las variables psicológicas del modelo y las conductas de adhesión (n = 114)*

Variables	2	3	4	5	6	7
1. Conductas de adhesión	-0.116	-0.071	-0.224*	0.375**	0.078	0.337**
2. Toma de decisiones		0.735**	0.733*	-0.093	-0.111	0.07
3. Tolerancia a la frustración			0.764**	-0.081	-0.118	-0.025
4. Tolerancia a la ambigüedad				-0.027	-0.11	-0.042
5. Motivos					0.223*	0.333**
6. Competencias pasadas						0.081
7. Competencias presentes						
* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.						

= 0.337; $p < 0.01$); es decir, experimentar bajos niveles de estrés en esa modalidad, estar motivado y ser competente se asocian con una mayor probabilidad de practicar aquellas conductas.

Asimismo, como era de esperarse, se encontraron correlaciones altas y significativas entre las tres situaciones vinculadas con estrés, no obstante que ninguna de estas tres variables se asoció con los motivos ni con los dos tipos de competencias conductuales, asunto que se aborda en el apartado de discusión. Por último, los motivos hicieron lo propio y en un sentido positivo con los dos tipos de competencias, esto es, las pasadas ($\rho = 0.223$; $p < 0.05$) y las presentes ($\rho = 0.333$; $p < 0.01$), lo que estaría indicando que a mayor motivación mejor desempeño competencial. Llama la atención, sin embargo, que no se haya observado una asociación significativa entre los dos tipos de competencias conductuales, asunto que también se analiza en el apartado de discusión.

Análisis de regresión jerárquico (ARJ)

Con la finalidad de probar cuáles de las tres situaciones vinculadas con estrés predecirían las conductas de adhesión, en el primer paso del ARJ se introdujeron dichas variables. Tal como se puede observar en el cuadro 4, no obstante que las variables alcanzaron valores de bajos a intermedios y que una de ellas, la de tolerancia a la ambigüedad, arrojó un resultado significativo a $p < 0.05$, el modelo conjunto no cumplió con el criterio de significación estadística ($F_{[3, 110]} = 2.0463$; $P > F = 0.1116$). Por tanto, de acuerdo con las recomendaciones de Aiken y West (1991), el siguiente paso consistió en incluir las tres variables relacionadas con las situaciones vinculadas con estrés junto con aquellas que forman parte de la historia más inmediata, acumulable y continuamente modificable, esto es, los motivos y el desempeño competencial pasado y presente. En este segundo paso las variables del modelo que contribuyeron a la predicción de las conductas de adhesión fueron tres: los bajos niveles de estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad ($p < 0.05$), los motivos que subyacen a dichas conductas ($p < 0.001$) y el desempeño competencial en el presente ($p < 0.05$). En este caso el modelo conjunto fue altamente significativo ($F_{[6, 107]} = 5.5139$; $P > F = 0.0001$), además de que el estadístico de Durbin-Wat-

Cuadro 4. *Análisis de regresión jerárquico de predictores psicológicos del modelo sobre las conductas de adhesión*

Coeficientes de regresióna					
	Error estándar				
Variables	β	EE	Beta	t	p
Paso 1					
Intercepción	1.778	0.079		22.403	0.001
Toma de decisiones	-0.002	0.008	0.045	-0.365	0,716
Tolerancia a la ambigüedad	-0.016	0.007	-0.290	-2.250	0.05
Tolerancia a la frustración	0.008	0.006	0.200	1.554	0.123
Paso 2					
Intercepción	0.447	0.304		1.370	0.173
Toma de decisiones	-0.003	0.007		-0.463	0.644
Tolerancia a la ambigüedad	-0.013	0.006		-1.968	-0.05
Tolerancia a la frustración	0.008	0.005		1.558	0.122
Motivos	0.067	0.016		4.179	0.001
Competencias pasadas	-0.003	0.007	-0.039	-0.467	0.669
Competencias presentes	0.026	0.012	0.197	1.965	0.05
R ² del modelo = 0.4860; R ² ajustado del modelo = 0.2676; valores de p con base en la prueba t para los coeficientes de regresión.					

son ascendió a 1.8686, lo cual indican independencia entre los residuos; asimismo, el valor del coeficiente de determinación R^2 ajustado para el modelo fue igual a 0.2676, en el sentido de que las tres variables explican 26.76% de la varianza total.

Discusión

Habida cuenta que la infección por el VIH es considerada hoy día una enfermedad crónica a la que eventualmente se asocian reacciones de estrés con durabilidad variable, se ha sugerido que su presencia puede afectar de manera particular tanto la práctica de las conductas de adhesión (*i.e.*, consumir los medicamentos, seguir una dieta y asistir puntualmente a las citas programadas con el personal de salud) como la condición de salud en quienes viven con la enfermedad (Bottanari, Safren, McQuaid, Hsiao y Roberts, 2010; Gore-Felton y Koopman, 2008; Leserman, 2008; Weaver *et al.*, 2005).

En el caso de las PCVS de esta muestra se hizo evidente que las mismas experimentaban de bajos a moderados niveles de estrés una vez que entraban en contacto con situaciones típicas que implicaban ambigüedad, que, recordamos, alcanzó una media de 11.8 (con valores mínimos y máximos de 3 y 30, respectivamente). Por esta razón, podemos inferir que para aquéllas no eran desconocidas la efectividad del tratamiento ni si la enfermedad tendrá cura en el corto o mediano plazos, así como tampoco los posibles efectos secundarios que eventualmente producirían los medicamentos. A la luz de nuestro modelo teórico, ser tolerante a la ambigüedad presupone que las PCVS han aprendido a establecer la debida correspondencia entre: *a)* una *demanda* —consumir los medicamentos; *b)* la manera en la que se *responde* practicando las conductas de adhesión, y *c)* las *consecuencias de estímulo* que se asocian con éstas —por ejemplo, en el mediano plazo, el conocimiento de las elevadas cuentas de CD4, los bajos niveles de virus circulante en el organismo y de los óptimos resultados de salud. Dicho en otras palabras, dado el largo periodo de incubación del virus, una vez que las PCVS disponen de un conocimiento apropiado respecto del tratamiento, cuándo, por qué y bajo qué condiciones hay que iniciarlo, cuáles son los potenciales efectos secundarios, entre otras cosas, ello coadyuva a atenuar y, en el mejor de los casos, a eliminar las fuentes de estrés, facilitando con ello la manifestación práctica de una diversidad de conductas de ajuste hacia la enfermedad y el tratamiento en sí mismo, incluyendo las relacionadas con el consumo de los medicamentos ARV (Bayés y Ribes, 1992).

Ahora bien, sobre la tolerancia a la ambigüedad, que forma parte de la categoría de personalidad en tanto variable relativa a la historia más mediata y distal, es importante reparar en el hecho de que existe una carencia evidente de estudios en los que justo se analice el papel de dicha variable (*i.e.*, Denburg *et al.*, 2009; Ironson, O’Cleirigh, Schneiderman, Weiss y Costa, 2008). Por esta razón elemental,

en este punto se vuelve difícil comparar y/o contrastar nuestros resultados con los reportados por otros autores, pues a la par se tendría que analizar cómo se define y se aborda la variable en otros estudios; es decir, con base en qué aproximaciones teóricas (Piña, 2012).²

Volviendo con nuestro modelo teórico, considerando que la situación vinculada con estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad es una variable que nos remite a la historia más distal y mediata en la vida de las personas, su rol en aquél es doble: a la vez que es un indicador de un *perfil funcional* de conducta que se configura históricamente (Ribes, 2005), también puede modular la operación de los motivos y afectar la probabilidad de que en una circunstancia social concreta se ejerciten las competencias conductuales que son pertinentes respecto de una enfermedad y los tratamientos (Bayés y Ribes, 1992).

Aquí, estar motivado para practicar las conductas de adhesión presupone que las PCVS *quieren* hacer las cosas, en la medida en que ese hacer se ha asociado con consecuencias de estímulo reforzante en la forma de atención, halagos, recompensas e inclusive, con el conocimiento que se tiene sobre la propia condición de salud (cuentas de linfocitos CD4, niveles de carga viral, ausencia o, en su defecto, control de infecciones oportunistas) y la “percepción” de “bienestar” físico y psicológico que deriva de ese conocimiento. Tales consecuencias, como se advierte de lo anterior, pueden ser intrínsecas o extrínsecas, haciendo más probable que a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones se practiquen las conductas de adhesión en términos competenciales, esto es, de manera consistente y eficiente (véanse Peltzer *et al.*, 2010; Rigsby *et al.*, 2000).

Naturalmente, en la medida en que las PCVS estén particularmente motivadas y que dispongan de los recursos competenciales para hacer lo que se espera, ello se traducirá en la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión relacionadas con el consumo de los medicamentos. De ahí que *querer* hacer las cosas (motivación) facilita el que se *pueda* hacerlas (competencias), partiendo del entendido de que se sabe por qué hacer las cosas (esto es, porque se cuentan con los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento), así como se *sabe* hacerlas (esto es, porque se cuentan con las habilidades y las destrezas que se corresponden con lo que se sabe o conoce). Por consiguiente, cuando es necesario hacer algo de manera consistente y eficiente en una situación (*i.e.*, consumir los medicamentos),

2 Permítasenos añadir al respecto que, con excepción del estudio de Denburg *et al.*, en el que se analiza el rol de la toma de decisiones bajo condiciones de *incertidumbre* —que coincide en buena medida con la definición propuesta en nuestro modelo teórico—, al menos en lo que toca al problema del VIH/sida en general y de la adhesión a los tratamientos en particular, en términos generales en las indistintamente llamadas teorías o modelos de salud —*i.e.*, creencias en salud, acción razonada, conducta planeada, información-motivación-habilidades conductuales, reducción del riesgo, transteórico, etcétera— se carece de una propuesta teórico-conceptual sobre el fenómeno de personalidad (véase Noar, 2007).

los bajos niveles de estrés vinculados con la tolerancia a la ambigüedad pasa a ser una variable que adquiere un rol funcional como moduladora de los motivos para comportarse y del desempeño competencial.

No obstante, una observación que es importante hacer y que conlleva una discusión parecida a la referida líneas atrás sobre el problema de la variable personalidad, es que si bien es cierto que en algunos estudios, sobre todo en los que se basan en el modelo de información-motivación-habilidades conductuales (MIHC) (Amico *et al.*, 2009; Fisher, Amico, Fisher y Harman, 2008), se abordan explícitamente estas dos últimas variables; en el caso concreto de la de motivos su definición no se hace apelando a ella misma, sino en función de las actitudes, creencias e intención, que con todo y que se diga connotan una motivación para comportarse, conceptualmente hablando son distintas y también pertenecen a categorías lógicas distintas (Piña, 2009). Como se recordara, aquí la variable motivos fue definida en términos de *querer* hacer algo en aquellas circunstancias en que existe una buena probabilidad de obtener consecuencias positivas al practicar una conducta (*ergo*, consumir los medicamentos ARV), lo que por simple extensión la hace diferente de *tener* una actitud, una creencia o una intención sobre algo o al hacer algo.

Donde eventualmente se podría decir que en alguna medida existe cierta correspondencia conceptual, es en lo tocante a las variables información y habilidades conductuales, que en nuestro modelo teórico se agrupan en el concepto de competencias. Esta variable, como se ha demostrado en los estudios en los que se ha utilizado tanto el modelo de IMHC como el MPA, juega un papel clave en la predicción de las conductas de adhesión (Piña, García, Ybarra y Fierros, 2011; Piña y González, 2010; Sánchez-Sosa-Fierros, Cázares y Piña, 2011). Es decir, si las PCVS saben o conocen sobre la enfermedad y el tratamiento, si en relación con ambas se dispone de las condiciones para motivarlas vía la obtención de diversas consecuencias de estímulo positivas, la probabilidad de que se aprendan (por información, instrucción y/o entrenamiento) y de que se practiquen las habilidades y las destrezas relacionadas con el consumo de medicamentos será mayor. Nótese, sin embargo, que algo común en ambos modelos teóricos es que finalmente ser hábil o ser competente tiene que ver con *hacer* algo de manera eficiente y de acuerdo con determinados criterios; por consiguiente, no tiene que ver con si las PCVS “piensan”, “sienten”, “creen”, “suponen”, “intuyen”... que las pueden hacer (Piña, 2012).

En suma, tres variables del MPA se afirmaron como predictoras de las conductas de adhesión en un grupo de PCVS del estado de Sonora expuestas a regímenes de tratamiento con medicamentos ARV. Una de ellas, los bajos niveles de tolerancia a la ambigüedad, se inscribe dentro de la fenomenología de la personalidad y, por consiguiente, nos remite a la historia más distal y mediata en la vida de las personas; su rol funcional en el contexto teórico de nuestro modelo, y de acuerdo con los planteamientos de Ribes y Sánchez (1990), es que a su vez modula la operación tanto de los motivos como de las competencias.

A pesar de los resultados que arrojó este estudio, es importante reconocer algunas limitaciones. En primer lugar, si bien es cierto que se incluyó una muestra representativa de personas seropositivas al VIH o con sida, adscritas a una institución de salud en nuestro estado, la misma representa un aproximado de 25 a 35% del total que hoy día recibe atención en otras tantas, localizadas en las ciudades de Hermosillo y Obregón. En segundo lugar, el hecho de que no encontráramos ciertas correlaciones entre las variables del modelo, en particular entre las situaciones vinculadas con estrés con los motivos y ambos tipos de competencias —sobre todo entre estas últimas—, nos plantea una interrogante interesante a propósito de si este problema se circunscribe únicamente a esta muestra o si eventualmente se debe a un problema de orden más general en torno a la definición de las variables y la forma en que son medidas. En tercer lugar, aun cuando la varianza explicada fue moderada, equivalente a 26.76%, prácticamente tres cuartas partes de la misma quedan sin explicar; es posible que lo anterior se deba a que en esta ocasión no se incluyeron otras variables críticas del modelo (como serían los estados de depresión, y una exógena, la del apoyo social) o bien al hecho de que al tener un porcentaje tan alto de pacientes adherentes se propició poca variabilidad en la variable dependiente, lo que eventualmente pudo haber afectado el porcentaje de la varianza explicada.

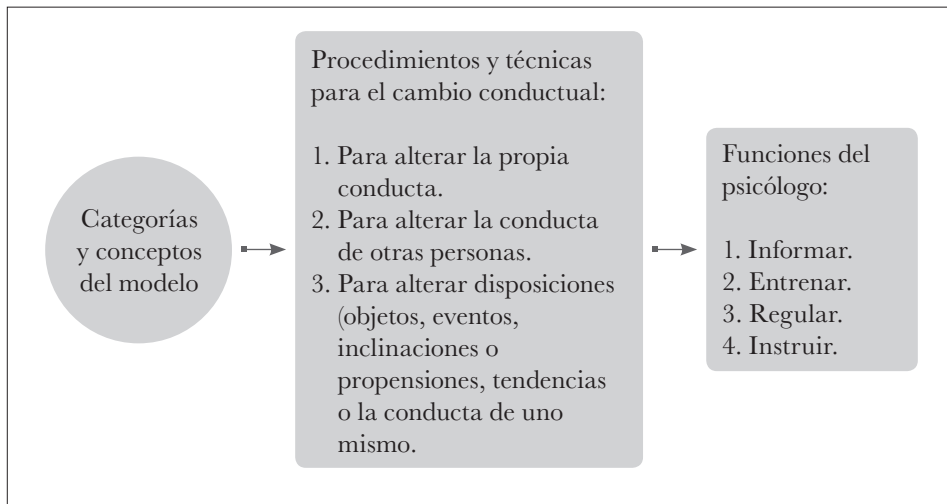
Con el objeto de subsanar las limitaciones anteriores se está preparando un estudio nacional que contempla en sus inicios el trabajo en tres entidades federativas de México —San Luis Potosí, Sonora y Tamaulipas—, en el que se incluyen, para su evaluación, a la totalidad de variables del modelo (situaciones vinculadas con estrés, motivos, competencias conductuales, depresión y apoyo social) y su relación con la calidad de vida y la salud; se considerará para tal efecto una muestra altamente representativa de mil personas seropositivas al VIH. Lo que se pretende es consolidar una línea general de investigación desde la psicología, fundada en un modelo teórico articulado en lo conceptual, que genere datos confiables y válidos que nos permitan posteriormente integrarla a una propuesta de corte interdisciplinario, es decir, de amplio espectro, tendiente al diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención que sean efectivos y de bajo costo, partiendo del entendido de que las instituciones del sector salud en nuestro país se caracterizan por contar con recursos económicos limitados y por la carencia de ese tipo de programas.

No obstante las limitaciones previamente referidas, el presente estudio aporta información valiosa que servirá para mejorar nuestro entendimiento del problema de la adhesión y de las variables psicológicas que se le relacionan en PCVS en México. Conforme se avance en dicho entendimiento, estaremos en una inmejorable posición para diseñar, instrumentar y evaluar programas de intervención dirigidos a promover la práctica consistente y eficiente de las conductas de adhesión al tratamiento antirretroviral, así como a mejorar e incrementar la calidad y el tiempo de sobrevida de las personas que viven con la enfermedad.

Conclusiones y recomendaciones

En el presente estudio de corte transversal, que incluyó una muestra representativa de PCVS que se encontraban bajo algún esquema de tratamiento con ARV en el estado de Sonora, se puso de manifiesto cómo tres variables de un modelo psicológico predijeron las conductas de adhesión: los bajos niveles de estrés en su modalidad de tolerancia a la ambigüedad, una elevada motivación y un óptimo

Figura 1. *Modelo psicológico de adhesión de Piña y Sánchez-Sosa (2007)*



desempeño competencial en el presente. Son resultados que proveen información valiosa sobre por qué y en qué circunstancias tres variables psicológicas de la historia más distal y mediata —tolerancia a la ambigüedad— y de la más inmediata, acumulable y continuamente modificable —motivos y competencias conductuales— influyeron sobre las conductas de adhesión (figura 2).

Dicha información, claro está, debe sumarse a la obtenida en otros estudios a efecto de que se traduzca en propuestas de intervención susceptibles de ser evaluadas de manera sistemática. Nos referimos a propuestas que se justifiquen con sentido teórico, esto es, con base en el modelo psicológico aquí utilizado, cuyas categorías conceptuales guarden correspondencia con la selección de los procedimientos y las técnicas para el cambio conductual.

El objetivo que se persigue es el de imprimir un alto grado de consistencia al discurso teórico con la aplicabilidad potencial del conocimiento psicológico. Para ello, tal como lo sugirieron años atrás Díaz-González, Landa, Rodríguez, Ribes y Sánchez (1989), es requisito indispensable adoptar nuevos criterios de clasificación de los procedimientos para el cambio conductual, que reconozcan si la

relación operación-efecto de las técnicas, pero sobre la base de que su aplicación se fundamente en criterios funcionales que partan del reconocimiento de que los “problemas” de adhesión, por ejemplo, son siempre problemas de las personas comportándose en lo individual e inequívocamente interactuando con objetos, eventos y otras personas en una diversidad de circunstancias sociales.

Referencias

- Aiken, L. S., y S. G. West, (1991), *Multiple Regression Test and Interpreting Interactions*, Thousand Oaks, Sage.
- Amico, K. R., W. Barta, D. J. Konkle-Parker, J. D. Fisher, D. H. Cormnan, P. A. Shuper, y W. A. Fisher, (2009), “The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of ART Adherence in a Deep South HIV+ Clinic Sample”, *AIDS and Behavior*, 13, pp. 66-77.
- Arrivillaga, M., M. Ross, B. Useche, M. L. Alzate y D. Correa (2009), “Social Position, Gender Role, and Treatment Adherence among Colombian Women Living with HIV/AIDS: Social Determinants of Health Approach”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26, pp. 502-510.
- Bavewo, S., F. Ssali, C. Karamagi, J. N. Kalyango, J. A. Hahn, K. Ekoru, y E. Katabira (2011), “Validation of World Health Organisation HIV/AIDS Clinical Staging in Predicting Initiation of Antiretroviral Therapy and Clinical Predictors of Low CD4 Cell Count in Uganda”, *PLoS One*, 6: e19089.
- Bayés, R., y E. Ribes, (1992), “Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del SIDA”, en J. A. Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta* Hermosillo, México, Editorial de la Universidad de Sonora, pp. 1-21.
- Bottonari, K. A., S. A. Safren, J. R. McQuaid, C-B. Hsiao y J. E. Roberts (2010), “A Longitudinal Investigation of the Impact of Life Stress on HIV Treatment Adherence”, *Journal of Behavioral Medicine*, 33, pp. 486-495.
- Bragança, M., y A. Palha (2011), “Depression and Neurocognitive Performance in Portuguese Patients Infected with HIV”, *AIDS and Behavior*, 15, pp. 1879-1887.
- Calmy, A., C. Pizziccolo, L. Pizarro, G. Brücker, R. Murphy y C. Katlama (2008), “The Marriage of Science and Optimized HIV Care in Resource-limited Settings”, *AIDS*, 22, pp. 2227-2230.
- Calva, J. J., y Y. Vargas (2009), “Cobertura universal con la terapia antirretroviral combinada. Logros y desafíos en la Secretaría de Salud de México”, en J. A. Córdova, S. Ponce de León y J. L. Valdespino (eds.), *25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 333-353.
- CENSIDA (2012), *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México*, México,

- Autor. (Disponible en internet: <http://censida.gob.mx>) [consultado el 10 de agosto de 2012].
- Denburg, N. L., J. A. Weller, T. H. Yamada, D. M. Shivapour, A. R. Kaup, A. LaLoggia y A. Bechara, (2009), "Poor Decision Making among Older Adults is Related to Elevated Levels of Neuroticism", *Annals of Behavioral Medicine*, 37, pp. 164-172.
- Díaz-González, E., P. Landa, M. L. Rodríguez, E. Ribes y S. Sánchez (1989), "Análisis funcional de las terapias conductuales: una clasificación tentativa", *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, pp. 241-54.
- Fisher, J. D., K. R. Amico, W. A. y J. J. Harman (2008), "The Information-Motivation-Behavioral Skills Model of Antiretroviral Adherence and its Applications", *Current HIV/AIDS Reports*, 5, pp. 193-203.
- García-Cedillo, I., F. Alfaro-Castro, M. Rodríguez-Delgado y O. Sánchez-Armaás (2011), "Indicadores de enfermedades mentales en pacientes mexicanos con VIH/SIDA y su relación con la adhesión terapéutica", *Actualidades en Psicología*, 25, pp. 37-55.
- Gardner, R. C. (2001), *Psychological statistics using SPSS for Windows*, Upper Saddle River; Prentice-Hall.
- González, M. T., y J. A. Piña (2011), "Motivos, apoyo social y comportamientos de adhesión en personas con VIH: modelamiento con ecuaciones estructurales", *Universitas Psychologica*, 10, pp. 597-607.
- González, M. T., J. L. Ybarra y J. A. Piña (2012), "Relaciones sociales, variables psicológicas y conductas de adherencia en adultos con VIH", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, pp. 173-184.
- Gordillo, V., E. M. Fekete, T. Platteau, M. H. Antoni, N. Schneiderman y C. Nöstlinger (2009), "Emotional Support and Gender in People Living with HIV: Effects on Psychological Well-being", *Journal of Behavioral Medicine*, 32, pp. 523-531.
- Gore-Felton, Ch., y Ch. Koopman (2008), "Behavioral Mediation of the Relationship between Psychosocial Factors and HIV Disease", *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 569-574.
- Harris, J., M. Pillinger, D. Fromstein, B. Gómez, I. Garris, P. A. Kanetsky, y R. Gross (2011), "Risk Factors for Medication Non-adherence in an HIV Infected Population in the Dominican Republic", *AIDS and Behavior*, 15, pp. 1410-1415.
- Haug, N. A., y J. L. Sorensen, (2006), "Contingency Management Interventions for HIV-Related Behaviors", *Current HIV/AIDS Reports*, 3, pp. 144-149.
- Hosseinipour, M. C., y M. Schechter (2010), "Monitoring Antiretroviral Therapy in Resource-limited Settings: Balancing Clinical Care, Technology, and Human Resource", *Current HIV/AIDS Reports*, 7, pp. 168-174.
- Irribarren, J. A., P. Rivas, C. Amador y M. Velasco (2008), "Manifestaciones clí-

- nicas de la infección por VIH en distintas áreas geográficas”, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 26 (Supl. 5), pp. S6-S11.
- Ironson, G. H., C. O’Cleirigh, N. Schneiderman, A. Weiss y P. H. Costa (2008), “Personality and HIV Disease Progression: Role of NEO-PI-R Openness, Extraversion, and Profiles of Engagement”, *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 245-253.
- Johnson, M. O., T. R. Elliot, T. B. Neilands, S. F. Morin y M. A. Chesney (2006), “A Social-solving Problem of Adherence to HIV Medication”, *Health Psychology*, 25, pp. 355-363.
- Leserman, J. (2008), “Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression”, *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 539-545.
- Kacaneck, D., D. L. Jacobson, D. Spiegelman, C. Wanke, R. Isaac y I. B. Wilson (2010), “Incident Depression Symptoms are Associated with Poor HAART Adherence: A Longitudinal Analysis from the Nutrition for Healthy Living Study”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 53, pp. 266-272.
- Kennedy, S., K. Goggin y N. Nollen (2004), “Adherence to HIV Medications: Utility of the Theory of Self-determination”, *Cognitive Therapy and Research*, 28, pp. 611-628.
- Lovejoy, T. I., y J. A. Suhr (2009), “The Relationship between Neuropsychological Functioning and HAART Adherence in HIV-positive Adults: A Systematic Review”, *Journal of Behavioral Medicine*, 32, pp. 389-405.
- Noar, S. M. (2007), “An Interventionist’s Guide to AIDS Behavioral Theories”, *AIDS Care*, 19, pp. 392-402.
- Peltzer, K., N. Friend-du Prezz, S. Ramlagan y J. Anderson (2010), “Antiretroviral Treatment Adherence among HIV Patients in KwaZulu-Natal, South Africa”, *BMC Public Health*, 10, p. 111.
- Piña, J. A. (2009), “Motivación en psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo”, *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5, pp. 27-35.
- , (2011), *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades de desarrollo en el siglo XXI*, Bogotá; PSICOM Editores.
- , (2012), *Adhesión en personas con VIH: una visión crítica desde la psicología*, Madrid, Editorial Académica Española.
- Piña, J. A., A. E. Corrales, K. Mungaray y M. A. Valencia (2006), “Instrumento para medir variables psicológicas y conductas de adhesión al tratamiento en personas que son seropositivas al VIH”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19, pp. 217-228.
- , M. A. Valencia, K. Mungaray y A. E. Corrales (2006), “Validación de una escala breve que mide situaciones vinculadas con estrés”, *Terapia Psicológica*, 24, pp. 15-21.

- , y J.J. Sánchez-Sosa (2007), “Un modelo psicológico para la investigación de las conductas de adhesión en personas con VIH”, *Universitas Psychologica*, 6, pp. 399-407.
- , M. Dávila, J. J. Sánchez-Sosa, C. Togawa y O. Cázares (2008), “Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23, pp. 377-383.
- , y M. T. González (2010), “Un modelo psicológico de adhesión en personas VIH+: modelamiento con ecuaciones estructurales”, *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 1, pp.185-206.
- , J. L. Ybarra, I. G. Alcalá y R. A. Samaniego (2010), “Psicología y salud (I): la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual”, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, pp. 21-29.
- , L. E. Fierros, C. H. García y J. L. Ybarra (2011), “Psicología y salud (II): tendiendo puentes entre la psicología básica y la aplicada. El rol del fenómeno de personalidad”, *Pensamiento Psicológico*, 16, pp. 203-212.
- , C. H. García, J. L. Ybarra y L. E. Fierros (2012), “Psychological and Biological Variables Among 100% HIV Adherent Patients: A Path-analysis”, en C. H. García, R. Ballester y J. A. Piña (eds.), *Chronic Disease and Adherence Behaviors: Psychological Research in Ibero-American Countries*, Hauppauge, Nova Science Publishers, pp. 203-219.
- Reynolds, N. R. (2003), “The Problem of Antiretroviral Adherence: A Self-regulatory Model for Intervention”, *AIDS Care*, 15, pp. 117-124.
- Rigsby, M. O., M. I. Rosen, J. E. Beauvais, J.A. Cramer, P. M. Rainey, S. S. O'Malley, y B. J. Rounsaville (2000), “Cue-dose Training with Monetary Reinforcement: Pilot-study of an Antiretroviral Adherence Intervention”, *Journal of General Internal Medicine*, 15, pp. 841-847.
- Ribes, E. (1990), *Psicología y salud: un análisis conceptual*, Barcelona; Martínez Roca.
- , (2005), “¿Qué se debería medir en psicología? El asunto de las diferencias individuales”, *Acta Comportamental*, 13, pp. 37-52.
- , y S. Sánchez (1990), “El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad”, en E. Ribes (ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, México, Trillas, pp. 79-98.
- Rosas, M. A., y M. T. González (2012), “Social Support and Motives: Their Influence on Treatment Adherence and Biological Markers among HIV Patients from Michoacan, Mexico”, *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, pp. 151-166.
- Saal, W., y A. Kagee (2011), “The Applicability of the Theory of Planned Behaviour in Predicting Adherence to ART among a South African Sample”, *Journal of Health Psychology*, 17, pp. 362-370.

- Sánchez-Sosa, J. J. (2002), "Treatment Adherence: The Role of Behavioral Mechanism and Some Implications for Health Care Interventions", *Revista Mexicana de Psicología*, 19, pp. 85-92.
- , J. J., O. Cázares, L. E. Fierros y J. A. Piña (2011), "Estudio longitudinal de variables psicológicas y las conductas de adhesión en pacientes VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral", en J. L. Ybarra, J. J. Sánchez-Sosa y J. A. Piña (eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*, México, Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno, pp. 137-154.
- , J. J., O. Cázares, J. A. Piña y M. Dávila (2009), "Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH", *Salud Mental*, 32, pp. 389-397.
- Simoni, J. M., K. R. Amico, L. Smith y K. Nelson (2010), "Antiretroviral Adherence Interventions: Translating Research Findings to the Real World Clinic", *Current HIV/AIDS Reports*, 7, pp. 44-51.
- Starace, F., A. Massa, K. R. Amico y J. D. Fisher (2006), "Adherence to Antiretroviral Therapy: An Empirical Test of the Information-Motivation-Behavioral Skills Model", *Health Psychology*, 25, pp. 157-162.
- Tarakeshwar, N., A. K. Srikrishnan, S. Johnson, C. Vasu, S. Solomon, M. Merson, y K. Sikema (2007), "A Social Cognitive Model of Health for HIV-positive Adults Receiving Care in India", *AIDS and Behavior*, 11, pp. 491-504.
- UNAIDS (2010), *Global Reports. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, Ginebra. Autor [UNAIDS/10.11E/JC1958E].
- Weaver, K. E., M. M. Llabre, R. E. Durán, M. H. Antoni, G. Ironson, F. J. Penedo y N. Schneiderman (2005), "A Stress and Coping Model of Medication Adherence and Viral Load in HIV-positive Men and Women on Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)", *Health Psychology*, 24, pp. 385-392.
- Wools-Kaloustian, K., y S. Kinaiyo (2006), "Extending HIV Care in Resource-limited Settings", *Current HIV/AIDS Reports*, 3, pp. 172-176.

7. COMPONENTES COGNOSCITIVOS Y CONDUCTUALES DE LA DIABETES *MELLITUS* TIPO 2: EL CASO DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL

Raquel García Flores
Departamento de Psicología
Instituto Tecnológico de Sonora

Juan José Sánchez-Sosa
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

Dependiendo del informe epidemiológico anual, la diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) es la principal causa de muerte en México. Mas de 70 mil personas fallecieron en 2010 por complicaciones relacionadas con esta enfermedad (Secretaría de Salud, 2011). La frecuencia de diabetes *mellitus* en la población mexicana ha aumentado más de 30 veces en los últimos 50 años, ocupando México el séptimo lugar de diabetes en el mundo (International Diabetes Federation, 2011), con una prevalencia de 14.4% para el año 2006. Actualmente se estima que 7.3 millones mexicanos viven con diabetes, de los cuales sólo 3.7 millones conocen su diagnóstico (Aguilar y Rojas, 2012). Cada año se diagnostican 400 mil nuevos casos de diabetes en el país, lo que implica que cada día se diagnostican cerca de mil nuevos pacientes. El 90% de las personas que padecen diabetes presenta el tipo 2 de la enfermedad.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006) se señala que el Distrito Federal se ubicó por arriba de la media nacional en el diagnóstico médico previo de DM2 y, comparado con los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA, 2000), dicha entidad federativa presentó un incremento de 30.9% en la prevalencia de diagnósticos médicos de DM2. De acuerdo con la ENSANUT (2006), la hemoglobina glucosilada —un indicador de la glucemia promedio durante las 6-8 semanas previas— presentada en los pacientes fue de 11.2%, mientras que 5.29% de los pacientes con diabetes tenía concentraciones satisfactorias, es decir, menores a 7%. Asimismo, 56.2% de los casos mostró valores mayores a 11%, indicando hiperglucemia grave. Es de destacarse que esto ocurre a pesar de que 94% de los pacientes tenía prescrita una intervención médica para su control (Aguilar y Rojas, 2012).

Debido a su escaso control, la diabetes representa hoy día la principal demanda de atención médica y una de las causas más importantes de hospitalización en

nuestro país. Esta situación se viene a complicar porque cada vez hay más personas jóvenes (menores de 40 años) diagnosticadas con la enfermedad. El número de personas afectadas por la diabetes de inicio temprano creció de 318 400 en 1993 a casi un millón 663 mil en 2006 (Aguilar y Rojas, 2012). Además del sufrimiento y el deterioro generado por la enfermedad tanto a la persona como a la familia inmediata, el costo económico por el manejo de la diabetes es sumamente alto. En 2010 se gastaron en México cerca de 10 mil millones de pesos para el tratamiento de la diabetes. De cada 100 pesos utilizados para hacer frente a la diabetes en México, 52 fueron gastados por el paciente, 33 aportados en derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 15 por la Secretaría de Salud (SS). Así, la mayor parte de los gastos para el manejo de la diabetes lo cubren las familias (Arredondo y de Icaza, 2011). Lamentablemente, 92% del gasto anual se destina a pacientes que no se adhieren al tratamiento ni realizan el crucial auto-monitoreo continuo de su glicemia. Esto, además de ocasionar mayor deterioro en la salud del paciente y mayor probabilidad de complicaciones graves que pueden conducir a su fallecimiento, resultan en un enorme desperdicio de recursos.

La mayoría de las estadísticas predicen que en los próximos años todas estas cifras se agravarán en México, como consecuencia de la compleja acción combinada de factores como el incremento en la esperanza de vida, el envejecimiento de la población, la alta predisposición genética de la población mexicana a esta enfermedad y los efectos del sobrepeso y la inactividad física. Estos últimos dos factores aumentan de manera importante la probabilidad de que una persona desarrolle el padecimiento en alguna etapa de su vida (Hernández y Olaíz, 2002). En efecto, en la ENSANUT (2006) se destaca que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es de 70% en la población mexicana (71.9% en mujeres y 66.7% en hombres), en particular en personas cuyas edades oscilan entre 30 y 60 años; además, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad —vista mediante el índice de masa corporal, igual o mayor que 30— que entre los hombres. La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos se ha ido incrementando con el tiempo. En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que la ENSA 2000 señala que 24% de los adultos la mostraba, mientras que para 2006 alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres: 34.5%; hombres: 24.2%) ya presentaba obesidad (Ponce, 2008). Este incremento porcentual debe tomarse en consideración, sobre todo debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo medulares para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes, las cardiovasculares y el cáncer.

Otra asociación importante, revelada por la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993), es que hay una importante relación inversa entre la diabetes *mellitus* y el nivel educativo; las personas con menor escolaridad tienen la prevalencia más elevada de diabetes *mellitus* (15.6%), en comparación con quienes

tienen estudios de posgrado, que alcanza la menor (2.8%). Este último hallazgo posiblemente refleja una alta proporción de genes amerindios (más propensos a desarrollar la enfermedad) y de estilos de vida no saludables en los sectores de baja escolaridad (Hernández y Olaíz, 2002).

En cuanto al desarrollo de complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes, las cifras son elevadas, ya que el porcentaje de adhesión al tratamiento médico es de aproximadamente 33%. En México, la diabetes es la primera causa de ceguera adquirida en edad productiva; también es la primera causa de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores y de insuficiencia renal crónica. De cada 100 diabéticos en México 14 desarrollan padecimientos del sistema nervioso; asimismo, entre siete y 10 desarrollan pie diabético —que en 30% de los casos suele terminar en amputación— y 22% desarrolla retinopatía en un lapso de cuatro años —de los cuales entre 2 y 5% acaba perdiendo la vista. Finalmente, los infartos al miocardio son de dos a cuatro veces más frecuentes en las personas que padecen diabetes en comparación con personas sin diagnóstico (Hernández y Olaíz, 2002).

Psicopatología comórbida

La depresión influye en el desarrollo y empeoramiento de la DM2 (Sacco y Yanover, 2006). En los pacientes con diabetes la tasa de prevalencia de la depresión es dos veces mayor y se asocia con una pobre adhesión al tratamiento médico, y, en consecuencia, con niveles altos de glicemia y complicaciones médicas que conllevan a una alta frecuencia de hospitalizaciones y mortalidad (Egede, Nietert y Zheng, 2005). Las personas que padecen diabetes y depresión son más propensas a fallecer en un lapso de ocho años, a diferencia de aquellas que sólo padecen una de las enfermedades (Sacco y Yanover, 2006). Particularmente, los pacientes con DM2 que requieren insulina presentan mayores índices de depresión, probablemente asociada con las barreras psicosociales que implican el uso de la insulina, por ejemplo, o bien con la percepción de gravedad de la enfermedad (Li, Ford, Strine y Mokdad, 2008).

Un estudio desarrollado en Estados Unidos en 879 pacientes con DM2, en clínicas de primer nivel de atención, obtuvo que 19% de los pacientes presentó Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el cual se asoció con pobres conductas de autocuidado; 66% presentó síntomas relacionados con la depresión, aunque no se cumplió con el diagnóstico de TDM. Existe una relación continua entre los síntomas de depresión y la no adhesión al tratamiento, que es evidente aún en niveles subclínicos. Por tal razón, resulta importante tratar los síntomas relacionados con la depresión, ya que sólo 30% recibe dosis adecuadas de medicamento psiquiátrico y 6.7% recibe tratamiento psicológico (González *et al.*, 2007).

Por otra parte, los trastornos de ansiedad pueden ser un obstáculo para que el paciente realice las conductas de autocuidado necesarias para controlar la diabetes (Wiebe, Alderfer, Palmer, Lindsay y Jarret, 1994). Los factores cognoscitivos de la ansiedad usualmente se relacionan con una percepción de incapacidad para enfrentar situaciones adversas, generando problemas de autocontrol que refuerzan la percepción de incapacidad (Wiebe *et al.*, 1994). El (meta)análisis realizado por Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse y Lustman (2002) sobre la prevalencia de ansiedad en individuos con diabetes, con una muestra combinada de 2 584 participantes con DM y 1 492 participantes control sin DM, indica que 14% de las personas con DM experimentó trastorno de ansiedad generalizada, y 40%, síntomas elevados de ansiedad. Algunos pacientes han llegado a presentar miedo a la hipoglucemia (Polonsky, Davis, Jacobson y Anderson, 1992). En un estudio reciente se concluyó que la ansiedad específica a la hipoglucemia presenta síntomas de estrés postraumático, ya que los pacientes que reportan preocupación por la hipoglucemia presentan ansiedad en respuesta a esta ideación intrusiva, reaccionando con conductas de evitación que comprometen el control del padecimiento (Myers, Boyer, Herbert, Barakat y Scheiner, 2007).

De acuerdo con lo anterior, resaltan los altos costos económicos que implican tanto el tratamiento de la DM2 como las complicaciones crónicas derivadas de un escaso control glucémico en los pacientes. Además del sufrimiento y el deterioro individual y familiar asociado con el padecimiento, se prevé que las instituciones de salud van a tener, o ya están teniendo, serios problemas para cubrir el gasto que implica la atención médica para esta enfermedad (Arredondo y Zúñiga, 2004). En cuanto a los costos humanos, se ha sugerido que el deterioro de la calidad de vida es evidente. Las secuelas de una nefropatía diabética restringen de manera importante las actividades de la vida cotidiana. Por ejemplo, De los Ríos, Barrios y Ávila (2004) encontraron que en los pacientes con nefropatía el área social presenta un deterioro grave, pues se ven obligados a depender de los miembros de la familia (esposa o hijos mayores) y de los miembros del equipo de salud. El peso que representa el cuidado del enfermo, su transporte, las diálisis periódicas, el manejo dietético, aunado a las restricciones físicas, deteriora el funcionamiento social.

La amputación de los miembros pélvicos puede significar la pérdida de la autonomía de una persona, mientras que la pérdida de la visión conlleva graves dificultades en la adaptación al entorno del paciente; finalmente, las sensaciones o el dolor derivados de una neuropatía pueden alterar seriamente el estado emocional del paciente. Según un estudio realizado por De los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios y Guerrero (2004), el deterioro en los perfiles de la calidad de vida en las diferentes áreas muestra un proceso gradual y progresivo en relación con la cronicidad de la enfermedad. Todos estos eventos afectan la funcionalidad de las familias, ya que deben destinar atención, cuidados y elevados recursos económicos al paciente con DM2, sin olvidar que la pérdida de un ser querido es irreparable.

La adhesión al tratamiento en DM2

Características

La adhesión terapéutica es entendida como *el involucramiento activo y voluntario del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado* (DiMatteo y DiNicola, 1982, p. 7). Las características del padecimiento y el tratamiento son elementos que hay que considerar en la adhesión al tratamiento médico (Sánchez-Sosa, 2002). En el caso de la DM2, el tratamiento resulta complicado porque se necesita que el paciente realice numerosas conductas, muchas de ellas totalmente nuevas. La persona con diabetes debe realizar visitas al médico de manera regular, mantener hábitos alimentarios saludables (bajos en carbohidratos), realizar ejercicio físico por lo menos 30 minutos diarios, tomar medicamentos (hipoglucemiantes, insulina), medir su glucosa en sangre con frecuencia y mantener un cuidado adecuado de sus pies para prevenir infecciones que puedan derivar en una amputación (American Diabetes Association, 2009).

Algunos aspectos del tratamiento de la diabetes, como el cambio de hábitos alimentarios y la actividad física, pueden ser más difíciles de seguir por los pacientes que otros, como tomar medicamentos o administrarse insulina. Por ejemplo, en un estudio realizado en 79 pacientes con DM2 de la Ciudad de México, se encontró que el porcentaje de no adhesión en la dieta fue de 62%, de 85% en ejercicio físico, de 17% para la administración de hipoglucemiantes, de 13% para la aplicación de la insulina y de 3% para la asistencia a citas médicas (Hernández-Ronquillo, Téllez-Zenteno, Garduño-Espinosa y González-Aceves, 2003). Por otro lado, la persona con diabetes puede tener alteraciones importantes en el nivel de glicemia pero no presentar síntomas, razón por la cual el paciente puede no experimentar consecuencias inmediatas de su comportamiento y no percatarse de la necesidad de un cambio de conducta (Jáuregui, 2002).

Los factores sociodemográficos adquieren gran relevancia en la falta de adhesión al tratamiento, ya que el bajo nivel educativo y económico de la mayor parte de la población mexicana (Lerman, 2007) contribuye de forma importante a la falta de conocimientos para el manejo de la enfermedad (González-Pedraza, Alvará-Solís, Martínez-Vázquez y Ponce-Rosas, 2007), así como a la dificultad para adquirir medicamentos, insulina y materiales indispensables para el cuidado de la salud (medidor de glucosa, lancetas, tiras reactivas, jeringas, etcétera).

El automonitoreo es parte esencial en el control de la diabetes, ya que el paciente se percata cómo sus conductas afectan sus niveles de glicemia y puede tomar decisiones al respecto. También le permite al personal médico hacer modificaciones a los esquemas de tratamiento; por ejemplo, en un estudio realizado por Polonsky *et al.* (2011) se demostró que con una intervención dirigida al incre-

mento del automonitoreo de glicemia durante un año, los pacientes disminuyeron su hemoglobina glucosilada, en comparación con los pacientes que sólo tuvieron la atención médica tradicional.

Los trastornos psicológicos, como la ansiedad o la depresión, se relacionan con el empeoramiento del manejo de la diabetes. Se ha encontrado que el bienestar psicológico de los diabéticos en general es pobre y que influye negativamente en el cuidado de su salud, además de que es muy difícil detectar estos trastornos y brindar el apoyo psicológico necesario (Peyrot, Rubin, Lauritzen, Snoek, Matthews y Skovlund, 2005).

Existen otros tipos de complicaciones que interfieren con las conductas de autocuidado. Por ejemplo, en el caso de la hipoglucemia en ocasiones los pacientes perciben los síntomas pero no actúan en función de éstos, además de que difícilmente logran distinguir los síntomas característicos de este estado o incluso los atribuyen a otros factores. Finalmente, es posible que un déficit en habilidades para la organización de actividades pudiera estar afectando esta área (Wiebe *et al.*, 1994). Un aspecto por destacar es el hecho de que la información que se brinda al paciente no es suficiente para mejorar el autocuidado de la salud. Se necesitan otras estrategias para motivar y ayudar a los pacientes a manejar efectivamente la enfermedad, como establecer destrezas de autocuidado, de autorregulación emocional y de corrección de defectos o sesgos cognoscitivos (Heisler, Piette, Spencer, Kieffer y Vijan, 2005).

Las creencias relacionadas con la salud, como la percepción de la diabetes como un padecimiento grave, la vulnerabilidad a las complicaciones generadas por la enfermedad y la eficacia del tratamiento, pueden predecir una mejor adhesión a dicho tratamiento (Brown, Blozis, Kouzekanani, Garcia, Winchell y Hanis, 2007). Los pacientes se adhieren al tratamiento cuando éste tiene sentido para ellos, les parece efectivo, creen que los beneficios exceden los costos, perciben que tienen la habilidad para seguir el régimen y su medio ambiente apoya las conductas de salud (Delamater, 2006).

Las relaciones familiares también juegan un papel muy importante en la adhesión terapéutica en la DM2 (Oviedo, 2007). Los bajos niveles de conflicto, los altos niveles de cohesión y organización, además de patrones adecuados de comunicación en el área familiar, se asocian con una mejor adhesión al tratamiento (Fisher *et al.*, 1998). El apoyo social también ha demostrado beneficiar significativamente a la adhesión en DM2 (Ingram, Torres, Redondo, Bradford, Wang y O'Toole, 2007); de igual forma, el contacto de los pacientes con el equipo médico influye en la adhesión terapéutica en la DM (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993). Los pacientes que mantienen buenas relaciones y se sienten satisfechos con sus médicos presentan una mayor adhesión (Rubin, Peyrot y Siminerio, 2006). La adhesión a los tratamientos médicos en la DM es crucial, pues, para prevenir las complicaciones agudas y crónicas de este padecimiento (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group, 1993).

Relación entre adhesión al tratamiento y calidad de vida

El concepto de calidad de vida ha tenido diversas definiciones desde su surgimiento en la ciencia. Tiene que ver con la evaluación de las condiciones en las que se desenvuelven las personas y que afectan su bienestar físico y psicológico. Por tratarse de un concepto altamente subjetivo —ya que la calidad de vida sólo la puede evaluar el que la percibe—, existen dificultades lógicas para crear parámetros de medición (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006). Una de las definiciones más completas de calidad de vida es la de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como “*la percepción del individuo de su posición en la vida, el contexto de su cultura y sistema de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, modelos y preocupaciones*” (WHOQOL, 1998, p. 11).

El área que con mayor frecuencia se evalúa es la relacionada con la salud, que se ha medido a través de la función física, el estado psicológico, la función y las interacciones sociales, así como a través de los síntomas físicos. Incluye cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción. Las investigaciones que se enfocan en evaluar la calidad de vida relacionada con una enfermedad específica incluyen aspectos emocionales de los pacientes, derivados del mismo proceso de enfermedad y de los efectos secundarios de los tratamientos a que son sometidos (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Para evaluar los efectos del tratamiento, tomar decisiones terapéuticas y distribuir los recursos en políticas de salud, resulta indispensable medir la calidad de vida de las personas con diabetes (Melchior, Correr, Rossignoli, Pontarolo y Fernández-Llimos, 2004). En un estudio realizado en la Ciudad de México con 247 pacientes diagnosticados con DM2 se encontró que su calidad de vida fue en general regular y la calidad de vida relacionada con la preocupación por aspectos sociales fue pobre (Oviedo, 2007).

Se ha demostrado que el descontrol del padecimiento por fallas en la adhesión al tratamiento médico disminuye en el largo plazo y de manera importante la calidad de vida de los pacientes (De los Ríos *et al.*, 2004). En contraste, en un estudio realizado a gran escala con pacientes diabéticos se demostró que un estilo de vida saludable (sin fumar, con actividad física regular y consumiendo cinco porciones de frutas y verduras diariamente) impacta significativamente para elevar la calidad de vida (Li, Ford, Mokdad, Jiles y Giles, 2007).

En un metaanálisis realizado por Cochran y Conn (2008) se encontró que las intervenciones dirigidas a mejorar el automanejo de la DM2 impactan positivamente la calidad de vida. De igual forma, las intervenciones cognoscitivo-conductuales para incrementar la adhesión al tratamiento en la DM2 han demostrado su eficacia para mejorar la calidad de vida de los pacientes (Del Castillo, Reyes y Sánchez-Sosa, 2004; Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez-Sosa, 2005; Robles, 2002).

Intervenciones para mejorar la adhesión al tratamiento en DM2

Para adaptarse exitosamente a una enfermedad crónica como la diabetes, la persona debe comprender y aceptar la realidad del padecimiento, deshacerse de falsas esperanzas y de la desesperanza destructiva, además de reorganizar y restructuringar el medio ambiente para facilitar el autocuidado (White, 2001). Safren, Gonzalez y Soroudi (2008) señalan que el uso de estrategias cognoscitivas para modificar los pensamientos negativos sobre el tratamiento y la diabetes, la programación de actividades y la mejora de la comunicación paciente-personal de salud, son elementos esenciales de las intervenciones psicológicas en este padecimiento. Las terapias conductuales que incluyen objetivos, contratos y reforzamientos que se centran en conductas específicas de autocuidado, como el automonitoreo de glucosa o los cuidados del pie, se han asociado con mejorías en el manejo a largo plazo de la diabetes (Litzelman, Slemenda, Langefeld, Hays, Welch y Bild, 1993).

Estudios más recientes se han enfocado en adaptar la terapia cognoscitivo-conductual para poblaciones diabéticas, obteniéndose muy buenos resultados para el manejo de la depresión (Del Castillo *et al.*, 2004; Lustman, Anderson, Freedland, de Groot, Carney y Clouse, 2000; Lustman, Griffith, Freedland, Kissel y Clouse, 1998). En los Países Bajos se han aplicado técnicas cognoscitivo-conductuales de forma grupal para objetivos específicos, como reducir la ansiedad relacionada con las complicaciones de la enfermedad y atender problemas de relaciones interpersonales, y combatir creencias sobre la diabetes que son barreras para el autocuidado y para la calidad de vida. Los datos han demostrado un decremento en el estrés relacionado con la enfermedad, mejorando el bienestar subjetivo y el control metabólico (Van de Ven, Chatrou y Snoek, 2000).

Una demostración de la efectividad de los tratamientos cognoscitivo-conductuales de amplio reconocimiento es el “entrenamiento en detección de glucosa en sangre” (BGAT, por sus siglas en inglés), que incorpora estrategias cognoscitivo-conductuales para mejorar el autotratamiento y la toma de decisiones en adultos con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) (Cox, Gonder-Frederick, Polonsky, Schlundt, Kovatchev y Clarke, 2001). Tiene como objetivo instrumentar conductas específicas de autorregulación, como el reconocimiento de síntomas de glucemia elevada y la identificación de los factores que contribuyen a la irregularidad de la glucemia. Su eficacia se ha demostrado en series de estudios conducidos en múltiples sitios de Estados Unidos y Europa. Los beneficios a largo plazo incluyen la mejoría del estatus psicosocial, mejores habilidades para reconocer los síntomas de diferentes niveles de glucemia, una reducción de episodios de hipo e hiperglucemia, así como menos accidentes de tránsito (Cox *et al.*, 2001).

Varios estudios en México confirman que las técnicas cognoscitivo-conductuales mejoran la calidad de vida y la adhesión al tratamiento médico en personas con diabetes (Caballero, López y Gómez, 2004; Del Castillo, 2010; Del Castillo *et*

al., 2004; Riveros *et al.*, 2005; Robles, 2002). En estas investigaciones se reconoce la importancia de desarrollar métodos sistematizados y pedagógicos que mejoren la efectividad del tratamiento y destacan la necesidad de evaluar cómo se llevan a cabo de manera más precisa los cambios conductuales en los pacientes. Adicionalmente, cabe recordar que una amplia proporción de la población mexicana que sufre esta enfermedad posee un escaso nivel educativo, lo cual demanda estrategias especiales para que sea capaz de manejar la información y adquirir cogniciones funcionales para instrumentar decisiones en relación con el padecimiento, que requiere controlar un gran número de variables.

Entrevista motivacional

La entrevista motivacional (EM) es una intervención breve y centrada en el paciente para promover el cambio conductual por medio de la resolución de la ambivalencia (Miller y Rollnick, 1999). Esta estrategia fue desarrollada para tratar problemas de adicción, y debido a su eficacia se está aplicando para apoyar el cambio de conductas en salud. En el caso de la diabetes, se requiere que el paciente realice cambios importantes en su vida cotidiana; por esa razón esta estrategia se ha integrado a los programas de intervención para facilitar este proceso. Generalmente, esta herramienta se utiliza antes de iniciar cualquier tipo de intervención (Welch, Rose y Ernst, 2006; Westra y Dozois, 2006). La EM se caracteriza por ser *colaborativa*, ya que promueve la relación terapeuta-paciente en el proceso de toma de decisiones. También es *evocativa*, porque propicia que el paciente identifique los recursos que ya posee para lograr el cambio. El terapeuta relaciona los intereses del paciente con el cambio de conducta en salud, respetando su *autonomía*, ya que en él recae la responsabilidad del cambio (Rollnick, Miller y Butler, 2008).

Para estos últimos autores, la práctica de la EM sigue cuatro principios básicos que, en inglés, se pueden recordar con el acrónimo *RULE* (“resist, understand, listen y empower”):

1. Resistir el reflejo de hacer lo correcto: los profesionistas que brindan servicios de apoyo a las personas tienen un poderoso deseo de hacer lo correcto, prevenir el daño y promover el bienestar. Esto se presenta casi de forma refleja, automática. En consecuencia esta conducta puede tener un efecto paradójico y la razón no es que los pacientes se encuentren en la etapa de negación; más bien es la tendencia humana a resistir la persuasión, lo que se puede verificar cuando la persona se encuentra ambivalente respecto del cambio. El ser humano tiende a creer en lo que escucha de sí mismo, por lo que mientras más verbalice las desventajas del cambio, mayores serán las probabilidades de que permanezca en el *statu quo*.
2. Entender y explorar las motivaciones del paciente: son las razones propias del paciente y no las del clínico las que incrementan la probabilidad de cambio en la conducta.

3. Escuchar con empatía: consiste en comprender los sentimientos y las perspectivas de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar.
4. Empoderar al paciente: ayudar a los pacientes a explorar qué pueden hacer, que marque una diferencia en el cuidado de su salud. Resulta importante apoyar a los pacientes a tener esperanza de que el cambio sea posible.

Las estrategias motivacionales fundamentales de la EM son las siguientes:

1. Preguntas abiertas: facilitan el diálogo, no se pueden contestar con una sola palabra o frase, y no necesitan ninguna respuesta en particular. Implican una forma de solicitar información adicional. Por ejemplo; “¿cómo le ha afectado la diabetes en su vida?”
2. Escucha reflexiva: deducir lo que la persona realmente quiere decir en una frase. Por ejemplo, en el caso del paciente: “Todos los médicos me dicen como tengo que vivir mi vida. Estoy harto de eso”; en el caso del terapeuta: “Está usted cansado de que la gente le diga las cosas que debería y no debería hacer”.
3. Provocar frases automotivadoras: consiste en facilitar la expresión de afirmaciones en relación con el cambio mediante preguntas. Las frases automotivadoras se clasifican en reconocimiento del problema, preocupación, intención de cambiar y optimismo. Ejemplos de éstas son los siguientes: *a)* reconocimiento del problema: ¿qué dificultades ha tenido con el control de la diabetes?, ¿de qué forma cree que usted u otras personas se han visto afectadas por la falta de control del azúcar en sangre?; *b)* preocupación: ¿hasta qué punto le preocupa su nivel de azúcar en sangre?, ¿qué cree que pueda suceder si usted no realiza un cambio?; *c)* intención de cambiar: ¿cuáles son las razones que usted ve para cambiar?, ¿qué es lo que debería cambiar?, y *d)* optimismo: ¿qué le hace pensar que si decide introducir un cambio, lo podría hacer?, ¿qué lo lleva a pensar que podría cambiar si así lo desea?
4. Balance decisional: se identifican los costos y los beneficios del cambio y del *statu quo* (cuadro 1).

Los elementos claves de la entrevista motivacional son la naturaleza centrada en el paciente para provocar la conversación en torno al cambio (las propias razones individuales y los argumentos para el cambio) y la exploración de la ambivalencia sobre el cambio de conducta mientras se examinan las discrepancias entre la conducta actual y los valores o metas personales (Miller y Rollnick, 2002). La escucha reflexiva es un componente crítico de la EM que permite la clarificación de metas e intereses y ayuda a obtener razones para cambiar en palabras del paciente. La EM ha demostrado en algunos estudios su efectividad para incrementar el control glucémico, la actividad física, el compromiso en cambios dietéticos y en el decremento el peso corporal (Calhoun, 2005; Rubak, Sandbaek, Lauritzen y Christensen, 2005; Smith, Heckemeyer, Kart y Mason, 1997).

Cuadro 1. *Ejemplo de balance decisional*

¿Cuál es la conducta específica que está considerando? Seguir la dieta que me recomendó la nutrióloga		
	Seguir igual	Hacer un cambio
Beneficios	Me gusta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sigo comiendo lo que me gusta y disfruto ➤ Me olvido por un rato que tengo diabetes 	Me gustaría: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Me sentiría bien físicamente ➤ Ya no iría tantas veces al baño ➤ Podría vivir más ➤ Disfrutar a mis nietos
Costos	No me gusta: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sube mi glucosa y me siento mal físicamente ➤ Mi familia me regaña ➤ Me puedo morir si se me sube demasiado la glucosa 	No me gustaría: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tengo que hacer sacrificios para dejar de comer lo que me gusta ➤ Tengo que hacer dos comidas, una para la familia y otra para mí

Smith, DiLillo, Bursac, Gore y Greene (2007) llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era determinar si añadir la EM a una intervención conductual para el tratamiento de la obesidad mejoraba los resultados en mujeres con sobrepeso y DM2. Los resultados indicaron que las participantes en ambas condiciones perdieron peso a los 18 meses, pero en el grupo expuesto a EM se detectó una mayor pérdida en relación con el grupo control; sin embargo, los beneficios no se reflejaron en las mujeres afroamericanas. La adhesión fue mayor en el grupo expuesto a EM, ya que la asistencia y el automonitoreo fueron más frecuentes. Por su parte, Channon *et al.* (2007) desarrollaron un estudio con el fin de examinar la eficacia de la EM para disminuir índices de HbA1c y mejorar factores psicosociales en pacientes adolescentes con DM1, comparándola con visitas de apoyo. El grupo expuesto a EM presentó una mayor satisfacción con su vida, menor preocupación, menos ansiedad y mayor bienestar. Además, este grupo percibió a la diabetes como un asunto serio e importante a controlar y presentó creencias relacionadas con el hecho de que ciertas acciones ayudan a prevenir complicaciones futuras. Este grupo también percibió que la diabetes tiene un menor impacto en sus vidas.

Cabe destacar que son pocos los estudios que confirman la eficacia de la EM para fortalecer la adhesión al tratamiento en pacientes con DM2, por lo que sería importante verificar el efecto de dicha técnica en el tratamiento de estos pacientes. Por ejemplo, en el estudio desarrollado por Befort, Nollen, Ellerbeck, Sullivan, Thomas y Ahluwalia (2008) con mujeres afroamericanas obesas no se encontraron diferencias significativas en relación con el peso corporal comparando la EM y una intervención educativa. Los autores consideran que el bajo nivel socioeconómico podría generar una mayor percepción de barreras para el

cambio, por lo que la EM no resulta tan útil como en otras poblaciones. Concluyen con la necesidad de investigar en qué poblaciones resulta más efectiva la EM.

Con base en las consideraciones anteriores el objetivo de este estudio fue analizar los efectos de la EM en conjunto con una intervención cognoscitivo-conductual grupal en pacientes con DM2 (García y Sánchez-Sosa, 2013).

Método

Participantes

Participaron en el estudio 25 pacientes con diagnóstico de DM2 de una institución de salud pública del Distrito Federal, con una edad promedio de 62 años ($DE = 10$). Asimismo, ocho (32%) eran hombres y 17 (68%) mujeres. Por otro lado, 12 (48%) contaban con estudios de primaria, ocho (32%) de secundaria, dos (8%) de bachillerato y tres (12%) universitarios. Los pacientes fueron distribuidos de manera intencional en dos grupos: uno que incluye una sesión de EM individual (13 pacientes) y otro que incluye una sesión educativa individual (12 pacientes). Ambas sesiones se realizan antes de ingresar al tratamiento cognoscitivo-conductual grupal. Se utilizó la prueba de la *t* de Student para muestras independientes en la medición de la hemoglobina glucosilada, con la finalidad de conocer si existían diferencias significativas entre ambos grupos (educativo y motivacional) antes de iniciar el tratamiento, sin que se encontraran dichas diferencias. De igual forma se analizaron los datos de las escalas con la prueba *U* de Mann-Whitney (por su nivel de medición); se encontraron diferencias significativas en la escala de preocupación por aspectos sociales y vocacionales ($p = 0.04$), presentándose un mayor puntuación en el grupo motivacional.

Instrumentos

Entrevista Semiestructurada para Pacientes con DM2 (García, 2003). En esta entrevista se cuestiona sobre las creencias, las conductas de autocuidado, el estilo de vida y los estados emocionales asociados con la diabetes.

Calidad de Vida en Diabetes (Robles, Cortázar, Sánchez-Sosa, Páez y Nicolini, 2003). Es una versión adaptada del Diabetes Quality of Life Measure (DQOL), que permite evaluar la calidad de vida específica en pacientes con este padecimiento (DCCT, 1988). El instrumento consta de 45 preguntas distribuidas en las siguientes subescalas: *a*) satisfacción con el tratamiento; *b*) impacto del tratamiento; *c*) preocupación por aspectos sociales y vocacionales, y *d*) preocupación por efectos futuros de la diabetes. Las preguntas se contestan en una escala tipo Likert

de cinco puntos. La dimensión de satisfacción se puntúa desde muy satisfecho (1) hasta muy insatisfecho (5). Las escalas de impacto y preocupación se califican desde ningún impacto o nunca me preocupó (1) hasta siempre me afecta o siempre me preocupa (5). De acuerdo con el sistema original de calificación, una baja puntuación en la escala significa una buena calidad de vida. La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa que oscila entre 0.68 y 0.86, además de presentar una adecuada validez factorial y de constructo. El instrumento presenta índices de correlación positivos, moderados y estadísticamente significativos con los instrumentos de ansiedad ($r = 0.68$) y depresión ($r = 0.51$) de Beck.

Inventario de Depresión de Beck (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998). Es la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, 1961), que fue diseñado para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta una persona. El instrumento es autoadministrado y consta de 21 preguntas, cada una con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. En todos los casos, el primer enunciado tiene un valor de 0, que indica la ausencia del síntoma, el segundo 1 punto, el tercero 2 puntos y el último 3 puntos, que constituye la severidad máxima del síntoma. Las normas de calificación del BDI en México son: mínima (0 a 9), leve (10 a 16), moderada (17 a 29) y severa (30 a 63). Los datos de la estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78. El instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante.

Inventario de Ansiedad de Beck (Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001). Evalúa la intensidad de la sintomatología ansiosa presente en una persona; es un instrumento autoadministrado que consta de 21 preguntas que determinan la severidad con que se presentan las categorías sintomáticas y conductuales que evalúan. Estas categorías corresponden a los síntomas que generalmente se incluyen para hacer el diagnóstico de algún trastorno de ansiedad. La evaluación de la severidad de los síntomas se hace mediante una escala de 0 a 3 puntos, donde 0 indica la ausencia del síntoma y 3 su severidad máxima. Los estudios de las propiedades psicométricas de la versión en español del IAB sugieren que se trata de una medida con alta consistencia interna y validez de constructo, divergente y convergente adecuada.

Procedimiento

Se estableció contacto con las autoridades de una Unidad de Medicina Familiar del IMSS a efecto de acordar la firma de convenios con la finalidad de realizar la investigación. Se diseñaron las cartas descriptivas y se llevó al cabo el piloteo de la intervención grupal en 10 pacientes, previa firma del consentimiento informado.

Mediante la técnica de grupos focales se analizó la satisfacción del usuario. Con base en esta evaluación se realizaron los cambios necesarios para la intervención final.

Por otro lado, se contactó a una psicóloga experta en el manejo de la EM para la impartición de un taller de 20 horas, con el propósito de iniciar el entrenamiento en esta herramienta terapéutica. Se continuó con la práctica clínica aplicando la EM en pacientes con DM2, involucrando a una psicóloga pasante quien aplicó la técnica; con el apoyo de audiograbaciones se retroalimentó la ejecución de la misma hasta que resultó satisfactoria, acorde con los lineamientos de la EM, mediante una hoja de evaluación de estrategias motivacionales. Se invitó en la sala de espera a los pacientes que acudían a consulta para que participaran en el estudio. También se recurrió al personal médico para que canalizara pacientes pero la respuesta fue escasa, excepto en el área de trabajo social, desde donde se canalizó una cantidad importante de pacientes.

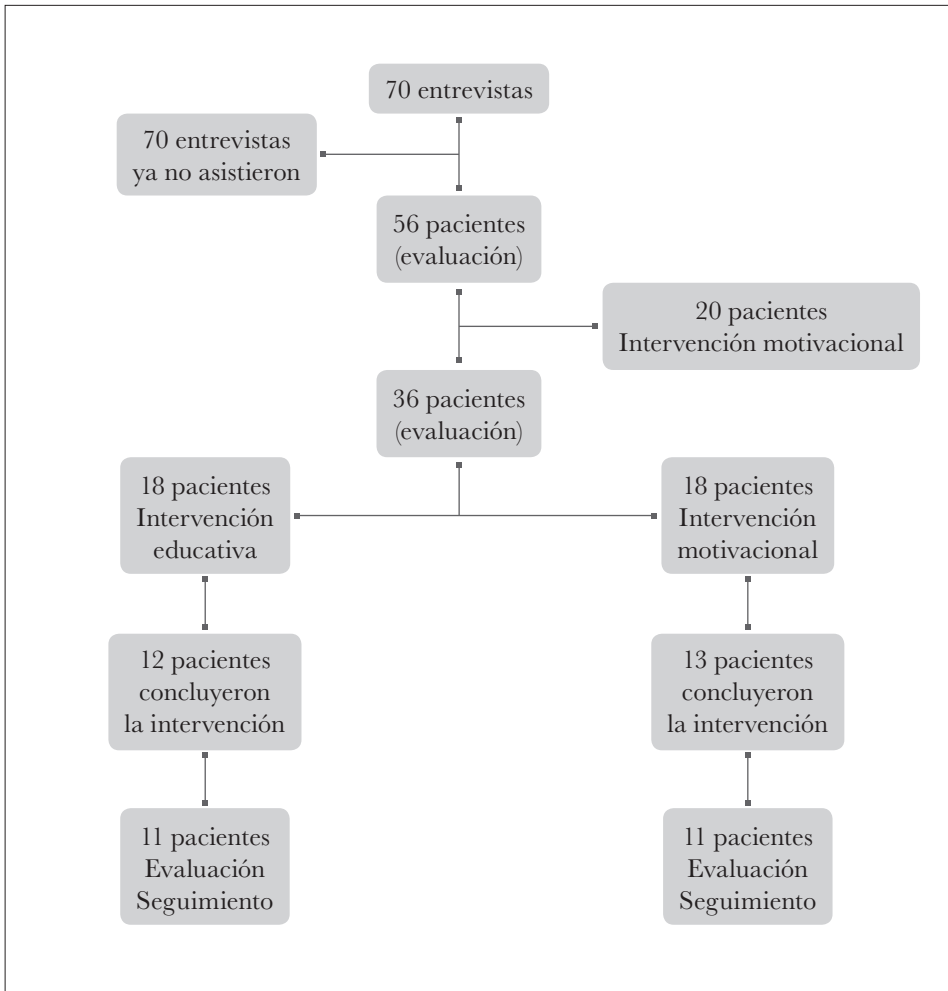
Una vez que los pacientes accedieron colaborar, se procedió a la lectura del consentimiento informado y se realizó la entrevista semiestructurada para obtener información precisa sobre el estado actual del autocuidado relacionado con la diabetes y se administraron los instrumentos antes de la intervención, al finalizar ésta y a los seis meses. La administración la condujo una estudiante de servicio social, previamente entrenada. También se llevaron a cabo mediciones fisiológicas, como hemoglobina glucosilada (HbA1c), triglicéridos y colesterol antes de iniciar el tratamiento, después del tratamiento y seis meses después de haber concluido la intervención.

Fueron entrevistados 70 pacientes, aun cuando sólo 56 acudieron a la evaluación y 36 asistieron a la intervención. Finalmente, concluyeron el tratamiento 25 pacientes, de los cuales 22 realizaron la evaluación de seguimiento. En la figura 1 se muestra el diagrama de flujo de los pacientes atendidos. Conforme se iban integrando a la investigación, los pacientes evaluados fueron asignados a uno de dos grupos de intervención: 1) un grupo de 13 pacientes que incluyó tres sesiones de entrevista motivacional: antes de iniciar el programa, al finalizar éste y a los tres meses, y 2) otro grupo conformado por 12 pacientes, que recibió sólo la intervención cognoscitivo-conductual y tres sesiones de atención individual: antes, después y a los tres meses de finalizar el tratamiento, en las que se abordaron temas relacionados con el cuidado de la salud.

El tratamiento cognoscitivo-conductual grupal consistió de 12 sesiones semanales de dos horas cada una e incluyó las siguientes técnicas:

1. *Educación para la salud*: consiste en una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas y destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia las conductas saludables (Green, 1980). En esta intervención se abordaron los temas: definición de diabetes, síntomas, complicaciones agudas y crónicas, así como factores de riesgo.

Figura 1. Diagrama de flujo de los pacientes atendidos



2. *Psicoeducación*: consiste en explicar al paciente cómo se relacionan sus conductas, emociones, creencias y sensaciones físicas con los problemas que se presentan en su vida cotidiana (Beck, 1983), y también cómo afectan el control de la diabetes.
3. *Modelamiento y moldeamiento*: son procedimientos cuyo objetivo es la adquisición de nuevas conductas, basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura. Esta teoría sugiere que tanto las habilidades como la confianza en la capacidad de cambiar pueden aumentar mediante la observación de otras personas realizando la conducta deseada. En este caso se utilizaron estos procedimientos para

que los pacientes con diabetes midieran su glicemia con el glucómetro, simularan una inyección de insulina y prepararan alimentos bajos en carbohidratos.

4. *Autocontrol*: es definido como las conductas que emprende una persona deliberadamente para lograr resultados seleccionados por ella misma (Kazdin, 1996). Una de las estrategias es el automonitoreo, que consiste en observar la propia conducta de modo sistemático. Para el manejo de la diabetes es muy importante que el paciente observe la frecuencia, la intensidad y la duración de las conductas que afectan sus niveles de glicemia y que constantemente evalúe su nivel de glucosa en sangre. Otra estrategia es el control de estímulos, cuyo objetivo es estructurar el ambiente para que las conductas se modifiquen (Kazdin, 1996). En el caso de las personas con diabetes, es necesario que los estímulos estén vinculados con las conductas relacionadas con la toma de medicamentos y con una alimentación saludable. La programación conductual que incluye el autorreforzamiento de conductas saludables y el contrato conductual (en el cual se especifica la relación entre conductas y consecuencias) apoyan a la persona con diabetes para realizar los cambios de conducta relevantes para controlar sus niveles de glucosa.
5. *Modelo de solución de problemas*: proceso cognoscitivo-conductual autodirigido, mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para situaciones problemáticas específicas encontradas en la vida diaria (D’Zurilla y Nezu, 1999). Un problema —o situación problemática— es definido por los mismos autores como aquellas situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen determinadas respuestas, consideradas adaptativas, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones, debido a la presencia de distintos obstáculos. La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una capacidad unitaria. Es decir, la solución eficaz de los problemas requiere diferentes componentes interactuantes: *a)* orientación al problema; *b)* definición y formulación del problema; *c)* generación de alternativas de solución; *d)* toma de decisiones, y *e)* puesta en práctica de la solución y verificación. De acuerdo con el (meta)análisis realizado por Hill-Briggs y Gemmel (2007), en 50% de las intervenciones en las cuales se incluyó la técnica de solución de problemas existió una disminución significativa de la hemoglobina glucosilada.
6. *Reestructuración cognoscitiva*: el diagnóstico de la diabetes está relacionado con creencias culturales que pueden influir negativamente en la adhesión al tratamiento. Además, la existencia de estados emocionales disfuncionales complica en mayor medida la adhesión. Así que resulta importante identificar las

creencias distorsionadas para generar pensamientos más realistas y funcionales (Gonzalez, Fisher y Polonsky, 2011).

7. *Entrenamiento en asertividad*: mediante el modelamiento y el juego de roles se entrena a los pacientes en conductas específicas, como pedir ayuda, negarse a consumir alimentos altos en carbohidratos y hacer preguntas/peticiones al equipo médico para mejorar su adhesión al tratamiento.

Los temas que se abordaron durante la intervención y las sesiones dedicadas a cada uno de ellos se resumen en el cuadro 2. En algunas sesiones se proporcionaron folletos educativos para que el paciente recordara la información revisada. Una psicóloga especializada y una estudiante de servicio social debidamente entrenada condujeron las sesiones grupales, sin conocer la condición asignada a cada paciente. Se realizaron dos sesiones de EM (antes de la intervención y después de la intervención). Cada sesión tuvo una duración de 20 minutos.

Los objetivos de cada sesión de EM fueron los siguientes: 1) *Sesión antes de la intervención*: mediante el uso de preguntas evocadoras el paciente verbalizó frases automotivadoras. Las preguntas que pueden formar parte de esta sesión incluían: ¿En su opinión, cuáles han sido algunas de las mejores razones para cuidar su salud? ¿Cómo se imagina que cambiaría su vida cotidiana si controlara su azúcar? ¿Qué cosas hace usted para cuidar sus niveles de azúcar en la sangre que ha sentido le han dado resultado? ¿Qué otras cosas piensa usted que podría cambiar para mejorar sus niveles de azúcar en la sangre? ¿Le gustaría que el grupo de apoyo le ayudara a usted para disminuir sus niveles de azúcar en la sangre? ¿De qué manera? 2) *Sesión después de la intervención*: que el paciente verbalice frases de autoeficacia, pudiéndose usar las siguientes preguntas abiertas: ¿Cuáles son los cambios que usted ha realizado desde que entró al grupo de apoyo? ¿Cómo se ha sentido al respecto? ¿Cuáles son las cosas buenas que han sucedido desde que entró al grupo de apoyo? ¿Qué cosas ha hecho para lograr los cambios que se propuso? ¿Qué considera que hace falta? ¿Qué siente usted que podemos hacer para lograr esos cambios? Las sesiones educativas tuvieron un carácter directivo, donde sólo se ofreció información sobre la enfermedad, y se utilizó el consejo y la persuasión para que el paciente realice cambios en la conducta acorde con las recomendaciones médicas.

Resultados

A continuación se muestran los dispersogramas que muestran los valores pre-pos y de seguimiento en el paciente adscrito a cada grupo de intervención. Cabe señalar que en el grupo que recibió la sesión educativa un paciente no se presentó para realizar su evaluación de seguimiento y en el grupo que recibió la sesión

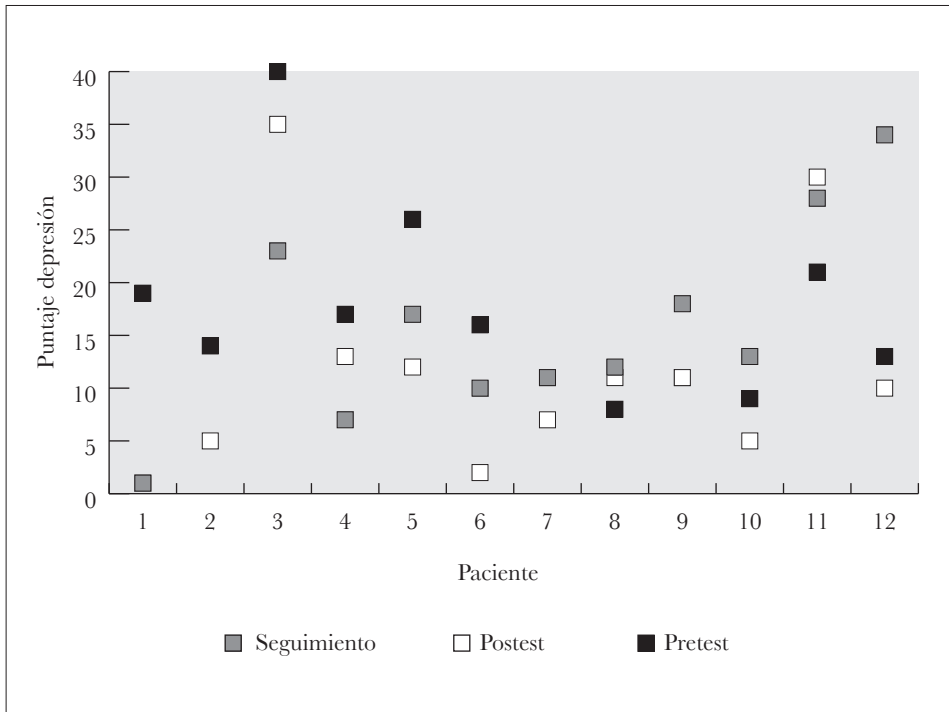
Cuadro 2. *Temas abordados en la intervención cognoscitivo-conductual*

Sesión	Tema	Contenido/ Técnicas
1	Presentación y planteamiento de objetivos.	Estructura de la intervención, expectativas/ Discusión.
2	Educación para la salud.	Definición, síntomas, complicaciones agudas y crónicas, factores de riesgo, tratamiento/ Exposición.
3	Psicoeducación.	Relación pensamiento-reacción física-emoción-conducta/ Exposición-discusión.
4-5	Control emocional.	Reestructuración cognoscitiva, modelo de solución de problemas, relajación.
6	Automonitoreo de glucos y toma de medicamentosa.	Uso del medidor de glucosa, efecto de los medicamentos, estrategias para toma de medicamentos/ Modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos.
7-8	Alimentación.	Relación alimentación-glucemia, grupos de alimentos, menú bajo en carbohidratos/ Modelamiento, modelo de solución de problemas, control de estímulos.
9	Actividad física y cuidado de los pies.	Relación entre actividad física y glucemia, opciones para realizar actividad física, revisión diaria de pies/ Modelo de solución de problemas, contrato conductual, modelamiento.
10	Asertividad.	Conducta no asertiva, agresiva y asertiva/ Modelamiento y moldeamiento.
11	Revisión y cuidado de los pies/Inyección de insulina.	Recomendaciones para la prevención del pie diabético y aplicación de la inyección de insulina/ Modelamiento, moldeamiento y ensayo conductual.
12	Cierre.	Logro de objetivos y compromisos a largo plazo/ Discusión.

motivacional dos pacientes tampoco lo hicieron. Por su parte, en la gráfica 1 se puede observar que cuatro de los 11 pacientes tratados se encuentran en el nivel moderado y severo antes de la intervención, disminuyendo su puntuación considerablemente. En relación con el seguimiento se observa que ocho pacientes mostraron un incremento en la sintomatología depresiva.

En la gráfica 2, correspondiente al grupo motivacional, se observa una menor intensidad de los síntomas depresivos en la mayoría de los pacientes, en

Gráfica 1. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo educativo

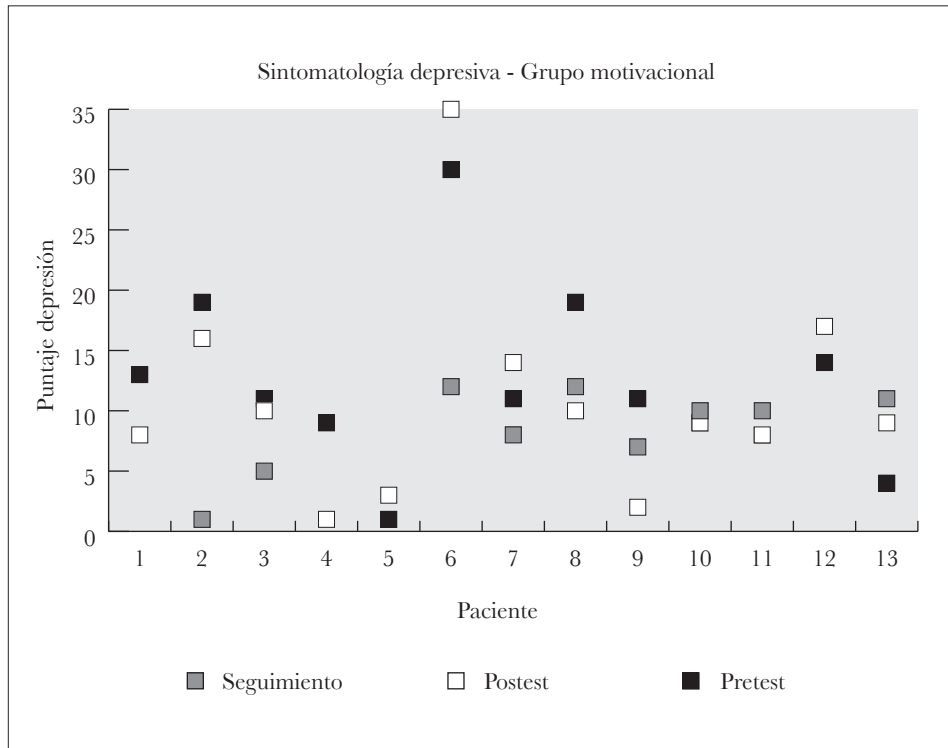


Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	19	14	40	17	26	16	11	8	11	9	21	13
Postest	1	5	35	13	12	2	7	11	11	5	30	10
Seguimiento	1		23	7	17	10	11	12	18	13	28	34

comparación con el grupo expuesto a la sesión educativa. Tres pacientes presentaron cambios clínicamente significativos en la disminución de los síntomas y tres pacientes presentaron un incremento significativo en los mismos. En la evaluación de seguimiento, cinco pacientes mostraron un incremento de los síntomas.

En la gráfica 3, correspondiente al grupo educativo, se observaron cambios clínicamente significativos en la disminución de la sintomatología ansiosa en ocho pacientes, mientras que un paciente empeoró, debido a que atravesaba por una crisis económica importante. En el seguimiento, tres pacientes mostraron un incremento en la sintomatología superior al pretest y tres mostraron un incremento en comparación con el postest.

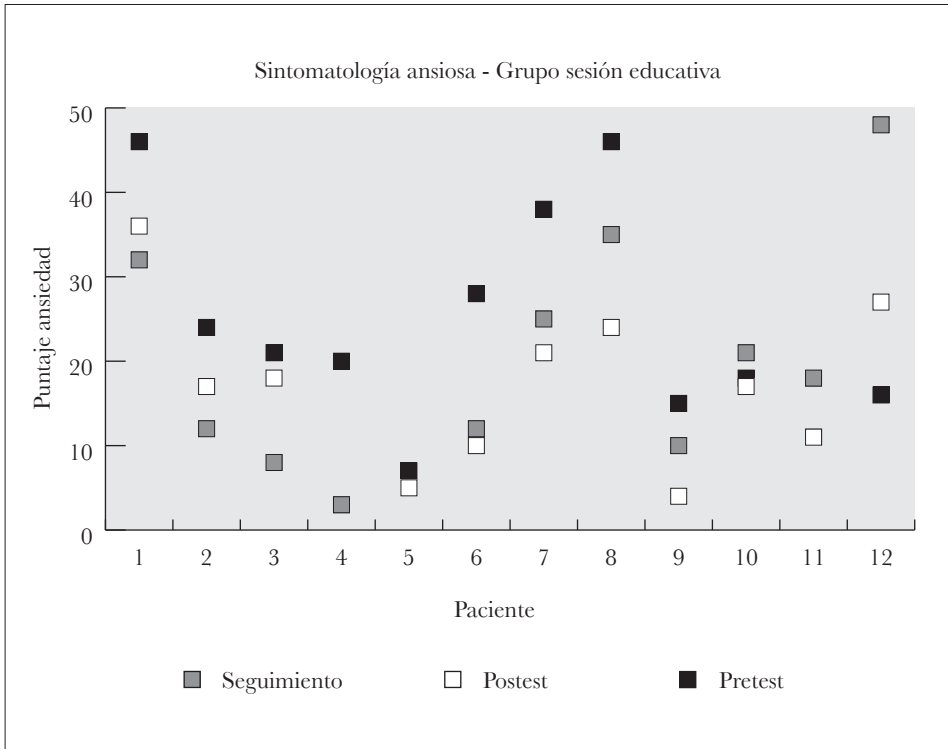
Gráfica 2. *Cambios prepos y seguimiento en el Inventario de Depresión de Beck en el grupo motivacional*



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	13	19	11	9	1	30	11	19	11	9	8	14	4
Postest	8	16	10	1	3	35	14	10	2	9	8	17	9
Seguimiento		1	5	0	0	12	8	12	7	10	10		11

En cambio, en el grupo motivacional (gráfica 4) se observaron cambios clínicamente significativos en 11 pacientes después de la intervención. Cinco pacientes disminuyeron de un nivel de ansiedad severa a moderada o leve en el postest y durante el seguimiento; esa disminución se presentó de manera mucho más acusada en los pacientes 1 y 2. Sin embargo, en el seguimiento un paciente (registrado con el número 10) mostró incremento de los síntomas mayor al pretest y tres pacientes presentaron un incremento mayor al postest (los registrados con los números 9, 10 y 11).

En cuanto al deterioro de la calidad de vida, en el grupo de sesión educativa tres pacientes disminuyeron su puntuación en el postest y en el seguimiento (gráfica 5),

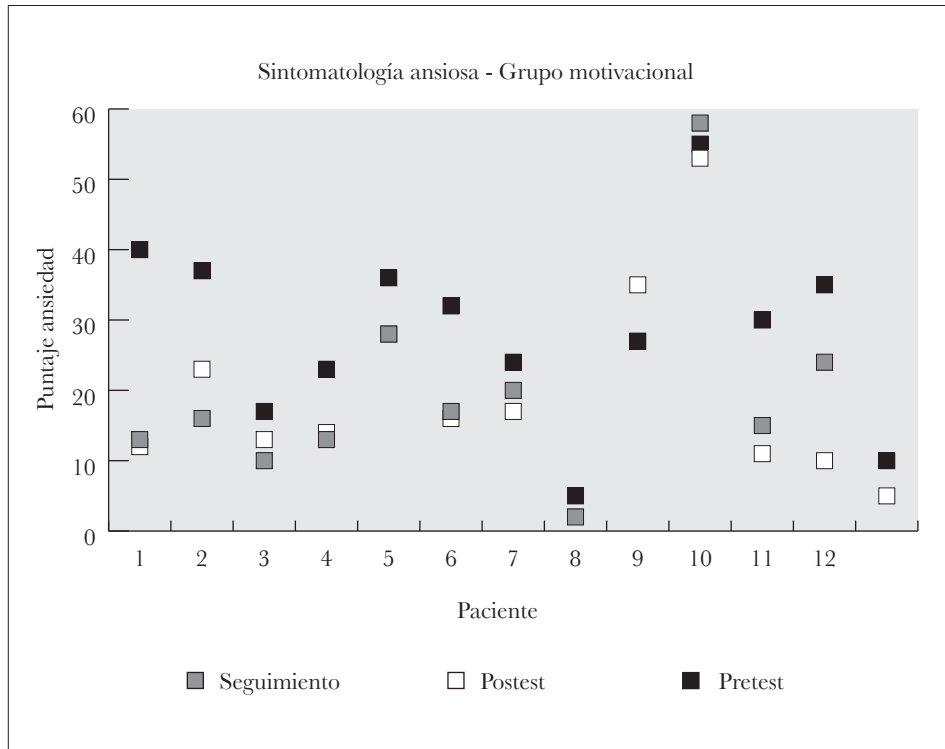
Gráfica 3. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo educativo

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	46	24	21	20	7	28	38	46	15	18	11	16
Postest	36	17	18	3	5	10	21	24	4	17	11	27
Seguimiento	32	12	8	3		12	25	35	10	21	18	48

que corresponden a los pacientes números 1, 2 y 4. Por otro lado, seis de los pacientes mostraron puntuaciones en el seguimiento superiores al pretest, es decir, que su calidad de vida empeoró; en tres de ellos los incrementos en las puntuaciones fueron de ligeros a moderados, pero en los otros tres se presentaron de manera importante, como en los casos de los pacientes con números 10, 11 y 12, con incrementos de 76, 23 y 81 puntos, respectivamente, entre las evaluaciones pretest y seguimiento. Asimismo, es importante hacer notar que un paciente, con el registro número 3, no completó la evaluación en la variable dentro de la fase de seguimiento.

En el grupo que recibió la sesión motivacional, tal como se muestra en la gráfica 6, un total de 10 pacientes disminuyó su deterioro de la calidad de vida entre el

Gráfica 4. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Ansiedad de Beck en el grupo motivacional

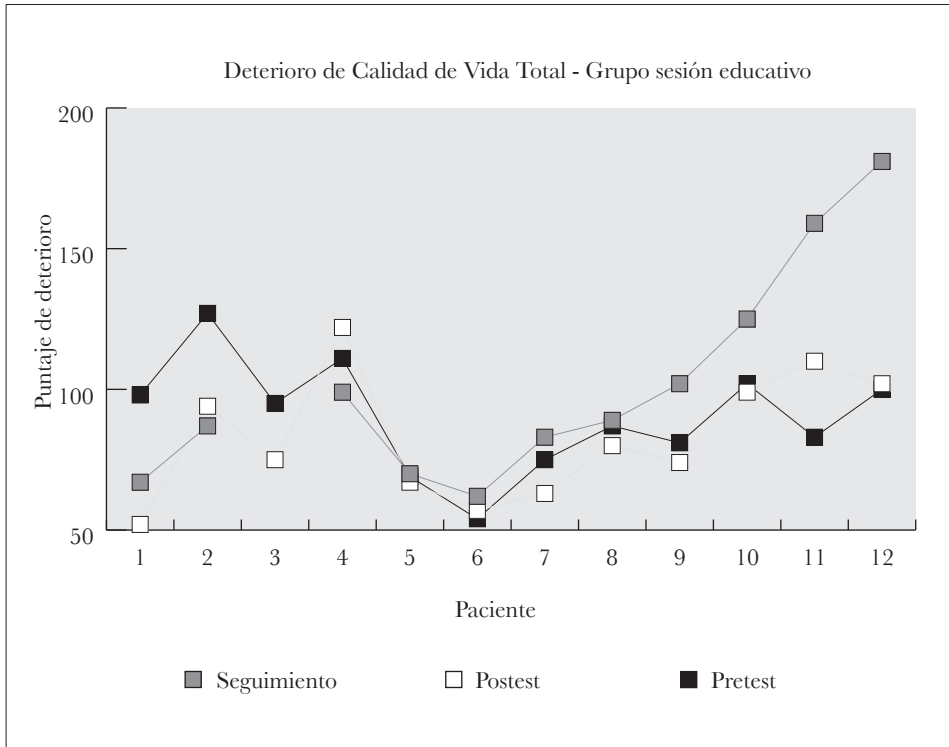


Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	40	37	17	23	36	32	24	5	27	55	30	35	10
Postest	12	23	13	14	28	16	17	0	35	53	11	10	5
Seguimiento	13	16	10	13	28	17	20	2		58	15	24	

pretest y el postest (los incrementos se encontraron en los pacientes 11 y 12). Por otro lado, entre el postest y el seguimiento, cinco de los pacientes redujeron sus puntuaciones, de manera más acusada en quienes tenían los números 9, 11 y 13, lo que significa que fueron éstos quienes incrementaron su calidad de vida después de la intervención. Finalmente, seis pacientes presentaron incrementos en las puntuaciones en ambas fases, si bien es cierto que en todos los casos fueron ligeros (con excepción del paciente 3 que pasó de 69 a 82 puntos), aunque no lo suficiente como para considerar un deterioro de la calidad de vida, según lo establecido en el estudio de validación del instrumento utilizado.

Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para identificar diferencias sig-

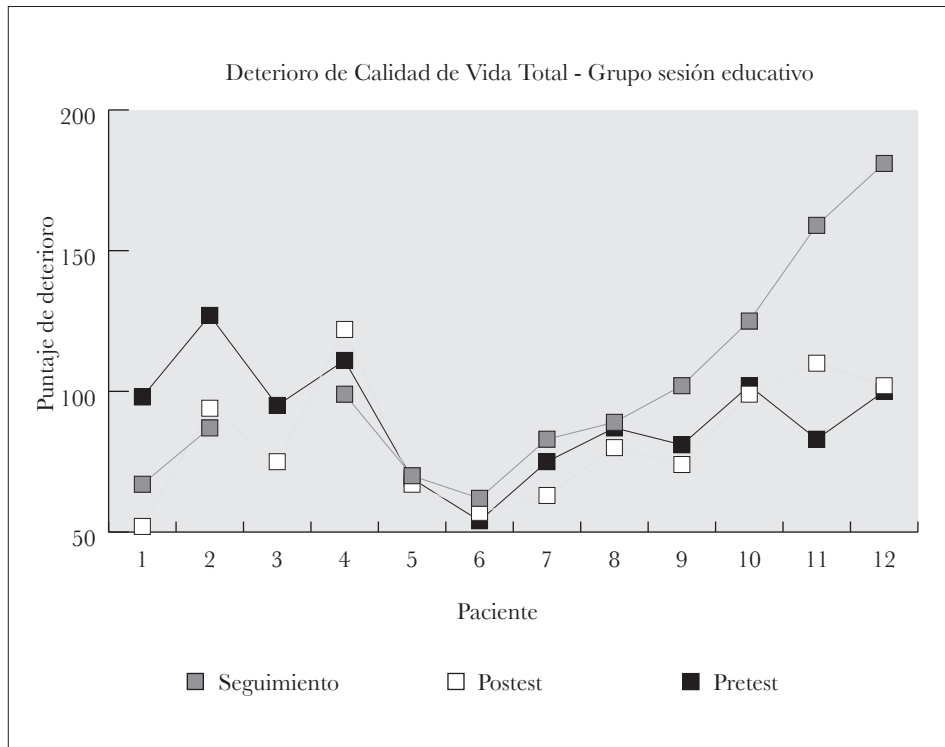
Gráfica 5. *Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Calidad de Vida en Diabetes en el grupo educativo*



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	98	127	95	111	69	54	75	87	81	102	83	100
Postest	52	94	75	122	67	57	63	80	74	99	110	102
Seguimiento	67	87		99	70	62	83	89	102	125	159	181

nificativas entre las puntuaciones en el pretest, el postest y el seguimiento para los grupos educativo y motivacional en las variables depresión, ansiedad y calidad de vida. Se pudo observar que el grupo que recibió la sesión educativa, las escalas de depresión y ansiedad mostraron cambios significativos comparando el pre-pos del tratamiento. Estos cambios fueron benéficos para los pacientes, es decir, existió una disminución estadísticamente significativa de la sintomatología ansiosa y depresiva. El deterioro en la calidad de vida se incrementó significativamente del postest al seguimiento, es decir que los pacientes empeoraron en estas dos áreas. En comparación, en el grupo motivacional no se encontraron datos estadísticamente significativos que señalen

Gráfica 6. Cambios pre-pos y seguimiento en el Inventario de Calidad de Vida en Diabetes en el grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	128	112	101	110	63	104	87	103	101	139	88	82	77
Postest	66	69	69	85	49	82	72	88	89	129	83	92	88
Seguimiento	67	-	82	77	58	88	76	76	64	133	-	74	60

que los pacientes hayan empeorado en alguna área. Más bien, se beneficiaron significativamente en más áreas, en comparación con el grupo educativo. Estas áreas fueron: ansiedad pre-pos y preseguimiento; mejora significativa en la calidad de vida en el pre-pos y en el preseguimiento.

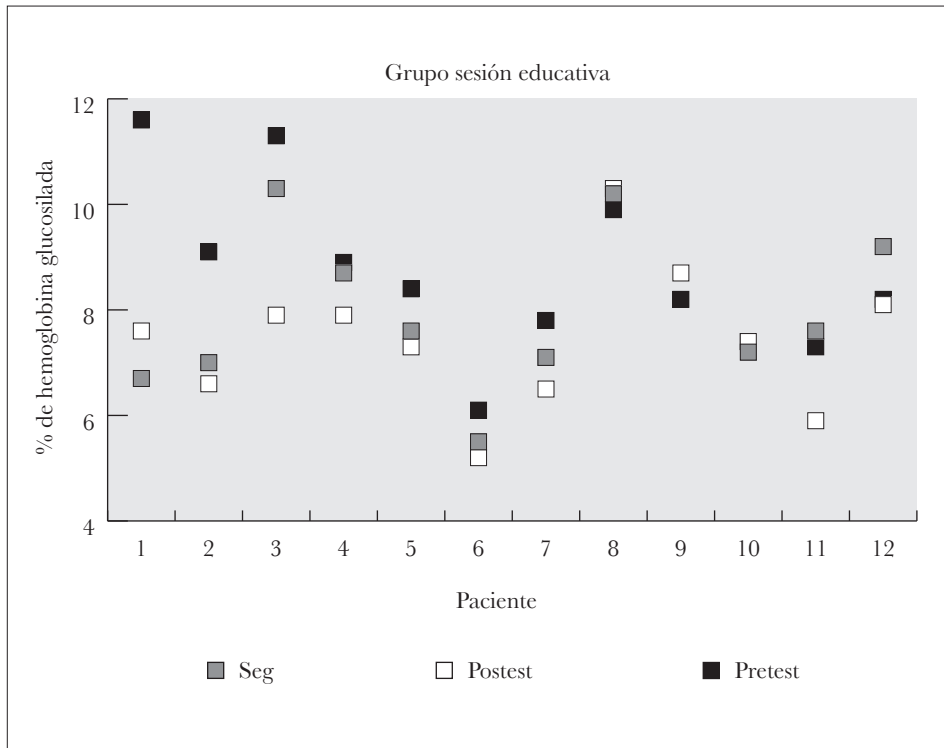
Asimismo, se utilizó la prueba de Friedman para k muestras relacionadas en los 11 pacientes que finalizaron el seguimiento. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo educativo para la sintomatología ansiosa ($p = 0.02$). En el grupo motivacional se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la sintomatología ansiosa ($p = 0.001$) y en deterioro de la calidad de vida ($p = 0.004$).

Es importante tener en cuenta la significancia clínica. Para este fin se llevó al cabo el cálculo de cambio clínico objetivo, que consiste en la diferencia entre el postest y el pretest, dividido entre el pretest (Cardiel, 1994). Se considera que un cambio clínico es significativo cuando es mayor a 0.20. Los cálculos se realizaron con los datos pre-pos, pos seguimiento y preseguimiento, identificando si ese cambio fue positivo (mejoría), negativo (deterioro) o menor que 0.20, lo cual indicaría que el paciente permaneció igual. En el grupo educativo 43% de los cambios posibles indicaron una mejora del pretest al postest, mientras que en el grupo motivacional 51% de los cambios mejoraron de una a otra condición. En cuanto al pretest y el seguimiento, en el grupo educativo 39% de los cambios posibles mejoraron, mientras que en el grupo motivacional 59% de los cambios indicaron una mejoría. En relación con el porcentaje de no cambios, no se encontraron diferencias entre ambos grupos. Sin embargo, en cuanto a los pacientes que empeoraron, en el grupo educativo 17% empeoró del pretest al postest, mientras que en el grupo motivacional sólo empeoró 8%. Respecto del pretest al seguimiento, en el grupo educativo empeoró 33%, a diferencia del grupo motivacional en el que sólo 11% empeoró. Esto indica que los pacientes fueron más beneficiados clínicamente en el grupo motivacional que en el educativo. Por lo que hace al porcentaje de hemoglobina glucosilada, en el grupo educativo ocho pacientes presentaron una disminución importante en el postratamiento (gráfica 7). Sin embargo, en el seguimiento se presentó un incremento en casi todos los pacientes, excepto en uno. Tres pacientes consiguieron disminuir la hemoglobina glucosilada en el seguimiento al nivel recomendado por los médicos, que es de 7% y que se muestra en la gráfica con una línea punteada. Un paciente logró mantenerse con el porcentaje saludable.

En el grupo motivacional, nueve pacientes disminuyeron el porcentaje de hemoglobina glucosilada en el pos y en el seguimiento, mientras que tres pacientes lo incrementaron en el seguimiento (gráfica 8). Cuatro pacientes consiguieron disminuir la hemoglobina glucosilada en el rango recomendable (menor a 7%) y un paciente se mantuvo en el mismo.

Para analizar estadísticamente las mediciones de hemoglobina glucosilada prepos y seguimiento se aplicó la prueba de la t de Student para muestras relacionadas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con un nivel de significancia de 0.05 en todas las comparaciones, excepto en pos seguimiento de la sesión educativa y preseguimiento en ambos tratamientos. Esto significa que los pacientes presentaron disminución estadísticamente significativa del pre al postratamiento, pero un incremento estadísticamente significativo en el seguimiento a seis meses.

Gráfica 7. Cambios pre-pos y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo educativo



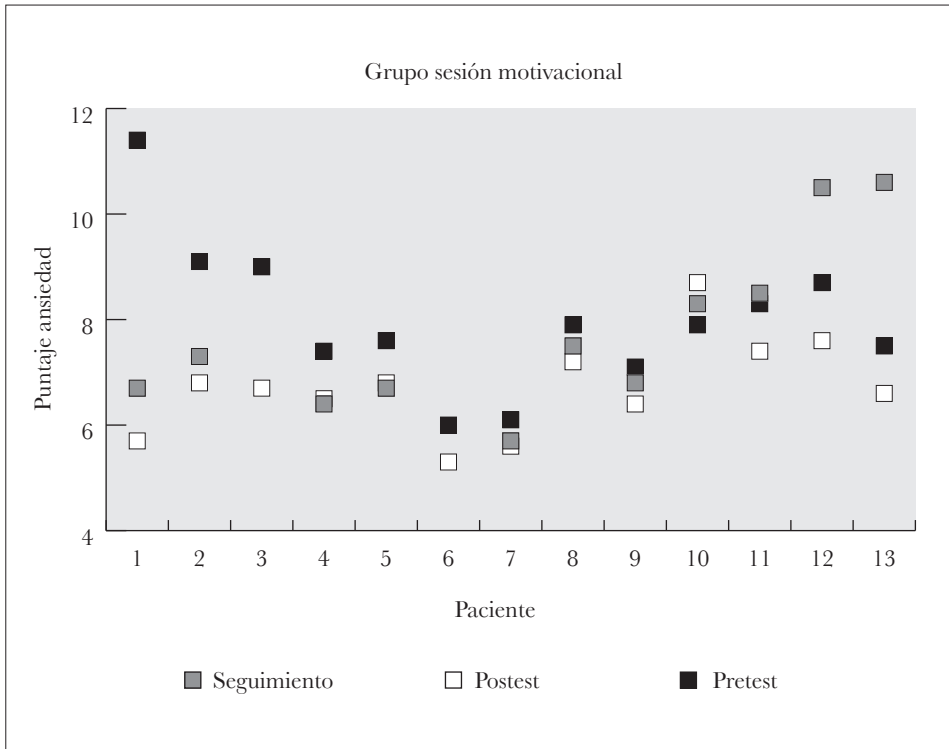
Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Pretest	11.6	9.1	11.3	8.9	8.4	6.1	7.8	9.9	8.2	7.4	7.3	8.2
Postest	7.6	6.6	7.9	7.9	7.3	5.2	6.5	10.3	8.7	7.4	5.9	8.1
Seguimiento	6.7	7	10.3	8.7	7.6	5.5	7.1	10.2		7.2	7.6	9.2

Discusión

Este estudio tuvo por objeto analizar los efectos de una intervención cognoscitivo-conductual grupal adicionando el componente de la EM para indagar si podía potenciar los resultados positivos del tratamiento psicológico. Para esto se compararon dos grupos: uno que incluía una sesión de entrevista motivacional antes y después del tratamiento grupal cognoscitivo-conductual, y otro que incluyó una sesión educativa antes y después de la intervención.

En primer término, se pudo observar que ambas intervenciones generaron cambios importantes en el control del padecimiento, ya que se detectó una disminución en los niveles de hemoglobina glucosilada en casi todos los pacientes.

Gráfica 8. Cambios pre-pos y seguimiento en hemoglobina glucosilada en el grupo motivacional



Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Pretest	11.4	9.1	9	7.4	7.6	6	6.1	7.9	7.1	7.9	8.3	8.7	7.5
Postest	5.7	6.8	6.7	6.5	6.8	5.3	5.6	7.2	6.4	8.7	7.4	7.6	6.6
Seg	6.7	7.3		6.4	6.7		5.7	7.5	6.8	8.3	8.5	10.5	10.6

Este indicador es muy importante, puesto que señala que los pacientes realizaron cambios conductuales relevantes que afectaron positivamente su salud física. Tomar el medicamento, disminuir la cantidad de carbohidratos consumidos en su dieta cotidiana y hacer ejercicio permitió disminuir los niveles de glucosa sanguínea. Para lograr cambios conductuales relevantes al cuidado de la salud, los pacientes requieren no sólo información, sino también entrenamiento en conductas de autocuidado (Wang, Stewart, Mackenzie, Nakonezny, Edwards y White, 2010). Además, este dato coincide con el obtenido por Smith *et al.* (2007), quienes también compararon dos tratamientos (cognoscitivo-conductual y cognoscitivo-conductual + motivacional), detectando beneficios importantes en ambos.

También se pudo apreciar que los dos tipos de tratamiento mejoraron el bienestar emocional de los pacientes al disminuir los síntomas de depresión y ansiedad, y al mejorar su calidad de vida. El impacto positivo de las intervenciones cognoscitivo-conductuales concuerda con los resultados obtenidos en diversas investigaciones (Caballero *et al.*, 2004; Del Castillo *et al.*, 2004; Jáuregui, 2002, Riveros *et al.*, 2005; Robles, 2002). Específicamente, el uso del modelo de solución de problemas resultó muy útil para que los pacientes generaran alternativas para superar los obstáculos percibidos en el control de la glucosa, lo cual coincide con el estudio realizado por Hill-Briggs y Gemmel (2007).

Respecto de los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad, llama la atención el hecho de que los pacientes antes de la intervención presentaron niveles más elevados en la sintomatología ansiosa que en la depresiva. Esto contrasta con el estudio realizado por Egede, Nietert y Zheng (2005), quienes afirman que la sintomatología depresiva es mayor en las personas que padecen diabetes. Cabe destacar que son escasas las investigaciones que estudian los efectos de la ansiedad en el control de la diabetes, lo cual permite vislumbrar la necesidad de estudiar la relación entre la sintomatología ansiosa y la diabetes. Se pudo observar, asimismo, que los pacientes que recibieron la sesión motivacional emocionalmente permanecieron estables y/o mejoraron en el seguimiento. Este hecho coincide con lo expuesto por Chanon *et al.* (2007), quienes señalan que los pacientes del grupo motivacional presentaron mayor satisfacción con su vida, menos ansiedad y mayor bienestar. Sin embargo, el hecho de que el nivel de hemoglobina glucosilada se incrementara durante el seguimiento sugiere la necesidad de programar sesiones mensuales para continuar apoyando al paciente en el cambio de conducta ya iniciado. Debido a limitaciones de tiempo y espacio dentro de la institución, este seguimiento no se pudo realizar.

Conclusiones y recomendaciones

En primer lugar, el estudio corrobora la importancia del psicólogo de la salud en los escenarios clínicos. Se demostró que ambas intervenciones influyeron positivamente en el cambio conductual en los pacientes y que repercutió en la mejoría de su salud física y emocional en sólo tres meses de tratamiento. Varios pacientes atendidos con años de evolución del padecimiento lograron modificar su hemoglobina glucosilada sin necesidad de hacer cambios en la prescripción médica, lo que antes no habían realizado. Por lo anterior, se puede concluir que la EM representa una herramienta útil para mejorar el bienestar emocional de los pacientes y facilitar el cambio de conducta para mejorar indicadores fisiológicos, si bien es cierto que faltó detallar la estrategia para mantener el cambio de conducta a largo plazo. Se requieren, por tanto, estudios aleatorizados con grupos equipara-

dos para poder verificar los resultados de la EM. También se recomienda llevar a cabo estudios con un menor número de sesiones para indagar si pueden presentar el mismo efecto disminuyendo la inversión de recursos.

Referencias

- Aguilar, C., y R. Rojas (2012), “Epidemiología de la diabetes y el síndrome metabólico en México”, *Ciencia*, 63, pp. 36-45.
- American Diabetes Association (2009), “Standards of Medical Care in Diabetes—2009”, *Diabetes Care*, 32 (Suppl. 1), pp. S13-S61.
- Arredondo, A., y E. de Icaza (2011), “Costos de la diabetes en América Latina: evidencias del caso mexicano”, *Value in Health*, 14 (Suppl.), pp. S85-S88.
- , y A. Zúñiga (2004), “Economic Consequences of Epidemiological Changes in Diabetes in Middle-income Countries: The Mexican Case”, *Diabetes Care*, 27, pp. 104-109.
- Befort, C., N. Nollen, E. Ellerbeck, D. Sullivan, J. Thomas y J. Ahluwalia (2008), “Motivational Interviewing Fails to Improve Outcomes of a Behavioral Weight Loss Program for Obese African American Women: A Pilot Randomized Trial”, *Journal of Behavioral Medicine*, 31, pp. 367-377.
- Brown, S., S. Blozis, K. Kouzekanani, A. Garcia, M. Winchell y C. Hanis (2007), “Health Beliefs of Mexican Americans with Type 2 Diabetes: The Starr County Border Health Initiative”, *Diabetes Educator*, 33, pp. 300-308.
- Caballero, N., T. López y L. Gómez (2004), “Diseño, aplicación y evaluación del programa de atención psicológica para adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensión”, tesis de licenciatura no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Calhoun, D. (2005), *Why Change Now? Motivational Interviewing as a Brief Intervention for Type-2 Diabetes among the Eastern Shoshone and Northern Arapaho.*, Dissertation Abstracts International; Section B: The Sciences and Engineering, 66 (5-B), p. 2811.
- Cardiel, R. M. (1994), “La medición de la calidad de vida”, en L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (eds.), *Epidemiología clínica*, México, Interamericana-McGraw Hill, pp. 189-199.
- Channon, S., M. Huws-Thomas, S. Rollnick, K. Hood, R. Cannings-John, C. Rogers y J. W. Gregory (2007), “A Multicenter Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing in Teenagers with Diabetes”, *Diabetes Care*, 30, pp. 1390-1395.
- Cochran, J. y V. Conn (2008), “Meta-analysis of Quality of Life Outcomes Following Diabetes Self-management Training”, *The Diabetes Educator*, 34, pp. 815-823.

- Cox, D., L. Gonder-Frederick, W. Polonsky, D. Schlundt, B. Kovatchev y W. Clarke (2001), "Blood Glucose Awareness Training (BGAT-II: Long Term Benefits)", *Diabetes Care*, 24, pp. 637-642.
- Castillo, A. del (2010), "Apoyo social, síntomas depresivos, autoeficacia y control metabólico en pacientes con diabetes tipo 2", tesis de doctorado no publicada, México; Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , del, L. I. Reyes y J. J. Sánchez-Sosa (2004), "Intervención cognitivo-conductual para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida de un grupo de pacientes con diabetes tipo 2", en *La Psicología Social en México*, vol. X, México, Asociación Mexicana de Psicología Social, pp. 461-468.
- Ríos, J. de los, P. Barrios y T. Ávila (2004), "Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42, pp. 379-385.
- , J. J. Sánchez-Sosa, P. Barrios y V. Guerrero (2004), "Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42, pp. 109-116.
- Delamater, A. (2006), "Improving Patient Adherence", *Clinical Diabetes*, 24, pp. 71-77.
- DiMatteo, M. R., y D. D. DiNicola (1982), *Achieving Patient Compliance. The Psychology of the Medical Practitioner's Role*, Nueva York, Pergamon Press.
- Egede, L., J. Nietert y D. Zheng (2005), "Depression and All-cause and Coronary Heart Disease Mortality among Adults with and Without Diabetes", *Diabetes Care*, 28, pp. 1339-1345.
- ENEC (1993), *Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas*, México, Secretaría de Salud.
- ENSA (2000), *Encuesta Nacional de Salud 2000*, México, Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.insp.mx/ensa> [consultada el 19 de mayo de 2012].
- ENSANUT (2006), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*, México, Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.insp.mx/ensanut> [consultada el 19 de mayo de 2012].
- Fisher, L., C. Chesla, R. Bartz, C. Gilliss, M. Skaff, F. Sabogal y C. P. Lutz (1998), "The Family and Type 2 Diabetes: A Framework for Intervention", *The Diabetes Educator*, 24, pp. 599-607.
- García, R. (2003), "Reporte de experiencia profesional", tesis de maestría no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , y J. Sánchez-Sosa (2013), "Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2", *Psicología y Salud*, 23, pp. 183-193.
- Gonzalez, J., L. Fisher y W. Polonsky (2011), "Depression in Diabetes: Have we been Missing Something Important?", *Diabetes Care*, 34, pp. 236-239.
- González-Pedraza, A., E. Alvara-Solís, E. Martínez-Vázquez y R. Ponce-Rosas (2007), "Nivel de conocimientos sobre su enfermedad en pacientes diabé-

- ticos tipo 2 del primer nivel de atención médica”, *Gaceta Médica de México*, 143, pp. 453-462.
- Green, L. W. (1980), “*Health Education Planning: A Diagnostic Approach*”, Palo Alto, CA, Mayfield Publishing.
- Grigsby, B., R. Anderson, K. Freedland, R. Clouse y P. Lustman (2002), “Prevalence of Anxiety in Adults with Diabetes: A Systematic Review”, *Journal of Psychosomatic Research*, 53, pp. 1053-1060.
- Heisler, M., J. Piette, M. Spencer, E. Kieffer y S. Vijan (2005), “The Relationship between Knowledge of Recent HbA1c Values and Diabetes Care Understanding and Self-management”, *Diabetes Care*, 28, pp. 816-822.
- Hernández, M. y G. Olaíz (2002), “La diabetes y el mexicano: un reto para la salud pública”, *Ciencia*, 53, pp. 8-17.
- Hernández-Ronquillo, L., J. Téllez-Zenteno, J. Garduño-Espinosa y E. González-Aceves (2003), “Frecuencia y factores asociados al incumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, *Salud Pública de México*, 45, pp. 191-197.
- Hill-Briggs, F. y L. Gemmell (2007), “Problem Solving in Diabetes Self-management and Control: A Systematic Review of the Literature”, *The Diabetes Educator*, 33, pp. 1032-1050.
- Ingram, M., E. Torres, F. Redondo, G. Bradford, C. Wang y M. O’Toole (2007), “The Impact of Promoters on Social Support and Glycemic Control among Members of a Farm Worker Community on the US-Mexico Border”, *The Diabetes Educator*, 33 (Suppl.), pp. S172-S178.
- International Diabetes Federation (2011), *Diabetes Atlas, 5a ed.*, Bélgica, International Diabetes Federation.
- Jáuregui, J. (2002), “Factores psicosociales en pacientes con enfermedad crónica degenerativa”, tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Jurado, S., M. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperena y R. Varela (1998), “La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México”, *Salud Mental*, 21, pp. 26-31.
- Kazdin, A. (1996), *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*, México, El Manual Moderno.
- Lerman, I. (2007), “La atención del paciente más allá del primer nivel de atención”, *Salud Pública de México*, 49, pp. 99-103.
- Li, C., E. Ford, A. Mokdad, R. Jiles y W. Giles (2007), “Clustering of Multiple Healthy Lifestyle Habits and Health-related Quality of Life among U.S. Adults with Diabetes”, *Diabetes Care*, 30, pp. 1770-1776.
- , T. Strine y A. Mokdad (2008), “Prevalence of Depression among U.S. Adults with Diabetes: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System”, *Diabetes Care*, 31, pp. 105-107.

- Litzelman, D., C. Slemenda, C. Langefeld, L. Hays, M. Welch, y D. Bild (1993), "Reduction of Lower Extremity Clinical Abnormalities in Patients with Non-insulin Dependent Diabetes Mellitus. A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine*, 119, pp. 36-41.
- Lustman, P., R. Anderson, K. Freedland, M. de Groot, R. Carney y R. Clouse (2000), "Depression and Poor Glycemic Control: A Meta-analytic Review of the Literature", *Diabetes Care*, 23, pp. 934-942.
- Lustman, P., L. Griffith, K. Freedland, S. Kissel y R. Clouse (1998), "Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. A Randomized, Controlled Trial", *Annals of Internal Medicine*, 129, pp. 613-621.
- Melchior, A., C. Correr, P. Rossignoli, R. Pontarolo y F. Fernández-Llimos (2004), "Medidas de evaluación de la calidad de vida en Diabetes. Parte I: conceptos y criterios de revisión", *Pharmacy Practice*, 2, pp. 1-11.
- Miller, W., y S. Rollnick (1999), *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*, Madrid, Paidós.
- , y S. Rollnick (2002), *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* 2a ed., Nueva York, The Guilford Press.
- Myers, V. H., B. A. Boyer, J. D. Herbert, L. P. Barakat y G. Scheiner (2007), "Fear of Hypoglycemia and Self-reported Posttraumatic Stress in Adults with Diabetes Type I Treated by Intensive Regimens", *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, pp. 11-21.
- Oviedo, T. (2007), "Modelo multidimensional del automanejo conductual de la diabetes tipo 2 basado en la participación familiar", tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- Peyrot M., R. Rubin, T. Lauritzen, F. Snoek, D. Matthews y S. Skovlund (2005), "Psychosocial Problems and Barriers to Improve Diabetes Management: Results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study", *Diabetes Medicine*, 22, pp. 1379-1385.
- Polonsky, W., C. Davis, A. Jacobson y B. Anderson, (1992), "Correlates of Hypoglycemic Fear in Type I and type II Diabetes Mellitus", *Health Psychology*, 11, pp. 199-202.
- , L. Fisher, C. Schikman, D. Hinnen, C. Parkin, Z. Jelsovsky y R. S. Wagner (2011), "Structured Self-monitoring of Blood Glucose Significantly Reduces A1C Levels in Poorly Controlled Noninsulin-treated Type 2 Diabetes", *Diabetes Care*, 34, pp. 262-267.
- Ponce, S. (2008), "Nutrición, sobrepeso y obesidad: algunas consideraciones desde la perspectiva de la salud pública", *Revista de la Universidad de Sonora*, 22, pp. 7-10.
- Riveros, A., J. Cortázar, F. Alcázar y J. Sánchez-Sosa (2005), "Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depre-

- sión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales”, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, pp. 445-462.
- Robles, R. (2002), “Evaluación y modificación de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo II”, tesis de doctorado no publicada, México; Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , J. Cortázar, J. J. Sánchez-Sosa, F. Páez y H. Nicolini (2003), “Evaluación de la calidad de vida en diabetes mellitas tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL”, *Psicothema*, 15, pp. 247-252.
- , R. Varela, S. Jurado y F. Páez (2001), “Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas”, *Revista Mexicana de Psicología*, 8, pp. 211-217.
- Rollnick, S., W. Miller y C. Butler (2008), *Motivational Interviewing in Health Care*, Nueva York, The Guilford Press.
- Rubak, S., A. Sandbaek, T. Lauritzen y B. Christensen (2005), “Motivational Interviewing: A Systematic Review and Meta-analysis”, *British Journal of General Practice*, 55, pp. 305-312.
- Rubin, R., M. Peyrot y L. Siminerio (2006), “Health Care and Patient-reported Outcomes”, *Diabetes Care*, 29, pp. 1249-1265.
- Sacco, W., y T. Yanover (2006), “Diabetes and Depression: The Role of Social Support and Medical Symptoms”, *Journal of Behavioral Medicine*, 29, pp. 523-531.
- Safren, S., J. Gonzalez y N. Soroudi (2008), *Coping with Chronic Illness*, Nueva York, Oxford University Press.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002), “Treatment Adherence: The Role of Behavioral Mechanisms and Some Implications for Health Care Interventions”, *Revista Mexicana de Psicología*, 19, pp. 85-92.
- , y A. González-Celis (2006), “Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica”, en V. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*, Madrid, Pirámide, pp. 473-492.
- Secretaría de Salud (2011), *Se conmemora el día mundial de la diabetes*. Disponible en <http://salud.gob.mx> [consultado el 15 de junio de 2012].
- Smith, D., V. DiLillo, Z. Bursac, S. Gore y P. Greene (2007), “Motivational Interviewing Improves Weight Loss in Women With Type 2 Diabetes”, *Diabetes Care*, 30, pp. 1081-1087.
- Smith, E., C. Heckemeyer, P. Kratt y D. Mason (1997), “Motivational Interviewing to Improve Adherence to a Behavioral Weight-control Program for Older Obese Women with NIDDM”, *Diabetes Care*, 20, pp. 52-54.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group (1993), “The Effect of Intensive Treatment of Diabetes on the Development and Progression of Long-term Complications in Insulindependent Mellitus”, *New England Journal of Medicine*, 329, pp. 977-986.

- Van de Ven, N., W. Chatrou y F. Snoek (2000), "Cognitive Behavioral Group Training", en F. Snoek y T. Skinner (eds.), *Psychology in Diabetes Care*, Londres, Wiley, pp. 207-234.
- Wang, Y., S. Stewart, M. Mackenzie, P. Nakonezny, D. Edwards y P. White (2010), "A Randomized Controlled Trial Comparing Motivational Interviewing in Education to Structured Diabetes Education in Teens with Type 1 Diabetes", *Diabetes Care*, 33, pp. 1741-1743.
- Welch, G., G. Rose y D. Ernst (2006), "Motivational Interviewing and Diabetes: What is it, How is it Used, and Does it work?", *Diabetes Spectrum*, 19, pp. 5-11.
- Westra, H., y D. Dozois (2006), "Preparing Clients for Cognitive Behavioral Therapy: A Randomized Pilot Study of Motivational Interviewing for Anxiety", *Cognitive Therapy and Research*, 30, pp. 481-498.
- Wiebe, D., M. Alderfer, S. Palmer, R. Lindsay y L. Jarret (1994), "Behavioral Self Regulation in Adolescents with Type 1 Diabetes: Negative Affectivity and Blood Glucose Symptom Perception", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 1204-1212.
- White, C. (2001), *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems*, Londres, John Wiley & Sons.
- WHOQOL (1998), *Programme on Mental Health: User Manual*, Ginebra, World Health Organization.

8. ESTILOS INTERACTIVOS Y CORTISOL SALIVAL COMO PARÁMETRO BIOLÓGICO DEL PROCESO DE SALUD

Claudia Vega-Michel y Everardo Camacho Gutiérrez
Laboratorio de Psiconeuroninmunología
Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente

Introducción

Hace poco más de 50 años Friedman y Rosenman (1958) identificaron en el ámbito clínico una diversidad de conductas en personas que habían sido diagnosticadas con enfermedades del corazón, que posteriormente agruparon bajo el rótulo de personalidad tipo A —PTA (Friedman y Rosenman, 1974). Ésta se caracterizaba por un patrón conductual complejo que incluía un estilo de vida marcado por un exceso de competitividad, un esfuerzo de lucha también excesivo, agresividad, hostilidad, urgencia temporal, aceleración en las actividades, explosividad al hablar y tensión en la musculatura facial (Blumenthal, O'Toole y Haney, 1984; Hernández, Palomera y de Santos, 2003); destacaban, asimismo, la incontrolabilidad ante las demandas del medio y los estándares ambiguos de evaluación, sobre todo en circunstancias sociales (Marroquín, 1999; Reynoso, Álvarez, Tron, de la Torre y Seligson, 2002).

En el plano fisiológico se ha encontrado que las personas clasificadas con PTA, en particular quienes puntúan alto en el factor hostilidad o bien quienes enfrentan situaciones de incontrolabilidad, suelen segregar más adrenalina e incrementar tanto su tasa cardíaca como su presión arterial (Benotsch, Christensen y McKelvey, 1997; Reynoso y Seligson, 1997, 2002), lo que ha permitido suponer que existe una relación entre aquella situación con problemas cardiovasculares que, no obstante, se encuentra hoy día a la espera de mayor confirmación con base en estudios controlados de laboratorio. Las implicaciones futuras son claras, como lo sugirieron años atrás Ragland y Brand (1998), puesto que en ese entonces aún se debatía si la PTA podría considerarse como una dimensión o un factor causal, determinante tanto de la morbilidad como de la mortalidad asociadas con las enfermedades del corazón.

En contraposición con este tipo de personalidad, se planteó la existencia de la conocida personalidad tipo B, que se distinguía por que las personas mostraban patrones conductuales más relajados y pacientes; además se observó que las personas eran más consideradas respecto de otras, tendían a ser más introvertidas y, finalmente, se aseguraba que no eran ni viscerales ni impulsivas. En lo tocante a las respuestas fisiológicas, las personas clasificadas con esta personalidad

evidenciaron también un mayor tiempo de reacción de elevación de las catecolaminas y los corticoides ante condiciones generadoras de estrés (Hernández *et al.*, 2003). Ciertamente, no está por demás mencionar que en la bibliografía se ha puesto en evidencia que, si bien en general es posible encontrar diferencias entre las personalidades A y B, la línea divisoria entre ambas suele ser tenue cuando se estudian algunas de las dimensiones o factores de manera aislada, como en el caso de la impaciencia en estudiantes del nivel elemental (Jennings y Matthews, 1984).

Posteriormente, con el objeto de diferenciarlas de las personalidades A y B, se propuso la existencia de un tercer tipo: la conocida personalidad tipo C, que se ha vinculado de manera directa con una propensión a enfermar de cáncer (Temoshok y Dreher, 1992). Aun cuando reproduce algunos de los elementos contenidos en la tipo B, adiciona el factor de la ansiedad crónica; otra característica también reportada tiene que ver con la obsesividad, con la cual se describe a las personas que “sufren en silencio”. Asimismo, se tiene a la personalidad tipo H, que en realidad consiste en una clasificación intermedia entre los patrones A y B, pero con ansiedad crónica expresada en la forma de hostilidad. Williams y Williams (1993) identificaron este factor de hostilidad como determinante en la propensión a padecer una enfermedad cardiovascular y desarrollaron una propuesta preventiva que tuvo gran difusión en su momento. Finalmente, se propuso un tipo adicional, el de la personalidad D (Smith, 2011), supuestamente vinculada tanto con hipertensión arterial como con enfermedad de las arterias coronarias; lo que distingue claramente a ésta de las restantes categorías, es la incapacidad que muestran las personas para expresar abiertamente sus emociones. En síntesis, de los cinco patrones de conducta o de personalidad, tres se han vinculado expresamente con enfermedades cardiovasculares (A, H y D).

Antes de proseguir, es importante subrayar que uno de los problemas que se ha puesto de manifiesto con todas esas propuestas categoriales y con sus respectivas investigaciones tiene que ver con el hecho de que se han confundido los “rasgos” o “tipologías” de personalidad con patrones de conducta consistentes a lo largo del tiempo y entre situaciones. Además, las categorías aludidas no eran, como señaló Kazdin desde mediados de la pasada década (Kazdin, 1996), ni *exhaustivas* ni *excluyentes* entre sí, lo que trajo consigo que se postularan categorías o tipologías intermedias, tal como ocurrió con las personalidades tipo D y H.

En síntesis, desde el campo clínico de actuación se han identificado algunos patrones conductuales o de personalidad, como factores potenciales de riesgo para el acaecimiento de enfermedades cardiovasculares. No obstante, en la actualidad se cuenta con una larga lista de factores de personalidad que han sido estudiados como de riesgo, de protección o promotores de la salud. Autores como Contrada y Guyll (2001) proponen algunas dimensiones de personalidad vinculadas con la salud: coraje/hostilidad, supresión o represión emocional y no involucramiento,

éste implicando desesperanza, desamparo, pesimismo, fatalismo y depresión, que suelen acaecer cuando las personas hacen frente a condiciones de estrés incontralables (Seligman, 1983).

Finalmente, queremos dejar constancia de que, ante la demanda social de diseñar, instrumentar y evaluar aplicaciones preventivas sobre salud, en las dos últimas décadas se ha propiciado un interés especial por la investigación básica, con el objeto de identificar y evaluar de manera rigurosa las relaciones funcionales entre la personalidad y determinados indicadores de salud (Smith, 2011). Se trata, inclusive, de explotar esas relaciones no sólo respecto de las enfermedades cardiovasculares, sino también de probar otras más que tienen que ver, por ejemplo, con el ajuste psicológico de las personas con PTA y/o el funcionamiento del sistema inmune (Esterling, Antoni, Kumar y Schneiderman, 1990; Herbert y Cohen, 1993; Kielcot-Glaser *et al.*, 1993). En esta dirección apunta el trabajo de Miller, Freeland, Carney, Stetler y Banks (2003), quienes estudiaron algunas características de sus características —*i.e.*, hostilidad—, la sintomatología depresiva y otras medidas del sistema inmune, que incluían los niveles de interleukina-1 β , interleukina-6 y el factor- α vinculado con necrosis tumoral.

La Tipología de Personalidad de Eysenck y Grossarth-Maticek

Hans J. Eysenck se distinguió por sus múltiples aportaciones a la psicología, por ejemplo la identificación de diferencias individuales relacionadas con algunas enfermedades crónicas (Orejudo, Froján y Malo, 2004). Con base en una propuesta teórica en la que concebía a la personalidad en la forma de rasgos, desarrolló una tipología numérica sustentada en el modo de reaccionar ante el estrés: la personalidad tipo I implicaba una propensión al cáncer, la II a la enfermedad coronaria, en tanto que la III y la IV estarían vinculadas con la salud (Eysenck, 1987, 1988, 1994).¹

Los fundamentos conceptuales expresados por el autor se tradujeron en la evaluación de tres dimensiones de la personalidad: neuroticismo, extraversión y psicoticismo. Los tres primeros tipos numéricos de personalidad a su entender tenían una alta correlación positiva con neuroticismo y una correlación inversa con el tipo IV, que también implicaba una puntuación alta en extraversión; por su parte, psicoticismo estaba asociado con los tipos II y VI, coincidiendo la expresión de hostilidad con el tipo II y su represión en el tipo I. Para dar sustento a sus hipótesis de trabajo, Eysenck condujo una diversidad de estudios longitudinales y de registros de causas de fallecimiento de las personas clasificadas en su

1 En otros momentos se propusieron otras dos tipologías más, la tipo V —con predisposición a la depresión y al cáncer— y la VI como factor protector frente al cáncer —con una predisposición al consumo de drogas y a la conducta antisocial (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990).

tipología, con amplias muestras de países como Alemania y Yugoslavia. Sus datos son impresionantes en términos de la incidencia de fallecimiento por cáncer en personas con personalidad tipo I, así como las causas de fallecimiento por infarto o derrame cerebral en las clasificadas con personalidad tipo II. Estas diferencias se exacerbaban en cáncer de pulmón en las de tipo I en personas que fumaban (14.6% en la muestra de Heidelberg en Alemania y 16.9% en la muestra de Yugoslavia, contra 1.2% de los otros tipos); finalmente, predominaron personas con personalidad tipo IV que se recuperaron de cáncer.

El potencial predictivo de estas relaciones encontradas es muy fuerte, en especial con la prevención de muertes y con la mejora en la calidad de vida de las personas con patrones de personalidad caracterizada por el riesgo de padecer una enfermedad crónica. Sin embargo, aun cuando algunas réplicas posteriores confirmaron la dirección de los hallazgos reportados por Eysenck (*i.e.*, Quander-Blaznik, 1990; Smedslund, 1995), hemos de mencionar que otros autores (Amelang, 1997; Amelang y Schmidt-Rathjens, 1992) no confirmaron en su momento las predicciones hechas por el autor para los tipos I y II, o bien mostraron su capacidad predictiva (Orejudo y Froján, 2005). Lo anterior trajo consigo que se cuestionara si en realidad existían otros indicadores —más potentes, inclusive—, como los estilos de afrontamiento ante condiciones de estrés o las conductas específicas identificadas como de riesgo (Kiecolt-Glaser y Chee, 1991); destacan el consumo de cigarros, el sedentarismo, el exceso en el consumo de grasas en alimentos o la actividad sexual sin protección.

Independientemente de las limitaciones metodológicas que pondrían en entredicho la validez de la medición en pruebas de personalidad de papel y lápiz, que inclusive se han hecho evidentes en el campo de la personalidad con los estudios de Catell (1965) sobre la pobre correspondencia entre el autorreporte verbal y la conducta en sí misma, no dejan de ser importantes las aportaciones conceptuales y las relaciones encontradas entre personalidad y salud por el grupo de investigación de Eysenck y Grossarth-Maticek. En el mismo tenor, habría que destacar que Eysenck (1970, 1994) destacó el papel mediacional de los sistemas inmune y endocrino (particularmente los niveles de cortisol) como parte del proceso de enfermarse o aliviarse, como un posible mecanismo explicativo de la dimensión biológica en la salud; a nuestro parecer éste constituye un aspecto que ha sido fundamental para la investigación desarrollada en nuestro laboratorio, cuyos resultados se describen más adelante.

Problemas conceptuales: el fenómeno de personalidad

El de personalidad, al mismo tiempo que se ha afirmado como un campo tradicional de estudio dentro de la disciplina psicológica, a la vez es un campo teórico desarticulado donde es posible encontrarnos con una multiplicidad de

propuestas, la mayoría de las cuales son antagónicas; en algunos casos se han hecho evidentes supuestos epistemológicos opuestos, no obstante que se reconoce un potencial rol articulador con el desarrollo teórico de otros campos de la psicología (Staats, 1996). En el contexto del conductismo en tanto filosofía especial de la psicología, Skinner nunca propuso una teoría de la personalidad *per se*, aunque es de llamar la atención que en los libros sobre el fenómeno se incluya la perspectiva del conductismo radical propuesta por él. Lo que resulta particularmente interesante es que Watson (1924/1961), muchos años atrás y dentro de la misma lógica del conductismo radical, planteó que la personalidad podría ser analizada mediante la observación de la conducta a lo largo de un periodo lo suficientemente extenso. La personalidad fue concebida por él como familias de hábitos, aun cuando desafortunadamente no hubo un desarrollo posterior de esta propuesta, sino hasta muy recientemente.

Más allá de una definición precisa del concepto de personalidad, dos problemas teóricos se han puesto de manifiesto en este campo: en primera instancia se tienen las propuestas taxonómicas sobre el fenómeno y la construcción de sus descriptores; en segunda, el desarrollo de una comprensión del proceso de construcción de la personalidad (Contrada y Guyll, 2001). A ambas añadiríamos el hecho de que el rol de la personalidad en relación con la salud se considera que puede darse de dos formas diferentes: por un lado, mediante el surgimiento de conductas vinculadas con el enfermar; por el otro, vía la exacerbación de los efectos directos del mismo estrés (Fernández y Mercado, 1996).

Por consiguiente, no sería aventurado sostener la tesis de que ese doble rol del fenómeno de personalidad podría concebirse como un evento disposicional que daría cuenta de las diferencias individuales con respecto a cómo afrontar un estresor y cómo lo anterior se traduce en cambios en la reactividad biológica, o sea, en los diferentes subsistemas biológicos de respuesta (*i.e.*, el inmunológico, el cardiovascular, el endocrino, etcétera). Planteadas las cosas así, la investigación sobre el fenómeno de la personalidad y su relación tanto con el estrés como con la salud-enfermedad implicaría, como condición necesaria y suficiente, que su abordaje se diera de manera integral (Ribes, 1990a; Ribes y López, 1985).

Estas afirmaciones implican, a manera de supuesto, que los cambios patogénicos identificados y evaluados son resultado directo y acumulativo de respuestas que acaecen en los planos psicológico y fisiológico frente a eventos ambientales o condiciones específicas del ambiente (Contrada y Guyll, 2001). En la medida en que las influencias de los modos particulares de responder influyan, los correlatos psicofisiológicos del estrés se constituirán en mediadores plausibles de los efectos de la personalidad sobre la salud. En este contexto, los estudios sobre cortisol y personalidad sugeridos por Eysenck (1994) cobran particular relevancia.

En lo tocante al problema acerca de cómo explicar la construcción de la personalidad —entendida como generación y mantenimiento—, el mismo Staats

(1996) aludió a una causación histórica y jerárquica de conductas, invocando lo que dio en llamar un Repertorio Conductual Básico (RCB), sobre el cual se van construyendo conductas cada vez más complejas. El asunto que se cuestiona desde su perspectiva es si en última instancia podemos invocar una *causalidad a distancia*, partiendo del entendido de que la adquisición de dicho repertorio básico se aprendió en un momento temprano en la historia psicológica de las personas.

De forma muy general, desde nuestra perspectiva se plantea que las *diferencias individuales* y su vínculo con la noción de personalidad se refieren a *diferencias no competenciales* en la conducta de las personas en lo individual, pues éstas tienen que ver con conceptos como inteligencia o capacidad intelectual, por ejemplo. Tales diferencias individuales tienen que ver, por lo tanto, con el *modo* de responder, el cual puede asumir diferentes parámetros dependiendo de la situación particular que se analice. A partir de las consideraciones y problemas señalados con anterioridad se sugiere una noción de personalidad como la propuesta organizativa del conjunto de *diferencias individuales* de una persona en los modos de responder ante condiciones morfológicamente distintas, pero funcionalmente similares, en el ambiente (Ribes, 1990a; Santacreu, Hernández, Adarraga y Oliva, 2002); esta caracterización guardaría cierta correspondencia con el planteamiento inductivo original propuesto por Watson en la década de los veinte del siglo pasado.

La Propuesta Conceptual sobre Personalidad de Ribes

Abordaremos la propuesta interconductual sobre personalidad desarrollada por Ribes (1990a, 2005, 2009) y Ribes y Sánchez (1990) por dos razones: la primera, porque se considera que resuelve algunos de los problemas tradicionales en el estudio de la personalidad antes mencionados; la segunda, por su valor heurístico, pues con esta visión teórica alternativa consideramos que es posible promover el desarrollo futuro de líneas de investigación en el contexto de la relación psicología y salud.

Para evitar el problema de causalidad a distancia antes comentado, éste se resuelve en el contexto de la propuesta interconductual apelando a la noción de variables disposicionales, que de acuerdo con Ryle (1967) consisten en conjuntos o colecciones de ocurrencias pasadas o presentes, y no como instancias particulares o aisladas de conducta (Ribes, 1990b). Con base en esta noción, el fenómeno de personalidad podría ser entonces caracterizado a partir de la categoría conceptual conocida como estilos interactivos, que serían definidos como las *maneras consistentes de interacción* que una persona despliega en lo individual en situaciones en las que no se prescriben criterios sobre qué hacer o cómo responder (Ribes y Sánchez, 1990).

En virtud de que se habla de la persona comportándose en lo individual y de que la personalidad se construye a lo largo del tiempo y entre situaciones, su rol en el contexto de una teoría no es explicativo-causal, sino predictivo (Ribes, 2009); citaremos en extenso:

Si las consistencias individuales que avalan la utilidad de un término como el de *personalidad* son idiosincráticas, entonces, por definición, no pueden pre establecerse con base en taxonomías referidas al comportamiento de la persona. Lógicamente, esta condición obliga a buscar otra opción clasificadora, pues de otro modo se tendría simplemente un listado de personas, todas ellas diferentes entre sí. Partiendo del hecho de que todo comportamiento ocurre en situación, la opción clasificatoria se desplaza hacia la situación en la que tiene lugar el comportamiento consistente. Se plantea identificar un *perfil* singular, individual, de interacción del individuo relativo a las circunstancias (o contingencias) que configuran un tipo de situación [p. 147].

De lo antes dicho se desprende que si la personalidad con base en la categoría de estilos interactivos es concebida como conjuntos o colecciones de ocurrencias pasadas, éstas darían cuenta de la probabilidad de identificar y evaluar *tendencias* a desplegar clases de conductas a lo largo del tiempo y entre situaciones; es decir, como una manera consistente de comportarse en diferentes situaciones según lo haya hecho en el pasado en situaciones funcionalmente similares, dada la biografía —historia psicológica— particular de cada persona. De hecho, no está por demás mencionar que otros autores ya habían reconocido el poder predictivo de la conducta pasada de una persona sobre su conducta en el presente, y eventualmente en el futuro (*i.e.*, Mischel, 1980), lo cual ha sido resumido de manera correcta un tanto cuanto más recientemente por Santacreu *et al.* (2002, p. 115), quienes señalaron que “el comportamiento pasado supone un referente ineludible en la predicción del comportamiento futuro”.

Respecto del origen y el mantenimiento de los modos idiosincráticos de responder por parte de las personas, el parámetro fundamental que hay que tener en cuenta es el de la *consistencia*, entendida como la manera repetitiva de ajustarse a situaciones en las que existen constantes funcionales, aun cuando las situaciones y su forma sean diversas. Por ejemplo, la terminación brusca de una relación de noviazgo o el despido intempestivo del trabajo son situaciones muy diferentes entre sí. Sin embargo, las dos conllevan la suspensión súbita de satisfactores para el individuo —aun cuando éstos, son por supuesto, de índole diversa.

Lo anterior nos orienta en términos metodológicos a desarrollar mediciones repetidas de los modos de respuesta en situaciones diversas en lo morfológico, pero semejantes en lo funcional. De manera implícita se sugiere que la exposición

repetida a situaciones semejantes funcionalmente va configurando en la historia del individuo esos modos particulares de interacción de los que se hizo mención. La sabiduría popular reconoce estos procesos: “En el modo de agarrar el taco, se sabe quien es tragón”, que alude a una historia de práctica continua que establece una diferencia en los modos de respuesta respecto de quienes no han tenido experiencias en el consumo de tacos, como en el caso de los extranjeros en México que los consumen por primera vez.

De manera metafórica pudiéramos explicar las diferencias en la individualidad psicológica, en tanto que expresión única y organizada de diversos modos de respuesta, como la combinación única de diferentes procesos generales compartidos por todas las personas en lo individual. El mole, platillo mexicano, contiene 33 ingredientes diferentes y su combinación en cada caso es única, de manera que el buen *gourmet* tiene el paladar educado para diferenciar los elementos particulares en cada evento de consumo del mismo platillo. En estricto sentido, ninguna comida es igual a otra.

Volviendo al problema de la clasificación, la alternativa interconductual se orientó no a *clasificar los modos de respuesta* —que como indicadores nos revelan el elemento idiosincrático—, postulándose una taxonomía del ambiente, en tanto sistemas de contingencias particulares que posibilitan la diferenciación de las respuestas en las personas en lo individual. Dicha clasificación inicial y tentativa reconoce condiciones contingenciales particulares que pueden ser referidas como contingencias de toma de decisiones, tolerancia a la frustración, persistencia, flexibilidad al cambio, tendencia a la transgresión, curiosidad, tendencia al riesgo, dependencia de señales, responsividad a nuevas contingencias y señales, reducción del conflicto e impulsividad (Ribes y Sánchez, 1990). De manera aún provisional se ha desarrollado investigación respecto de los patrones de consistencia y estabilidad en torno a las contingencias de tendencia al riesgo y persistencia (Ribes, 2009; Ribes, Contreras, Martínez, Doval y Viladrich, 2005). Esta clasificación del ambiente permite a la vez invocar a la personalidad no como un concepto inferido que tiene propiedades causales sobre la conducta, sino cumpliendo funciones lógicas de naturaleza predictiva.

Los *estilos interactivos* se refieren, pues, a descriptores sobre el modo de responder a situaciones contingenciales específicas. La organización de estos estilos interactivos conforma lo que en el argot de los estudios tradicionales sobre personalidad se define como *perfil funcional* (Ribes, 2009); de esta forma se resuelve el análisis de colecciones de episodios conductuales variados y sus consistencias y estabildades en el tiempo, como descripción de modos de responder presentes en dichas colecciones. Por consiguiente, no es posible valorar elementos de la personalidad a partir de un único episodio conductual.

De ahí nuestra insistencia en delimitar la noción de personalidad como resultado del proceso de individuación de comportarse y a los *estilos interactivos* como

los modos diferentes que distinguen a una persona siendo diferente de otras en términos de su individualidad. Una implicación de este planteamiento es que a mayor historia, el estilo se encontrará más consolidado por efecto de la práctica consistente. El análisis de estos patrones consistentes e idiosincráticos permitirá describir los diversos estilos y, en su momento, predecir en términos probabilísticos que una persona ante ciertas condiciones responderá de un modo particular, identificado su propio estilo a partir de la observación de interacciones previas. En el nivel aplicado y en el ámbito clínico, esta propuesta permite comprender la actuación presente de una persona en función de su historia particular; es decir que a nuestro entender el análisis de los estilos interactivos constituye un camino alternativo para evaluar los factores disposicionales históricos de las personas.

La consecuencia metodológica de estos planteamientos tiene que ver con el diseño de varias situaciones que permitan analizar la consistencia y la estabilidad de los estilos interactivos, así como identificar los parámetros pertinentes del modo de respuesta de las personas para cada situación contingencial específica de la taxonomía. Para no confundir las diferencias individuales con otras categorías conceptuales —como las de capacidad o competencia—, las situaciones deben estar diseñadas bajo condiciones de *contingencias abiertas*, es decir, en las que el criterio de logro *no* sea explícito. Estos dos problemas son fundamentales y los abordaremos con cierto detalle en la siguiente sección, refiriendo cómo fueron resueltos por el grupo de investigación liderado por el doctor José Santacreu Mas en la Universidad Autónoma de Madrid, en España.

La propuesta metodológica de Santacreu y colaboradores

Aun cuando la “realidad virtual” no es una estrategia muy socorrida en investigación, el avance tecnológico en los sistemas de computación ahora permite el desarrollo de tareas artificiales que tienen varias ventajas en un sentido metodológico. Dado que el objetivo es identificar las constancias en los estilos interactivos de las personas que responden a una tarea, dichas constancias se deben mantener en el tiempo (estabilidad) y en distintas situaciones que se caractericen por su semejanza funcional (consistencia); para ello se deben tomar decisiones en torno de la dirección del control de otras variables y de la maximización y sensibilidad de las variables que se quieren medir. En un sentido teórico, el muestreo de conductas que es recogido a través de una tarea de simulación, supone la síntesis de la experiencia pasada como integración. Desde la perspectiva de Santacreu *et al.* (2002), las primeras decisiones por tomar incluyen qué estilo evaluar y bajo qué condiciones —es decir, qué parámetros identificar como variables dependientes, por una parte, y cómo representar la tarea de simulación, por la otra, de manera que “represente” un desempeño de la vida cotidiana para las personas con las que se va a trabajar, a efecto de incrementar la validez ecológica

Se vuelve pertinente también seleccionar a personas con un nivel de repertorio mínimo en términos de competencias: por ejemplo, el manejo del ratón de la computadora y el seguimiento de instrucciones básicas. La tarea como un todo tiene tres elementos que hay que cuidar: las instrucciones dadas a los participantes, el formato de la tarea en sí y la retroalimentación del desempeño que se obtenga. Sobre esto último es fundamental tener presente que la probabilidad de reforzamiento sea equiprobable para cualquier opción, de manera que no se “cierre” la contingencia y sea claro para los participantes el criterio por cumplir; lo anterior borraría las diferencias individuales y reflejaría más bien diferencias en las competencias implicadas para alcanzar el criterio de logro. Por eso Santacreu *et al.* (2002; p. 114) señalan que “*los estilos interactivos sólo se ponen de manifiesto en contextos desconocidos o al menos poco conocidos en los que no se tiene una gran experiencia*”.

En la medida en que la tarea sea simple y no contemple muchos elementos, también se tendrá un mejor y mayor control experimental; por ejemplo, que sea *socialmente neutra*, en términos de que no haya influencia de otras personas durante la ejecución y que tampoco sea influida alguna de las opciones en términos de deseabilidad social —o sea, lo que se espera o cómo se desea que se responda. Por supuesto que el diseño de la tarea requiere identificar y registrar un número limitado de respuestas posibles por parte del participante. Por último, para evitar la reactividad natural al saberse evaluado en algún aspecto, es fundamental “enmascarar” el propósito de la tarea y las medidas que se toman. No está por demás destacar que las computadoras registran sus datos con precisión, velocidad y confiabilidad, lo que también facilita el análisis de datos en este campo de investigación. De esta forma, podemos concluir que el estudio conductual de la personalidad supone la consistencia y la estabilidad de la conducta de una persona en lo individual, siempre desde una dimensión funcional. Por lo tanto, en contextos semejantes funcionalmente deberían hacerse evidentes las mismas tendencias de respuesta en una persona —quien se comporta de manera arriesgada lo haría en estos términos en diferentes momentos y condiciones de investigación, siempre y cuando mantuvieran esa semejanza funcional (Bayés y Ribes, 1992; Ribes, 1990a).

Algunos ejemplos de investigación sobre personalidad

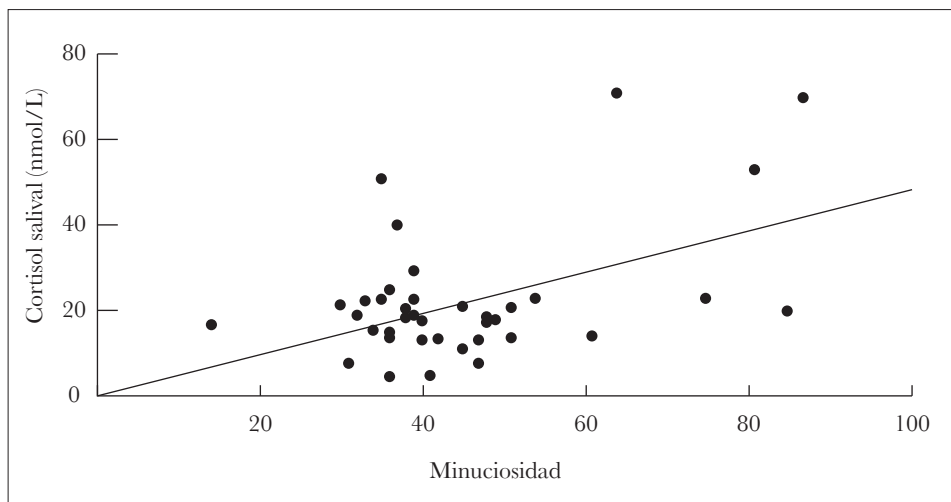
Con base en las anteriores consideraciones teórico-conceptuales y metodológicas se han diseñado diversas tareas en las que se han evaluado diferentes estilos interactivos. Por ejemplo, el de persistencia (Hernández, Lozano y Santacreu, 2011; Santacreu y García-Leal, 2000), el de ejecución de tareas de manera organizada y sistemática (Hernández, 2000), el de tendencia al riesgo (Santé y Santacreu, 2001) y el de transgresión de la norma (Hernández, Shih, Contreras y Santacreu, 2001). Aquí es importante destacar que dos de las cuatro pruebas mencionadas corresponden a los estilos interactivos —persistencia y tendencia al riesgo— pro-

puestos por Ribes (1990a), no así dos de ellas, lo cual enfatiza que la taxonomía de estilos está abierta a identificar situaciones contingenciales y parámetros que muestren respuestas consistentes y estables de individuos particulares. Retomando esos estudios y las sugerencias expuestas por Eysenck (1994) en lo tocante a valorar el cortisol como un indicador biológico del proceso, que puede resultar en el fortalecimiento de la salud o en el surgimiento de la enfermedad (véanse Bayés, 1995; Ribes, 1990a), en nuestro laboratorio y en conjunto con investigadores de España nos hemos dado a la tarea de conducir algunos estudios desde la segunda mitad de la pasada década.

En uno de ellos, Camacho, Orejudo, Vega-Michel, Córdova, García y González (2006), que se centró en los estilos de minuciosidad —ejecución de tareas de manera organizada y sistemática— y transgresión de la norma, se efectuó un análisis correlacional entre los niveles de cortisol salival y las pruebas de papel y lápiz utilizadas por Eysenck. Lo que arrojó dicho estudio es que existían diferencias en los niveles de cortisol en los participantes que puntuaban alto o bajo tanto en las pruebas de autorreporte como en las pruebas de ejecución del desempeño. Asimismo, las correlaciones con los niveles de cortisol fueron más altas en las pruebas de desempeño, comparadas con las pruebas estandarizadas de Eysenck.

A continuación mostramos el análisis de regresión entre cortisol y las dos pruebas de desempeño estudiadas (véase la gráfica 1). Como se puede observar, la correlación con la prueba del desempeño “ejecución de tareas de manera organizada y sistemática” —a la que nos referiremos como *prueba de minuciosidad*— tuvo una correlación positiva de 0.49 con los niveles de cortisol, con un valor de signi-

Gráfica 1. *Regresión lineal (cuadrática) entre puntuaciones de la prueba de estilos interactivos de minuciosidad y concentración de cortisol salival*

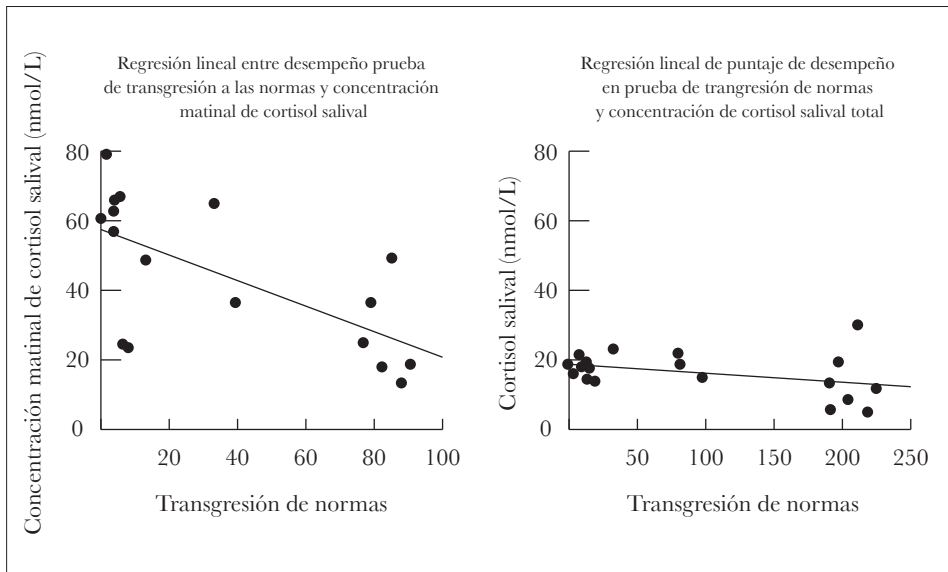


ficancia estadística $p = 0.01$; este resultado indica que a mayor puntuación en la prueba, mayor concentración de cortisol en saliva.

Por otra parte, en la gráfica 2 se pueden observar los resultados que arrojaron los análisis de regresión lineal cuadrática a partir de considerar las puntuaciones en la *prueba de transgresión de la norma* y los niveles de cortisol salival matutino y diario. El análisis de regresión para la medición del cortisol salival matutino y la ejecución en la prueba se realizó con base en el coeficiente de correlación r de Pearson, que proporciona información sobre la dirección de la relación y la magnitud de la misma (Silva, 1998). El primero de los análisis (panel de la izquierda) reveló una relación inversa y negativa, pero estadísticamente significativa ($r = -0.66$; $p < 0.01$), donde a mayor concentración de cortisol, menor puntuación obtenida en la mencionada prueba. Mientras tanto, en su contraparte, el panel de la derecha, para la medición del cortisol salival diario se obtuvo una relación inversa y negativa —aunque menos pronunciada que la anterior— y significativa ($r = -0.508$; $p < 0.05$), en el sentido de que los bajos de niveles de concentración de cortisol salival se mantuvieron relativamente constantes con independencia de la puntuación obtenida en la prueba de transgresión.

Este conjunto de datos nos proporcionó los primeros indicios de su potencial valor heurístico, en términos de explorar de manera más sistemática la relación entre los estilos interactivos y una variable biológica de proceso: los niveles de cortisol. Algunas de sus posibles aplicaciones y vinculaciones, con respecto de la

Gráfica 2. *Regresión lineal (cuadrática) de las puntuaciones en la prueba de transgresión de la norma y los niveles de cortisol salival matutino (panel izquierdo) y durante el día (panel derecho)*



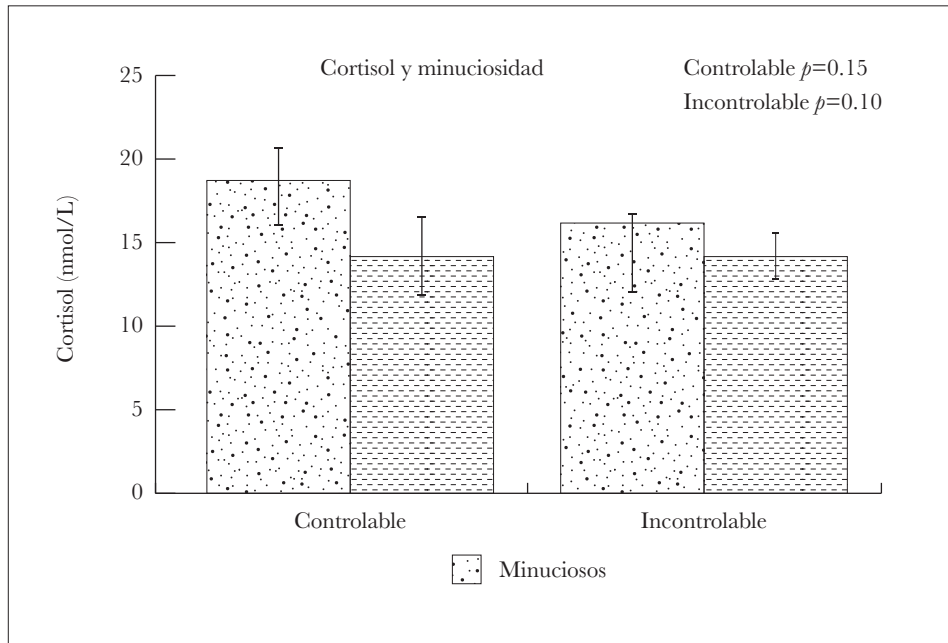
evaluación de la minuciosidad, es que las puntuaciones extremas se acercan a las dimensiones de perfeccionismo como *obsesión*, lo que haría contacto con toda la bibliografía sobre patologías relacionadas con este fenómeno. Por otra parte, por lo que hace a la prueba de transgresión de la norma, haría contacto con el tipo de trastorno tipificado en el *DSM-IV-TR* como *trastorno oposicional desafiante* (First, Frances y Pincus, 1996). Dicho trastorno aparece en el periodo adolescente y se ha considerado como factor de riesgo para la realización de actividades delictivas. De manera consistente se han encontrado niveles de cortisol más bajos en participantes diagnosticados con este trastorno, lo que sugiere una incapacidad biológica para alterarse ante situaciones amenazantes del medio. La terapia farmacológica se ha utilizado con el objeto de mantener estables los niveles de cortisol, aun cuando nunca se han igualado a los encontrados con participantes normales (Kariyawasam, Zaw y Handley, 2002).

En otro estudio, desarrollado en nuestro laboratorio en colaboración con académicos de la Universidad de Zaragoza, España (Orejudo, Camacho y Vega-Michel, en preparación), se realizó una comparación entre los niveles de cortisol de estudiantes españoles y mexicanos ($n = 155$), a la vez que se administraron los cuestionarios de Eysenck. Se encontró una correlación positiva y significativa ($r = 0.22$; $p = 0.004$) entre cortisol y los participantes que fueron categorizados con personalidad tipo I. Cuando dicha correlación se aplicó exclusivamente a los estudiantes mexicanos, la correlación aumentó ($r = 0.27$; $p = 0.009$), siendo más alto el nivel de cortisol en participantes que, además de ubicarse en la categoría de personalidad tipo I, tenían la práctica de fumar. Recordemos que el planteamiento de Eysenck era que los participantes con personalidad tipo I tendrían una mayor probabilidad de padecer cáncer.

Finalmente, hemos conducido un par de estudios más (Camacho, Vega-Michel, Vega, Nuño y Parra, 2010; Vega-Michel *et al.*, 2011), evaluando las pruebas de minuciosidad y transgresión de la norma en personas que no presentaban de manera aparente problemas de salud, quienes fueron expuestas a una tarea de evitación de ruido como inductora de estrés. Las sesiones en ambos estudios estuvieron conformadas por dos fases: una, en la que el ruido no era controlable —a pesar de que en las instrucciones se “engañaba” a los participantes, indicándoles que mediante una tecla de la computadora lo podían evitar o suspender—; la segunda, en la que el ruido era controlable. Las fases se contrabalancearon. A continuación se muestran los datos obtenidos en las pruebas de minuciosidad (gráfica 3).

Los participantes que obtuvieron una puntuación más alta en la prueba de desempeño de minuciosidad —véase el lado izquierdo en ambas condiciones— bajo condiciones de controlabilidad ($p = 0.15$) e incontrolabilidad ($p = 0.10$); también lo hicieron respecto de los niveles de cortisol salival, comparados con quienes obtuvieron puntuaciones de medias a bajas —lado derecho en ambas condicio-

Gráfica 3. Niveles de cortisol en participantes con puntuación alta en la prueba de desempeño: ejecución de tareas de manera organizada y sistemática (minuciosidad) comparados con participantes con puntuaciones bajas o medias en fases de exposición a ruido controlable y no controlable en una tarea de evitación

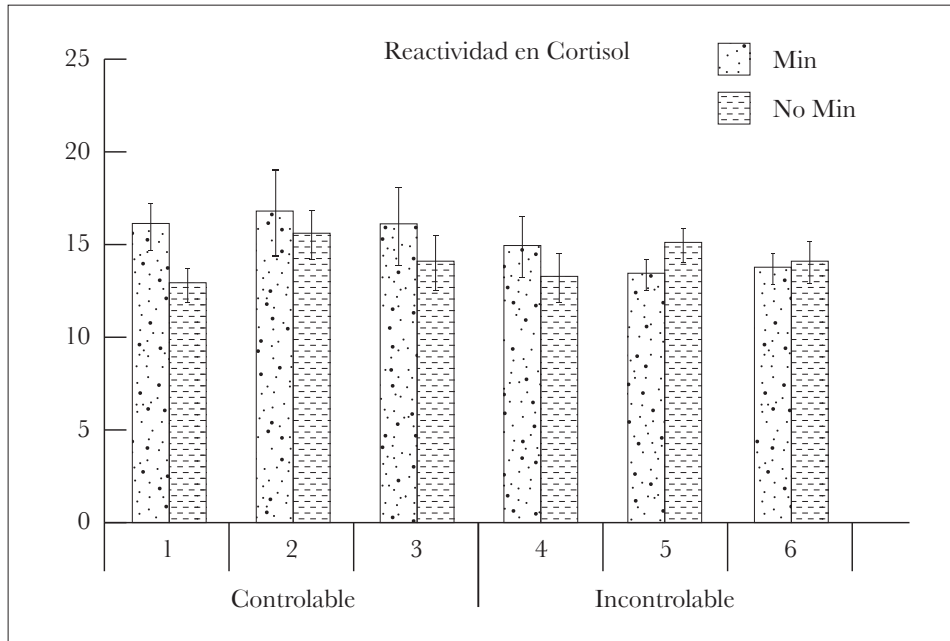


nes. Ciertamente, si se observa con detenimiento la figura, los niveles de cortisol fueron ligeramente mayores en el grupo de personas “minuciosas”, independientemente de la condición.

Ahora bien, es interesante hacer notar, como se muestra en la gráfica 4, que al segmentar para el análisis las dos condiciones, pero en tres momentos distintos, en la condición de controlabilidad —lado izquierdo de las mediciones uno, dos y tres— los participantes considerados “minuciosos” fueron más reactivos a los niveles de cortisol salival, en el sentido de que se encontraron niveles más elevados en ellos.

Algo relativamente opuesto se encontró en la condición de incontrolabilidad, en la que, con excepción de la primera medición, los niveles de cortisol fueron iguales o ligeramente más elevados en los participantes *no* minuciosos, de acuerdo con lo que se describe en las mediciones dos y tres. En términos generales, los datos de ambos estudios son consistentes por los reportados por Brady (1958), quien encontró que los monos ejecutivos expuestos a choques evitables —situación similar a la condición de controlabilidad en nuestro estudio— eran los que morían por úlceras gástricas, en contraste con los monos

Gráfica 4. Promedio de niveles de cortisol por sesión en fases controlables e incontrolables de una tarea de evitación de ruido en una prueba de minuciosidad

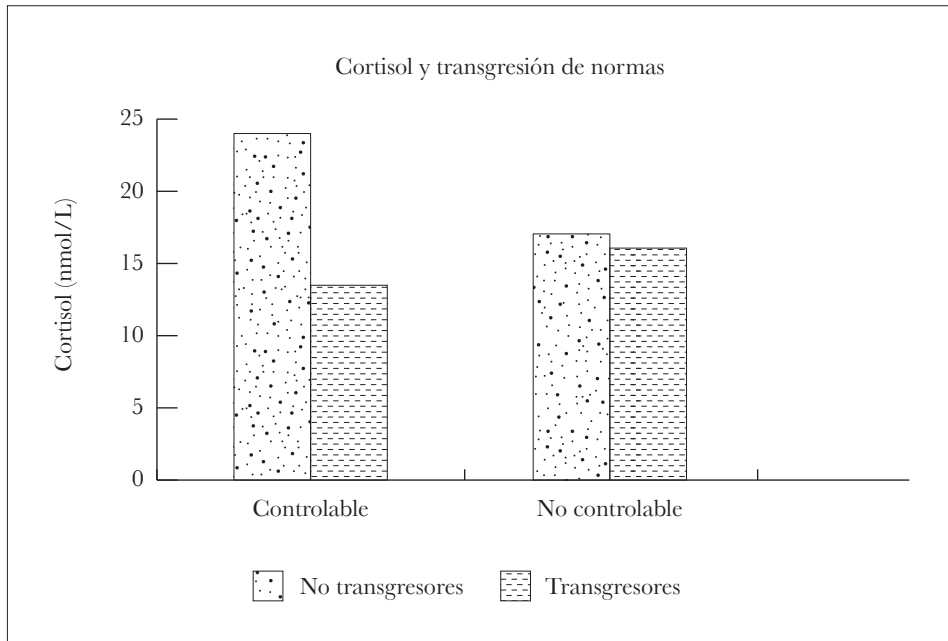


que recibían los choques eléctricos inevitables y que guardaría correspondencia con la condición de incontrolabilidad de ruido en nuestro estudio. Además, los participantes minuciosos tuvieron una mayor reactividad cardiaca respecto del otro grupo, lo cual también es consistente con estudios reportados por el grupo de Eysenck.

Por lo que hace a la prueba de transgresión de la norma, en la gráfica 5 se presenta una síntesis de los datos obtenidos. Aquí, a diferencia del grupo de participantes que puntuaron más alto en la prueba de minuciosidad, se puede observar que en ambas condiciones, de controlabilidad e incontrolabilidad, los niveles de cortisol más elevados se encontraron entre los considerados como “no transgresores de la norma”, en el sentido de que pareciera que existe en éstos una tendencia a no transgredir la norma y, a la par, a adaptarse a su entorno social; esto es particularmente cierto si se revisa con detenimiento la segunda de las condiciones, la de incontrolabilidad, donde se hizo evidente una menor cantidad de respuestas en la prueba, comparadas con las de su contraparte en la condición de controlabilidad, al poder identificar que no dependía de su conducta el control en la presentación del ruido como estímulo aversivo inductor del estrés. Estos datos vendrían a darle sustento a los reportados en el estudio correlacional de Orejudo *et al.* (en preparación), donde se encontró

que, según fuese la prueba utilizada, sería menor o mayor la concentración de los niveles de cortisol. Por lo tanto, los datos reportados parece que pudieran tener alguna aplicación futura en términos del diseño, instrumentación y evaluación de estrategias preventivas para la salud, en especial en los participantes que tienden a puntuar alto en los diferentes estilos conductuales analizados.

Gráfica 5. Niveles de cortisol con puntuaciones altas en la prueba de transgresión de la norma comparada con participantes con niveles bajos o medios en la misma prueba, en fases de controlabilidad e incontrolabilidad de presentación de un ruido



Conclusiones y recomendaciones

A lo largo de las tres últimas décadas se ha sugerido con insistencia que el papel de las variables psicológicas es fundamental en la prevención, acaecimiento y control de diversas enfermedades crónicas (Cohen y Herbert, 1996; Kaplan, 2000). Muchos de los estudios tradicionales en el campo que relaciona la psicología con la salud constituyen importantes testimonios de ello, sobre todo en los que los investigadores se apoyan en preparaciones experimentales (Bovbjerg *et al.*, 1992; Brady y Harris, 1983; Peters *et al.*, 1999), que ciertamente, podríamos, afirmar han sentado las bases para los posteriores estudios que se han conducido desde entonces.

No obstante lo anterior, algo que al día de hoy debería quedar claro, es que infortunadamente es poco lo que se ha avanzado en materia de investigación sobre el fenómeno de personalidad. Es decir, con todo y que se reconozca su influencia para el cuidado, mantenimiento, pérdida y eventual recuperación de la salud (Bermúdez, 2006; Johnson, Batey y Holdsworth, 2009; Ploubidis y Grundy, 2009), en general se adolece de estudios que se caractericen por: *a*) abordar de manera sistemática la relación personalidad-salud-enfermedad; *b*) con base en propuestas alternativas a las tradicionales —por ejemplo la del propio Eysenck o las que tratan el fenómeno de personalidad en la forma de rasgos y/o estados— procurar el estudio de esa relación manteniendo una buena dosis de congruencia y coherencia entre el discurso teórico y los métodos, y *c*) que éstos sean experimentales, de tal suerte que permitan realizar réplicas de las preparaciones, a efecto de validar la pertinencia y posterior utilidad aplicada de los hallazgos.

Precisamente por lo anterior en nuestro laboratorio hemos considerado de capital importancia partir de un modelo teórico de salud biológica (Ribes, 1990b) y de una teoría de la personalidad (Ribes y Sánchez, 1990), a efecto de ahondar en la investigación de cómo es que determinados estilos interactivos se relacionan con un indicador biológico del proceso de salud: los niveles de cortisol salival. Los resultados que aquí se han reseñado no son, por supuesto, concluyentes. Nos ofrecen primeros indicios de esa relación, es decir, de los efectos de la personalidad sobre la salud y, por lo tanto, les asignamos un valor heurístico.

Estamos seguros de que en lo inmediato necesariamente debemos cumplir con dos tareas que consideramos claves. Por un lado, es fundamental diseñar pruebas complementarias y apoyarnos en preparaciones experimentales que nos permitan evaluar tanto la estabilidad como la consistencia conductual a lo largo del tiempo y entre situaciones. Por el otro, y ésta es una tarea ineludible, tenemos que procurar la medición de otros parámetros biológicos, como los de la reactividad de los sistemas inmune, cardiovascular y endocrino, por ejemplo los linfocitos T y B, las células conocidas como *natural killers*, la presión sanguínea, los niveles de concentración de azúcar en sangre, entre otros.

Ambas tareas supondrían que tendríamos que trabajar no sólo con participantes “sanos”, sino también con personas diagnosticadas con diferentes enfermedades crónicas y que cursan por distintos momentos de la enfermedad; se trataría de identificar si dadas ciertas características de la personalidad, sería factible relacionarlas con las enfermedades y con sus correspondientes tratamientos: si facilitan o no el avance clínico de la enfermedad, y si a la vez favorecen la práctica eficiente de las conductas de adhesión que son necesarias en razón de la enfermedad (Sánchez-Sosa, Fierros, Cázares y Piña, 2011; Seligman, 2003).

Referencias

- Amelang, M. (1997), "Using Personality Variables to Predict Cancer and Heart Diseases", *European Journal of Personality*, 11, pp. 319-342.
- , y C. Schmidt-Rathjens (1992), "Personality, Stress and Disease. Some Results on the Psychometric Properties of the Grossarth-Maticek and Eysenck Inventories", *Psychological Reports*, 71, pp. 1251-1263.
- Bayés, R. (1995), *Psicología y SIDA*, Barcelona, Martínez Roca.
- , y E. Ribes (1992), "Un modelo psicológico de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA", en J. A. Piña (comp.), *Psicología y salud: aportes del análisis de la conducta*. Hermosillo, México, Universidad de Sonora, pp. 1-21.
- Benostsch, E. G., A. J. Christensen y L. McKelvey (1997), "Hostility, Social Support, and Ambulatory Cardiovascular Activity", *Journal of Behavioral Medicine*, 20, pp. 163-173.
- Bermúdez, J. (2006), "Personality Science, Self-regulation, and Health Behavior", *Applied Psychology: An International Review*, 55, pp. 386-396.
- Blumenthal, J. A., L. C. O'Toole y T. Haney (1984), "Behavioral Assessment of the Type A Behavior Pattern", *Psychosomatic Medicine*, 46, pp. 415-423.
- Brady, J. (1958), "Ulcers in Executive Monkeys", *Scientific American*, 199, pp. 95-100.
- , y A. Harris (1983), "La producción experimental de estados fisiológicos alterados. Modelos experimentales conductuales concurrentes y contingentes", en W. K. Honig y J. E. R. Staddon (eds.), *Manual de conducta operante*, México, Trillas, pp. 794-824.
- Bovbjerg, D. H., P. B. Jacobsen, K. L. Taylor, J. P. Crown, T. A. Gilewski, B. S. Reichman y T. B. Hakes (1992), "An Experimental Analysis of Classically Conditioned Nausea During Cancer Chemotherapy", *Psychosomatic Medicine*, 54, pp. 623-637.
- Camacho, E., S. Orejudo, C. Vega-Michel, J. Córdova, O. García y C. González (2006, septiembre), "Análisis correlacional entre pruebas de personalidad, evaluación de estilos interactivos y cortisol salival", trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela, España.
- , C. Vega-Michel, G. Vega, E. Nuño y J. L. Parra (2010, octubre), "Simposio sobre Psiconeuroinmunología: Investigación básica y aplicaciones", en el XVIII Congreso Mexicano de Psicología, México, Distrito Federal.
- Catell, R. B. (1965), *El análisis científico de la personalidad*, Barcelona, Fontanella.
- Cohen, S., y T. B. Herbert (1996), "Health Psychology: Psychological Factors and Physical Disease from the Perspective of Human Psychoneuroimmunology", *Annual Review of Psychology*, 47, pp. 113-142.
- Contrada, R., y M. Guyll (2001), "On Who Gets Sick and Why: The Role of Personality and Stress", en A. Baum, T. Revenson y J. Singer (eds.), *Handbook*

- of Health Psychology*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, pp. 59-84.
- Esterling, B. A., M. Antoni, M. Kumar y N. Schneiderman (1990), "Emotional Repression, Stress Disclosure Responses, and Epstein-Barer Viral Capsid Antigen Titers", *Psychosomatic Medicine*, 52, pp. 397-410.
- Eysenck, H. J. (1970), *Fundamentos biológicos de la personalidad*, Barcelona; Fontanella.
- , (1987), "Personality as a Predictor of Cancer and a Cardiovascular Disease, and Application of Behavior Therapy in Prophylaxis", *European Journal of Psychiatry*, 1, pp. 29-41.
- , (1988), "The Respective Importance of Personality, Cigarette Smoking and Interaction Effects for the Genesis of Cancer and Coronary Heart Disease", *Personality and Individual Differences*, 9, pp. 453-464.
- , (1994), *Tabaco, personalidad y estrés*, Barcelona, Herder.
- Fernández, G., y D. Mercado (1996), "Enfermedades aprendidas", en G. R. Ortiz (coord.), *Psicología y salud. La experiencia mexicana*. Xalapa, México, Universidad Veracruzana, pp. 85-96.
- First, M., A. Frances y H. Pincus (1996), *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico Diferencial*, Barcelona, Masson.
- Friedman, M., y R. Rosenman (1958), "Association of Specific overt Behavior Pattern with Blood and Cardiovascular Findings", *Journal of the American Medical Association*, 169, pp. 1286-1296.
- , y R. Rosenman (1974), *Type A Behavior and Your Heart*, Nueva York, Alfred Knopf.
- Grossarth-Maticek, R., y J. H. Eysenck (1990), "Personality, Stress and Disease: Description and Validation of a New Inventory", *Psychological Reports*, 66, pp. 355-373.
- Herbert, T. B., y S. Cohen (1993), "Depression and Immunity: A Meta-analytic Review", *Psychological Bulletin*, 113, pp. 472-486.
- Hernández, E., A. Palomera y F. de Santos (2003), *Intervención psicológica en las enfermedades cardiovasculares*, Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara.
- Hernández, J. M. (2000), *La personalidad. Elementos para su estudio*, Madrid; Biblioteca Nueva.
- , J. Lozano y J. Santacreu (2011), "La evaluación de la persistencia basada en una tarea de aprendizaje adquisición-extinción", *Escritos de Psicología*, 4, pp. 25-33.
- , O. Shih, M. Contreras y J. Santacreu (2001), "El efecto de la competencia y la eficacia en la evaluación objetiva de la transgresión de normas", *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, pp. 205-227.
- Jennings, J. R., y K. A. Matthews (1984), "The Impatience of Youth: Phasic Cardiovascular Response in Type A and Type B Elementary School-aged Boys", *Psychosomatic Medicine*, 46, pp. 498-511.
- Johnson, S. J., M. Batey y L. Holdsworth (2009), "Personality and Health: The

- Mediating Role of Trait Emotional Intelligence and Work of Locus of Control”, *Personality and Individual Differences*, 47, pp. 470-775.
- Kantor, J. R. (1978), *Psicología interconductual*, México, Trillas.
- Kaplan, R. M. (2000), “Two Pathways to Prevention”, *American Psychologist*, 55, pp. 382-396.
- Kariyawazam, S., F. Zaw y S. Handley (2002), “Reduced Salivary Cortisol in Children with Comorbid Attention Deficit Hyperactive Disorder and Oppositional Defiant Disorder”, *Neuroendocrinology Letters*, 23, pp. 45-48.
- Kazdin, A. (1996), *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*, México, El Manual Moderno.
- Kiecolt-Glaser, J., y M. Chee (1991), “Personality, Stress and Cancer: A Re-examination”, *Psychological Inquiry*, 2, pp. 249-251.
- , W. Malarkey, M. Chee, T. Newton, J. Caccioppo, H. Mao y R. Glaser (1993), “Negative Behavior During Marital Conflict is Associated with Immunological Down-regulation”, *Psychosomatic Medicine*, 55, pp. 395-409.
- Marroquín, A. (1999), “Grupos familiares con factores psicológicos de riesgo para infarto del miocardio y angina de pecho”, tesis de maestría en psicología de la salud no publicada, Culiacán, México, Universidad Autónoma de Sinaloa/Escuela de Psicología.
- Miller, G. E., K. E. Freeland, R. M. Carney y W. A. Banks (2003), “Cynical Hostility, Depressive Symptoms, and the Expression of Inflammatory Risk Markers for Coronary Heart Disease”, *Journal of Behavioral Medicine*, 26, pp. 501-515.
- Mischel, W. (1980), *Personalidad y evaluación*, México, Trillas.
- Orejudo, S., E. Camacho y Vega-Michel (en preparación), *Niveles de cortisol y tipos de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Un estudio transcultural*.
- , M. Froján y C. Malo (2004), “La tipología de personalidad de Grossarth-Maticek y Eysenck. Relación con otros constructos psicológicos”, *Psiquis*, 25, pp. 152-166.
- , y M. Froján (2005), “Síntomas somáticos: predicción diferencial a través de variables psicológicas, sociodemográficas, estilos de vida y enfermedades”, *Anales de Psicología*, 21, pp. 276-285.
- Peters, M. L., G. L. Godaert, R. E. Ballieux, J. F. Brosschot, F. C. Sweep, L. M. Swinkels, y C. J. Heijnen (1999), “Immune Response to Experimental Stress: Effects of Mental Effort and Uncontrollability”, *Psychosomatic Medicine*, 61, pp. 513-524.
- Ploubidis, G. B., y E. Grundy (2009), “Personality and All Cause Mortality: Evidence for Indirect Links”, *Personality and Individual Differences*, 47, pp. 203-208.
- Quander-Blaznik, J. (1990), “Personality as Predictor of Lung Cancer: A Replication”, *Personality and Individual Differences*, 13, pp. 683-689.
- Ragland, D. R., y R. J. Brand (1988), “Type A Behavior and Mortality from Co-

- ronary Heart Disease”, *New England Journal of Medicine*, 318, pp. 65-69.
- Reynoso, L., M. A. Álvarez, R. Tron, I. de la Torre y I. Seligson (2002), “Conducta tipo A y enfermedad cardiovascular”, en L. Reynoso e I. Seligson (coords.), *Psicología y salud*, México; Universidad Nacional Autónoma de México/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, pp. 43-70.
- , y I. Seligson (1997), “Patrón conductual tipo A en México: aplicación de un nuevo instrumento de evaluación”, *Archivos del Instituto de Cardiología de México*, 67, pp. 419-427.
- Reynoso, L., y I. Seligson (coords.) (2002), *Psicología y salud*. México; Universidad Nacional Autónoma de México/Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Ribes, E. (1990a), *Psicología y salud: un análisis conceptual*, Barcelona; Martínez Roca.
- , (1990b), *Psicología general*, México; Trillas.
- , (2005), “¿Qué es lo que se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales”, *Acta Comportamentalia*, 13, pp. 37-52.
- , (2009), “La personalidad como organización de los estilos interactivos”, *Revista Mexicana de Psicología*, 26, pp. 145-161.
- , y S. Sánchez (1990), “El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad”, en E. Ribes (ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, México; Trillas, pp. 79-98.
- , S. Contreras, C. Martínez, E. Doval y C. Viladrich (2005), “Individual Consistencies Across Time and Tasks: A Replication of Interactive Styles”, *The Psychological Record*, 55, pp. 619-631.
- , y F. López (1985), *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*, México, Trillas.
- Ryle, G. (1967), *El concepto de lo mental*, Buenos Aires, Paidós.
- Sánchez-Sosa, J. J., L. E. Fierros, O. Cázares y J. A. Piña (2011), “Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral”, en J. L. Ybarra, J. J. Sánchez-Sosa y J. A. Piña (eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica*, México, Universidad Autónoma de Tamaulipas/El Manual Moderno, pp. 137-154.
- Santacreu, J., y O. García-Leal (2000), “La utilización de tests comportamentales computarizados en el estudio de la personalidad: La evaluación de la “persistencia”, *Psicothema*, 12, pp. 117-126.
- , J. Hernández, P. Adarraga y M. Oliva (2002), *La personalidad en el marco de una teoría del comportamiento humano*, Madrid, Pirámide.
- Santé, L., y J. Santacreu (2001), “La eficacia (o la suerte) como moduladora en la evaluación del estilo interactivo tendencia al riesgo”, *Acta Comportamentalia*, 9, pp. 163-188.
- Seligman, M. (1983), *Indefensión*, Madrid, Debate.

- , (2003), *La auténtica felicidad*, Barcelona, Javier Vergara.
- Selye, H. (1984), *The Stress of Life*, Nueva York, Mc Graw-Hill.
- Smith, T. W. (2011), “Toward a More Systematic, Cumulative, and Applicable Science of Personality and Health: Lessons from Type D Personality”, *Psychosomatic Medicine*, 73, pp. 528-532.
- Staats, A. (1996), *Conducta y personalidad: Conductismo psicológico*, Bilbao, Descleé de Brouwer.
- Smedslund, G. (1995), “Personality and Vulnerability to Cancer and Heart Disease: Relations to Demographic and Lifestyle Variables”, *Personality and Individual Differences*, 19, pp. 691-697.
- Temoshok, L., y H. Dreher (1992), *The Type C Connection*, Nueva York, Random House.
- Vega-Camacho, C., E. Camacho, G. Vega, J. L. Parra, C. Aparicio y F. Torres (2011, mayo), “Simposio sobre personalidad y salud”, en el V Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Xalapa, México.
- Watson, J. B. (1924/1961), *Conductismo*, Buenos Aires, Paidós.
- Williams, R., y V. Williams (1993), *Anger Skills: 17 Strategies for Controlling the Hostility that Can Harm Your Health*, Nueva York, Harper Collins Publishers.

9. OBESIDAD Y TRASTORNO POR ATRACÓN ALIMENTARIO¹

Rosalía Vázquez Arévalo,
Xochitl López Aguilar
y Juan Manuel Mancilla Díaz
*Proyecto de Investigación en Nutrición
Facultad de Estudios Superiores-Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México*

Héctor Julián Velázquez López
*Programa de Doctorado en Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México*

Introducción

La estética corporal, tanto en países de Occidente como en sociedades occidentalizadas, se suele representar con la delgadez. Como ha señalado Vandereycken (1993), vivimos en la “cultura de la delgadez”, a la cual se atribuyen resultados prodigiosos, no siempre comprobados, como el éxito social, la belleza y la salud. Por ende, la obesidad aparece como la contraparte negativa, y en ello los profesionistas de la salud han contribuido significativamente, aumentan el espectro del rechazo al sobrepeso: “las razones médicas han venido a confirmar las motivaciones estéticas del culto a la delgadez” (Toro, 1996, p. 169).

Hoy día, un número creciente de investigaciones sobre obesidad presentan datos que la relacionan con trastornos del ánimo, con ansiedad o con el abuso de sustancias —principalmente alcohol (Gruzca, Krueger, Racette, Norberg, Hipp y Bierut, 2010; Petry, Barry, Pietrzak y Wagner, 2008), aunque no queda claro qué evento se constituye en la causa y cuál en el efecto; también se ha encontrado evidencia en sentido opuesto, donde no se ha puesto en evidencia dicha relación (Goldney, Dunn, Air, dal Grande y Taylor, 2009; Hach, Ruhl, Klose, Klotsche, Kirch y Jacobi, 2007; Papelbaun, Moreira, Gaya, Preissler y Coutinho, 2010).

Lo expuesto antes de manera sucinta nos permite, de entrada, avizorar la complejidad del problema de la obesidad, cuyo origen y mantenimiento es multicausal. Adicionalmente, hay que tener en cuenta que no siempre queda claro en qué se diferencia de otros problemas o trastornos, por ejemplo en relación

¹ El presente estudio se realizó gracias a un apoyo otorgado a Georgina Álvarez R. y Rosalía Vázquez Arévalo, por parte del Programa de Apoyo a la Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT-IN305912).

con el conocido *trastorno por atracón*. Éste se distingue por que las personas que se encuentran en riesgo acuden reiteradamente a tratamientos para reducción de peso, que no siempre son efectivos. Dada la relevancia que reviste este trastorno en nuestra sociedad actual y sumado al hecho de que el mismo está adquiriendo proporciones preocupantes en términos epidemiológicos, en el presente capítulo presentamos un panorama general del trastorno en su relación con la obesidad, considerando de manera prioritaria a los varones, por tratarse de un sector de la población que ha sido poco estudiado.

Consideraciones en torno al abordaje de la obesidad

La obesidad se ha convertido en un tema recurrente de salud, tanto para los profesionales del ramo como para el público en general. En el concierto internacional, los datos y las estadísticas la sitúan como la pandemia del siglo XXI. Pero, ¿qué es la obesidad? De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), se trata de una condición médica ocasionada por un exceso de grasa en el cuerpo. Siguiendo con la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal y excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y que se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal. Los parámetros antropométricos que establece la OMS para considerar sobrepeso y obesidad en población de adultos son: *a)* sobrepeso, si se presenta un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, y *b)* obesidad, si se obtiene un IMC igual o superior a 30.

Actualmente, en el mundo se considera que existen más de 1 200 millones de personas con sobrepeso y obesidad, de las cuales, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos alrededor de 80 millones son mexicanos (OCDE, 2012). En la Encuesta Nacional de Nutrición (ENSANUT) (Olaiz-Fernández *et al.*, 2006) se señala que la prevalencia de sobrepeso es más alta en los hombres (42.5%) en comparación con las mujeres (37.4%), en tanto que en la obesidad se observa una tendencia inversa: la prevalencia es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%). Al combinar sobrepeso y obesidad, se detecta que la prevalencia es de 71.9% en mujeres y 66.7% en hombres mayores de 20 años. En la misma encuesta se destaca que la prevalencia de sobrepeso y obesidad —particularmente esta última— muestra una tendencia a aumentar con la edad, no obstante que a partir de los 60 años en adelante disminuye considerablemente para ambos géneros.

Ahora bien, puesto que el de la obesidad es un grave problema de salud por las enfermedades que se le asocian, es necesario ser extremadamente cuidadosos en el análisis del problema, a efecto de estar en mejores condiciones de aportar en otros momentos y en otras circunstancias soluciones efectivas; por ello, a continuación se señalan algunas consideraciones que hay que tener en cuenta:

1. No se puede entender la obesidad y el sobrepeso como si fueran lo mismo. De acuerdo con los criterios de IMC planteados, el sobrepeso no tiene las mismas consecuencias y enfermedades asociadas que la obesidad, su tratamiento no puede ser igual y suele ser más fácil modificar hábitos e IMC en personas que la sufren que en quienes presentan obesidad (Toro, 1996).
2. La concepción de la obesidad es limitada. Hoy en día se sabe que la obesidad es un fenómeno complejo y multicausal, cuya definición propuesta por Bourgues (1987) nos permite entenderla mejor, cuando apunta que se trata de un exceso de tejido adiposo que se vincula con numerosas enfermedades y con mayor mortalidad, producto de un balance energético mayor al óptimo que puede provenir de diversos factores: bioquímicos, genéticos, hormonales, de composición corporal, psicológicos, sociales y culturales, económicos, etcétera. Por ello, las medidas emprendidas deben ser desde diferentes ámbitos y por diferentes profesionales.
3. El parámetro de medición es el IMC, que nos remite a una relación de peso corporal con la talla; aunque puede ser un buen indicador de riesgo de obesidad, no proporciona el porcentaje de grasa, que es el elemento esencial en la definición de obesidad. El peso corporal puede ser una medida burda de la masa corporal total, pero no distingue entre los diversos componentes como la masa magra, ósea y grasa, además de que no considera la constitución física y anatómica de las personas —pequeña, mediana y grande (Toro, 1996)
4. El origen de la obesidad es multicausal, y si bien es cierto que la mayoría de las obesidades se debe a una mayor ingesta a la óptima, se sabe que 5% de las obesidades tiene origen genético.
5. En el caso de México, no se debe olvidar que la Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SS1-1998) clasifica a una persona con sobrepeso cuando su IMC se sitúa entre 25 y 27 y a las personas obesas a partir de un IMC igual o superior a 27.1, lo cual nos lleva a inferir que de ese 24.6% de obesos, algunos realmente tendrían sobrepeso según los criterios expuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992).
6. El manejo social de la obesidad a través de la información imprecisa o poco detallada —como igualar sobrepeso a obesidad o bien creer que todas las obesidades son consecuencia de una sobreingestión, etcétera— ha provocado sin duda la estigmatización de estos pacientes, lo que ha derivado en diversos prejuicios que muchas veces carecen de fundamento, reforzándose expectativas negativas que a menudo se traducen en discriminación y en un intenso malestar psicológico en quien la padece, tal como lo señalan diversos estudios (Bocchierri, Mean y Fisher, 2002; Guzmán y Lugli, 2009; Montt, Koppmann y Rodríguez, 2005; Rand y Macgregor, 1990).
7. La obesidad es un problema grave de salud, algunas de cuyas modalidades tienen un origen psicopatológico; tal es el caso de la obesidad reactiva según

la clasificación internacional de las enfermedades, conocida por sus siglas en inglés como *CIE-10* (OMS, 1992), que se asocia con sobreingestión ocasionada por otros disturbios psicológicos: sobreingestión o ingestión excesiva de alimento como resultado de acontecimientos o eventos estresantes que generan obesidad, como duelos por pérdidas de alguna persona cercana, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso. Otra entidad clínica que ha cobrado relevancia en las últimas décadas es el *Trastorno por Atracón*.

Trastorno por atracón

El carácter clínico del atracón alimentario en personas obesas que acudían a tratamiento para la reducción de peso fue descrito inicialmente por Stunkard, en 1959, no obstante que fue hasta 1976 cuando se propusieron criterios específicos para la conducta de atracón (Fairburn y Wilson, 1993); destacan fundamentalmente tres, a saber:

1. Ingestión impulsiva, episódica, incontrolable y rápida de una gran cantidad de comida en un periodo relativamente corto de tiempo.
2. La terminación del episodio se da únicamente hasta llegar a un punto de malestar físico (*i.e.*, dolor abdominal y sensación de náuseas o distensión). El vómito puede presentarse, pero no se requiere para el diagnóstico.
3. Subsecuentes sentimientos de culpa, remordimiento o autodesprecio.

La conducta de atracón alimentario como criterio diagnóstico de los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) aparece en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales —*DSM-III* por sus siglas en inglés (American Psychiatric Association, 1980), con el objeto de identificar a la bulimia nerviosa (BN), aun cuando dadas las controversias generadas fue modificado en sucesivas ediciones con la finalidad de precisar aún más el concepto (cuadro 1).

La propuesta de dichos criterios generó mayor investigación en muestras de personas con obesidad en la década de los ochenta del siglo pasado, ante las evidencias que señalaban que una cuarta parte de las personas que buscaban tratamiento para la reducción de peso presentaba problemas de atracón alimentario, siendo una característica en ellas no mostrar conductas compensatorias; cuando éstas se presentaban, su frecuencia era menor en las personas diagnosticadas con BN (Marcus 1999; citado en Goldstein y Stunkard, 1999).

Con base en los hallazgos realizados, Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin, Wing, Marcus *et al.* (1991) desarrollaron los criterios para el Trastorno por Atracón (TPA), denominándolo inicialmente *Síndrome de Sobreingestión Patológica*, término que más tarde fue reemplazado por *Trastorno por Ingestión Compulsiva* y, finalmen-

Cuadro 1. *Evolución de la definición del atracón alimentario a través de sucesivas revisiones del DSM (Fairburn y Wilson, 1993)*

DSM	Criterios
DSM-III (American Psychiatric Association, 1980).	Necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse, que debe asociarse con tres de los síntomas siguientes: 1. Alimentos hipercalóricos. 2. Clandestinidad. 3. Estados fisiológicos posteriores. 4. Oscilaciones en el peso
DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1988).	1. Recurrentes episodios de ingestión voraz (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo). 2. Sentimientos de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000).	Recurrentes episodios de atracón alimentario: 1. Ingestión, en un corto periodo de tiempo (i.e., en dos horas), de una cantidad de comida que es definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo tiempo y bajo circunstancias similares. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (i.e., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

te, por *Trastorno por Atracón*. El TPA aparece en el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), en el apartado de Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados (TANE), como una categoría diagnóstica provisional que amerita estudios posteriores, conservando sus criterios en la última versión de este manual *DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000), que son los siguientes:

Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos siguientes condiciones: 1) ingestión en un corto periodo (i.e., dos horas) de una cantidad de comida que es superior a la que la mayoría de las personas podría consumir en el mismo tiempo y en circunstancias similares, y 2) sensación de pérdida de control sobre la ingestión durante el episodio (i.e., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué y cuánto está comiendo).

Los episodios de atracón se asocian con tres o más de los siguientes síntomas: 1) ingestión mucho más rápida de lo normal; 2) comer hasta sentirse desagrada-

blemente lleno; 3) ingestión de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre; 4) comer a solas para esconder la voracidad; 5) sentirse a disgusto con uno mismo, y experimentar depresión o gran culpabilidad después del atracón; 6. profundo malestar al recordar los atracones; 7) los atracones tienen lugar, en términos generales, al menos dos días a la semana durante seis meses, y 8) el atracón no se asocia con estrategias compensatorias inadecuadas (*i.e.*, purgas, ayuno y ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia o bulimia nerviosas.²

Por otro lado, se debe considerar que no todas las personas con obesidad presentan TPA; si bien es cierto es necesario destacar que en buena medida la prevalencia de dicho trastorno se ha detectado en esta población, los estudios apuntan a que las personas con el mismo presentan un IMC que va de 32 a 42 (Barry, Grilo y Masheb, 2002; Grilo y Masheb, 2004; Roehrig, Masheb, White y Grilo, 2009; Tanofsky, Wilfley, Spurrell, Welch y Brownell, 1997).

La población con mayor riesgo está conformada por personas que son principalmente obesas y que acuden a tratamiento, con una prevalencia todavía no muy clara, que oscila entre 8 y 53% (de Zwaam, 2001; Fitzgibbon, Sánchez-Johnsen y Martinovich, 2003; Gormally, Black, Datson y Rardin, 1982; Spitzer *et al.*, 1992; Spitzer *et al.*, 1993; Villagómez, Cortés, Barrera, Saucedo y Alcocer, 2003; Williamson y Martin, 1999). En una muestra comunitaria los índices son menores y con mayor acuerdo, y van de 1.55 a 3% (Feldman y Meyer, 2007; Hay, 1998; Hodges, Stellefson, Jarrell, Cochrane y Brewerton, 1999; Nicdao, Hong y Takeuchi, 2007), e inclusive, cuando llegan a incrementarse, alcanzan hasta 6.6% (Grucza, Przybeck y Cloninger, 2007).

En cuanto a su distribución por género, se observa que por cada caso de hombres hay tres en mujeres (Castonguay, Eldredge y Agras, 1995; de Zwaan, 2001; Smith, Marcus y Eldredger, 1994; Womble *et al.*, 2001). La edad de inicio en que se presenta el TPA es 32 años (American Psychiatric Association, 2000; Marcus, 1999); no obstante, puede presentarse en la adolescencia tardía o en la juventud temprana (García-Camba, 2001).

Modelos de Trastorno por Atracón y obesidad

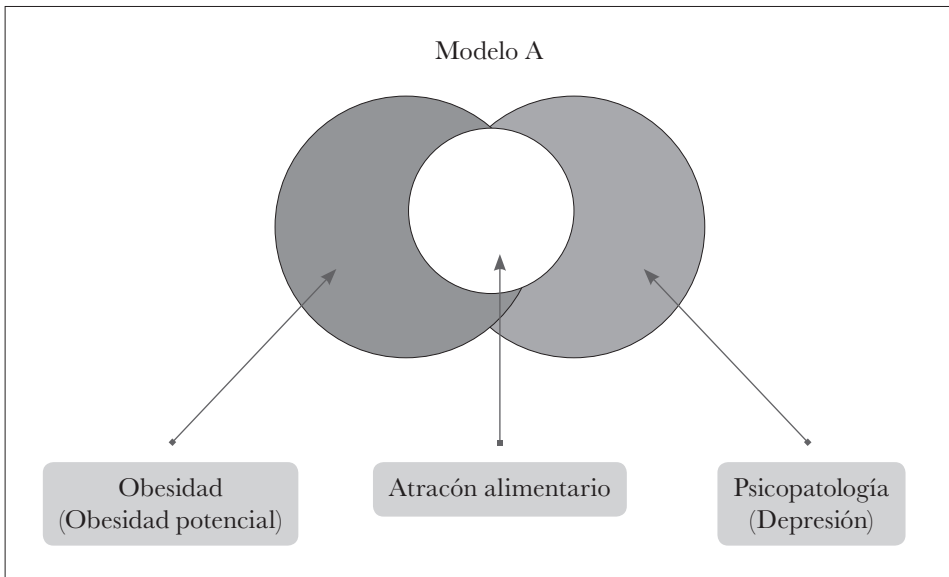
Devlin, Goldfein y Dobrow (2003) proponen dos modelos que intentan explicar la asociación entre atracón y obesidad:

² El método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nerviosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

El *modelo A* sugiere que el TPA es una característica o condición que emerge de dos trastornos primarios coexistentes, por ejemplo: el TPA surge cuando la obesidad (u obesidad potencial) y alguna entidad psicopatológica general –i.e., depresión– concurren. El atracón alimentario, como un marcador de psicopatología entre personas obesas, ha sido propuesto y discutido detalladamente en otros estudios. Los argumentos que se han planteado a favor de este modelo son: 1) pacientes obesos con TPA difieren de las personas sin TPA en la comorbilidad psiquiátrica; 2) en estudios con muestras comunitarias se ha identificado a la obesidad y a los trastornos psiquiátricos como factores de riesgo para el TPA, y 3) el atracón es sugerido como una característica atípica de depresión (figura 1).

El *modelo B* considera que la disforia peso/figura y angustia relacionada con el peso, así como la impulsividad, son fenómenos que subyacen al atracón alimentario entre personas obesas. De acuerdo con este modelo, la angustia extrema ante la imagen corporal en las personas obesas puede desencadenar el atracón alimentario, quizá debido a un intento poco realista e infructuoso de restricción

Figura 1. *Psicopatología en la obesidad (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003)*

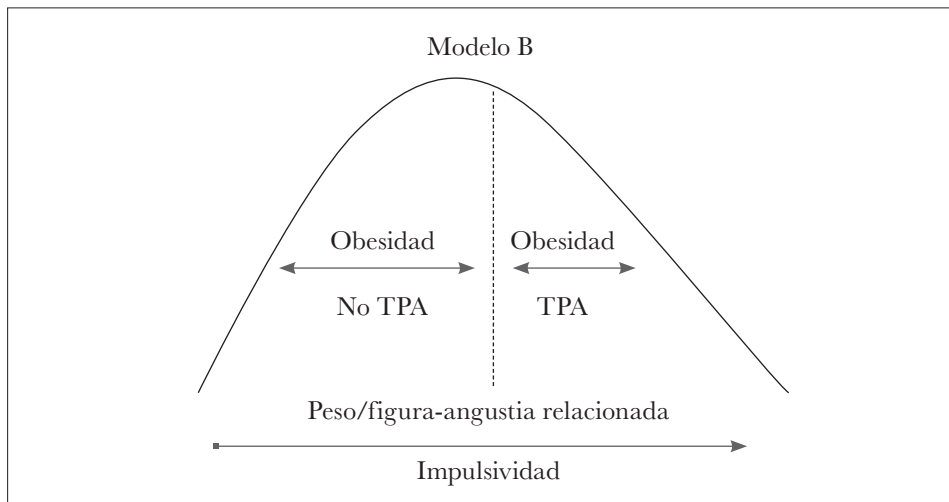


alimentaria para mejorar la imagen corporal. No obstante, una limitación de este modelo es que las personas con TPA no presentan grandes restricciones en su conducta alimentaria entre episodios alimentarios. Asimismo, son más frecuentes las dietas y las fluctuaciones en su peso corporal que en los obesos sin TPA. Otra potencial dimensión del TPA en muestras de obesos es la impulsividad, toda vez que los hallazgos señalan que el atracón alimentario entre obesos se asocia con

altos niveles de impulsividad u otras conductas problemáticas, por ejemplo, las compras compulsivas; se da sustento así al concepto y a la idea de que el atracón alimentario es la manifestación de una alta impulsividad entre personas predispuestas a la obesidad (figura 2).

Considerando lo expuesto antes, la población de obesos es un grupo heterogéneo, por lo que se debe dividir en muestras con y sin TPA. Las investigaciones sobre el particular indican que los obesos con atracón alimentario o TPA son clínicamente diferentes de los obesos sin trastorno en los siguientes aspectos:

Figura 2. *Psicopatología de la obesidad (Devlin, Goldfein y Dobrow, 2003)*



1. Mayor problemática en relación con el peso corporal: IMC más elevado, inicio temprano del sobrepeso, oscilación del peso corporal (de Zwann, 2001), mayor porcentaje de grasa e historia familiar de sobrepeso (Giusti, Héraïef, Gaillard y Burckhardt, 2004; Lewinsohn, Seeley, Moerk y Striegel-Moore, 2002).
2. Alteraciones alimentarias: inicio temprano de las dietas (Goldfein, Walsh, Devlin, LaChaussée y Kissileff, 1993), restricción alimentaria, desinhibición, susceptibilidad al hambre y preocupación por la comida (Adami, Campostano, Marinari, Ravera y Scopinaro, 2002; Guss, Kissileff, Devlin, Zimmerli y Walsh, 2002; Hsu *et al.*, 2000; Kalarchian, Wilson, Brolin y Bradely, 1998; Kuehnel y Wadden, 1994; Le Grange, Gorin, Catley y Stone, 2001; Telch y Stice, 1998). Asimismo, se ha detectado que la alimentación se encuentra asociada con las emociones (Pinaquy, Chabrol, Simon, Louvet y Barbe, 2003).
3. Problemática psicológica que se caracteriza por impulsividad (Nasser, Gluck y Geliebter; 2004), alexitimia e insatisfacción corporal (Guss *et al.*, 2002; Ma-

tos, Aranha, Faria, Ferreira, Bacaltchuck y Zanella, 2002), pobre motivación para adelgazar, sentimientos de ineficacia e identificación interoceptiva (Antonoun, Tasca, Wood y Bissada, 2003; Kuehnel y Wadden, 1994; Ramacciotti, Coli, Passaglia, Lacorte, Pea y Dell'Osso, 2000; Tasca, Illing, Lybanon-Daigle, Bissada y Balfour, 2003), baja autoestima (Telch, Agras y Rositer, 1994; Striegel-Moor, Wilson, Wilfley, Elder y Brownell, 1998) y comorbilidad psiquiátrica, principalmente ansiedad y depresión (Anthony, Johnson, Carr-Nangle y Abel, 1994; Yanovski, Nelson, Dubbert y Spitzer, 1993).

Trastorno por Atracón en hombres

El TPA ha sido estudiado mayoritariamente en población femenina, a pesar de ser un trastorno más frecuente en hombres y de presentarse en proporción similar entre ambos sexos —en una proporción de dos casos de hombres por cada tres de mujeres, tanto en población que busca tratamiento para bajar de peso como en muestras comunitarias (American Psychiatric Association, 1994, 2000; Castonguay *et al.*, 1995; de Zwaan, 2001; Smith y Thelen, 1994; Spitzer *et al.*, 1992; Spitzer *et al.*, 1993; Williamson, 1990; Womble *et al.*, 2001)

Se debe señalar que existen factores socioculturales que han dificultado la detección de este padecimiento en esta población, como el hecho de considerar que en los hombres es común la ingesta de grandes cantidades de alimentos, además de que los profesionales de la salud y ellos mismos creen que las patologías alimentarias son exclusivas de las mujeres. A esto hay que agregar que la gran mayoría de los instrumentos de tamizaje o detección de riesgo están contruidos para mujeres. Adicionalmente, la mayoría de los estudios que han incluido muestras de varones con TPA también realizan comparaciones con mujeres con TPA, de las cuales se ha obtenido una serie de datos muy interesantes, que resumimos a continuación:

1. En cuanto a la frecuencia de dieta restrictiva, se ha encontrado que la mayoría de los hombres con TPA (70.2%) no la utiliza como estrategia para la pérdida de peso (Barry *et al.*, 2002; Grilo y Masheb, 2004), como sucede con la mujeres.
2. La preocupación por el peso y la imagen corporal son características presentes en las personas con TPA, y en la población masculina también es posible tener dicha apreciación, ya que los hombres con TPA presentan mayores niveles de dichas características que aquellos sin TPA; empero, suele ser menor en comparación con las mujeres (Barry *et al.*, 2002; Cuzzolaro, Donini, Bellini y Santomassimo, 2008; Grilo y Masheb, 2004; Roehrig *et al.*, 2009; Tanofsky *et al.*, 1997).
3. En lo que respecta al afecto negativo, parece claro que es una constante en hombres y mujeres con TPA (Amianto, Lavagnino, Leombruni, Gastaldi,

Daga y Fassino, 2011; Galanti, Gluck y Geliebter, 2007; Geliebter, Hassid y Hashim, 2001; Grilo *et al.*, 2009; Grilo y Masheb, 2005; Kolotkin, Westman, Ostbye, Crosby, Eisenson y Binks, 2004; Masheb y Grilo, 2006), no así en los obesos que no tienen esta patología.

En México, los estudios en TPA son incipientes, y en varones con esta problemática casi inexistentes. A continuación presentamos los resultados de tres casos mexicanos, que son resultados reportados en una tesis doctoral en la que se abordó la temática (López, 2008).

Participantes

Se diagnosticaron tres casos con TPA de una muestra comunitaria de 567 estudiantes de 567 hombres: el primer caso fue un estudiante de bachillerato de 16 años, proveniente de una familia nuclear (segundo hijo de cuatro hermanos), quien presentaba atracones tres veces a la semana desde que comenzó la adolescencia. El segundo caso correspondió a un estudiante de bachillerato de 17 años, proveniente de una familia nuclear (segundo de tres hermanos), quien señaló tener problemas de sobrepeso e inadecuados hábitos alimentarios desde la niñez. El tercer caso fue el de un estudiante de bachillerato de 17 años, proveniente de una familia nuclear (primero de cinco hijos), quien señaló tener problemas de sobrepeso desde los 10 años y someterse desde los 12 años a dietas restrictivas. El participante recuerda presentar atracones desde la infancia.

Instrumentos

Hoja de datos generales. Su objetivo es registrar información respecto de las características sociodemográficas de los participantes, como: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico, entre otros.

Hoja de consentimiento informado. Su objetivo es dar a conocer el objetivo de la investigación y señalar que ésta no tiene efectos nocivos para los participantes, así como, en caso de ser necesario, canalizarlos para recibir atención psicológica.

Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación, o TFEQ, por sus siglas en inglés (*Three Factor Eating Questionnaire*), Validado por Stunkard y Messick (1985). Contiene 51 preguntas que se dividen en tres factores relacionados con la alimentación: restricción alimentaria ($\alpha = 0.93$), desinhibición ($\alpha = 0.91$) y susceptibilidad al hambre ($\alpha = 0.85$). La adaptación para la población mexicana presenta un coeficiente de consistencia interna adecuado ($\alpha = 0.87$) y una efectiva validez concurrente y discriminante (López, Mancilla, Vázquez, Franco, Álvarez y Ocampo, 2011).

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación, o EAT-40, por sus siglas en inglés (*Eating Attitudes Test*), creado y validado por Garner y Garfinkel (1979). Consta de 40 preguntas, cuya finalidad es identificar los síntomas característicos de los trastornos alimentarios. Fue validado en población mexicana por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), comprobando que posee adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0.90$ en muestra clínica; especificidad = 91% y sensibilidad = 83%). El punto de corte internacional es ≥ 30 y el punto de corte mexicano es de ≥ 28 . En la validación mexicana se obtuvieron cinco factores que explican 46.6% de la varianza total, de los cuales para la presente investigación, se retomaron únicamente tres: restricción alimentaria, preocupación por la comida y presión social percibida.

Test de Bulimia, o BULIT, por sus siglas en inglés (*Bulimia Test*), construido y validado por Smith y Thelen (1984). Incluye 36 preguntas que identifican la presencia de síntomas y preocupaciones que caracterizan a la bulimia nerviosa. En población mexicana fue validado por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.89$); esta versión sugiere un punto de corte ≥ 85 (sensibilidad = 79% y especificidad = 97%) y tres factores que explican 33.3% de la varianza total: atracón, sentimientos negativos después del atracón y conductas compensatorias. Para la presente investigación se emplearon los tres factores para población mexicana y las preguntas que evalúan fluctuaciones de peso.

Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado, o QEWP-R, por sus siglas en inglés (*Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised*); fue construido por Spitzer, Yanovsky y Marcus (1993) y contiene 13 preguntas que tienen como objetivo discriminar entre muestras de pacientes con TPA y BN. Entre sus propiedades psicométricas se encuentran una estabilidad moderada sobre el tiempo —tres semanas ($Kappa = 0.58$) y una validez convergente (asociación entre la Entrevista Clínica Estructurada [*SCID*, por sus siglas en inglés] con *QWEP*, valor de $Kappa = 0.60$). Fue traducido, adaptado y validado en población mexicana por López, Mancilla, Vázquez, Álvarez y Franco (2011), quienes reportaron un α de 0.71 y una estructura factorial de dos factores (conductas compensatorias y atracón), con una varianza explicada total de 55.04%. También se halló un coeficiente de correlación positiva entre el *QEWP-R* y la Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios ($Kappa = 0.81$; $p \leq 0.0001$).

Inventario de Depresión de Beck, o BDI, por sus siglas en inglés (*Beck Depression Inventory*), elaborado por Beck (Beck, 1967; Beck y Steer, 1993). Contiene 21 preguntas para evaluar la presencia de depresión. Este instrumento fue traducido, estandarizado y validado en población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1996). La versión mexicana del IDB presenta una

adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.87$), validez concurrente (correlaciona con la Escala de Depresión de Zung: $r = 0.70$; $p \leq 0.0001$), con los siguientes niveles de depresión: mínima (0-9), leve (10-16), moderada (17-29) y severa (30-63).

Inventario de Ansiedad de Beck, o BAI, por sus siglas en inglés (*Beck Anxiety Inventory*); fue desarrollado por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988). El BAI contiene 21 preguntas que evalúan la sintomatología de ansiedad y su severidad; para población mexicana fue traducido, adaptado y validado por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001). La versión mexicana del BAI presenta una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.84$ en estudiantes y $\alpha = 0.83$ en adultos), una adecuada confiabilidad test/re-test ($r = 0.75$), siendo los niveles de severidad los siguientes: mínima (0-5), leve (6-15), moderada (16-30) y severa (31-65).

Inventario de Trastornos Alimentarios, o EDI, por sus siglas en inglés (*Eating Disorders Inventory*); fue desarrollado y validado por Garner, Olmestad y Polivy (1983). Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuestas, que fue validado para población mexicana por Mancilla, Franco, Álvarez y Vázquez (2003), quienes encontraron una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.87$) y validez concurrente (correlación entre el total del *EAT-40* con cada uno de los factores del *EDI*). En esta validación se propuso una estructura factorial de ocho subescalas que explican 41.7% de la varianza total. Para este trabajo únicamente se consideraron los factores de identificación interoceptiva, ineficacia y motivación para adelgazar.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios, o IDED, por sus siglas en inglés (*Interview for the Diagnosis of Eating Disorders*); fue elaborada por Williamson (1990) y tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, partiendo de los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). Se divide en los siguientes apartados: 1) evaluación general e historia del problema; 2) anorexia nerviosa; 3) bulimia nerviosa, y 4) trastorno por Atracón. Esta entrevista ha demostrado tener validez de contenido, concurrente y discriminante (Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998).

Cuestionario de Imagen Corporal, o BSQ, por sus siglas en inglés (*Body Shape Questionnaire*); construido por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Contiene 34 preguntas cuyo objetivo es evaluar la preocupación y la insatisfacción corporal. Se ha propuesto un punto de corte internacional ≥ 105 y de ≥ 110 nacional (sensibilidad = 84.3% y especificidad = 84.4%). La versión mexicana fue adaptada y validada por Vázquez, Galán, López, Álvarez, Mancilla, Caballero *et al.* (2011), quienes encontraron una excelente consistencia interna en muestra comunitaria ($\alpha = 0.95$) y clínica ($\alpha = 0.98$), así como una adecuada capacidad para discriminar a muestras con y sin TCA.

Medidas antropométricas

Índice de Masa Corporal (IMC): permite establecer la proporción entre el peso y la estatura, a través de la siguiente fórmula: peso/estatura². De acuerdo con Vargas y Casillas (1993), se puede clasificar a la población mexicana en función de los siguientes indicadores: bajo peso (IMC de 15 a 18.9), normopeso (IMC de 19 a 24.9), sobrepeso (IMC de 25 a 29.9) y obesidad (IMC \geq 30).

Índice Cintura Cadera (ICC): estima el predominio de la grasa corporal subcutánea en la parte superior o inferior del cuerpo, mediante la siguiente fórmula: circunferencia cintura por 100/circunferencia cadera. De acuerdo con Hartz, Rupley, Kaalkhoff y Rimm (1983) se interpreta de la forma siguiente: 1) menor que 73 (hiperginecoide), con alto predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo; 2) de 74-76 (ginecoide), con moderado predominio de la grasa en la parte inferior del cuerpo; 3) de 77-80 (Androide), con moderado predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo, y 4) mayor que 80 (hiperandroide), con alto predominio de la grasa en la parte superior del cuerpo. Para población mexicana se consideran los valores mayores a 84 para mujeres y 93 para hombres; como riesgo para la salud, principalmente se le asocia con enfermedades del corazón (Vargas y Casillas, 1993).

Porcentaje de grasa. Para determinar el porcentaje de grasa se tomarán los pliegues cutáneos de bíceps, tríceps, subescapular, suprailíaco y pantorrilla. La obesidad se define en hombres como un porcentaje de grasa mayor a 25%, y en mujeres, como un porcentaje mayor que 30%. De acuerdo con Lohman, el porcentaje de grasa compatible con la salud es el siguiente: hombres, de 10 al 22, y mujeres, de 20 al 32.

Aparatos e instrumentos

1. Antropómetro GPM, desmontable en cuatro segmentos, con capacidad de 2 m y sensibilidad al milímetro más cercano.
2. Compás de corredera Harpenden, con sensibilidad de 0-140 mm.
3. Cinta métrica flexible, con sensibilidad de 0-150 cm.
4. Calibrador de pliegues cutáneos John Bull con sensibilidad de medición de 0-48 mm y de presión de 100 g/mm².
5. Báscula pesa-personas Tanita, con capacidad de 200 kilogramos y sensibilidad de 100 gramos.

Procedimiento

Se acudió a las instituciones educativas y se presentó el protocolo de investigación a las autoridades académico-administrativas. Una vez aprobado, los estudiantes

voluntarios firmaron el consentimiento informado y tuvieron tres sesiones: en la primera se pedía que contestaran a los siguientes cuestionarios: hoja de datos generales, *EAT*, *BULIT*, *QEWP-R* y *BSQ*; en la segunda sesión se incluyeron los cuestionarios restantes: *EDI*, *TFEQ*, *BDI* y *BAI*; en la tercera sesión se tomaron las medidas antropométricas y se condujo la entrevista tipo diagnóstico. Los instrumentos fueron administrados de manera individual y cada sesión tenía una duración aproximada de 1:30 horas. En este capítulo sólo se presentan los resultados de los tres casos que fueron diagnosticados con TPA.

Resultados

Se encontró que todos los hombres presentaban obesidad y altos porcentajes de grasa (10-22 es lo normal), que tendían a distribuir en la parte superior del cuerpo, denominado hiperandroide (cuadro 2). Asimismo, de los tres hombres, dos refirieron haber ganado de 6 a 8 kilogramos en un mes y uno señaló haber ganado de 3 a 5 kilogramos. Lo anterior sugiere que la oscilación de peso corporal parecía ser una constante en estos varones con TPA.

En cuanto a su conducta alimentaria, uno de los tres varones restringía el alimento, contaba las calorías que consumía en el día, evitaba alimentos altos en carbohidratos, consumía alimentos dietéticos y ocupaba gran parte de su tiempo pensando en la comida. Por su parte, los otros dos negaron tener conductas restrictivas o preocuparse por la comida. Se presentó también dificultad en uno de los varones para identificar sus sensaciones interoceptivas de hambre o saciedad. Con respecto a las emociones relacionadas con el atracón, se identificó que uno de los hombres con TPA refería consumir alimentos cuando estaba triste, ansioso y solo, mientras que los dos restantes señalaron tener sentimientos de ineficacia o no identificar sus emociones con claridad. Por otra parte, ninguno de los hombres señaló emplear conductas compensatorias de tipo purgativo para controlar su peso, aun cuando uno de los participantes mencionó que hacía ejercicio como método para quemar calorías.

Cuadro 2. *Edad e indicadores antropométricos de los varones con TPA*

Casos	Edad	IMC	Porcentaje de grasa	ICC
1	16	33.2	29.6	91
2	17	33.9	32	93.8
3	17	34.3	33.6	98.2
Total	16.6	33.8	32.7	94.3
		Obesidad	Elevado	Hiperandroide

Nota: índice de masa corporal (IMC) e índice cintura cadera (ICC).

También se observó que uno de los hombres con TPA presentó un nivel severo de sintomatología, tanto de ansiedad como de depresión, que correspondió al caso número 3 (cuadro 3).

En relación con la imagen corporal, dos de los tres casos rebasaron el punto de corte del *BSQ* (≥ 110), lo cual indica presencia de insatisfacción corporal. Asimismo, se encontró que dos de los hombres con TPA mencionaron tener miedo de ganar peso y un deseo de ser más delgados; además, señalaron exagerar a menudo la importancia de su peso corporal. En lo que respecta al Índice de Percepción Corporal, éste tiene un valor de 100 cuando la medida real y la de percepción son iguales; valores superiores a 100 indican sobreestimación, e inferiores, subestima-

Cuadro 3. *Puntuaciones obtenidas en los inventarios de ansiedad y depresión*

Casos	Inventario de ansiedad	Inventario de depresión
Caso 1	10 (leve)	4 (mínimo)
Caso 2	10 (leve)	10 (leve)
Caso 3	39 (severo)	42 (severo)
Caso 4	19.67 (moderado)	18.66 (moderado)

ción; los resultados para los casos analizados se pueden observar en el cuadro 4, donde uno de los participantes subestimó considerablemente su peso corporal y su espalda, mientras los tres sobrestimaron su cintura y su cadera.

Instrumentos de Evaluación del Atracón y TPA

Los autoinformes han demostrado ser útiles en la detección de síntomas de TCA, y en el caso del TPA también se cuenta con cuestionarios de tamizaje en los

Cuadro 4. *Imagen corporal en varones con TPA*

Índice de percepción corporal					
		Peso	Espalda	Cintura	Cadera
Casos	BSQ				
1	83	76.24	80.49	102.94	125.57
2	148	101.44	106.98	136.67	146.67
3	152	119.4	126.19	217.24	191.18

Nota: el Índice de Percepción de la Imagen Corporal (IPC), permite contrastar la percepción del sujeto sobre su silueta con las medidas antropométricas reales. De manera que puntuaciones mayores a 100 señalan una sobreestimación, en tanto que puntuaciones menores a 100 indican una subestimación. La forma que se emplea es: tamaño estimado / tamaño real x 100

que se evalúan, fundamentalmente, los siguientes aspectos: *a)* que la cantidad de alimento que la persona reporta consumir corresponda con una gran cantidad de comida, es decir que efectivamente sea un atracón objetivo; *b)* la sensación de pérdida de control; *c)* sentimientos de culpa después del atracón, y *d)* la frecuencia con la cual tiene que presentarse esta conducta para ser considerada patológica, debe ser al menos dos días a la semana durante seis meses.

Entre los instrumentos que se han desarrollado para esos fines se encuentran básicamente tres, que son los más empleados en la bibliografía internacional:

1. *Escala de Atracón Alimentario (Binge Eating Scale)*, elaborada y validada por Gormally *et al.* (1982) con base en los criterios diagnósticos del *DSM-III*. Su utilidad clínica consiste en la detección de los episodios de atracón y en su nivel de severidad. Celio, Wilfley, Crow, Mitchell y Wash (2004) encontraron que la escala presenta una sensibilidad = 0.85 y una especificidad = 0.20; por otro lado, clasifica correctamente a 38.5% de los pacientes con TPA y a 98.2% de las personas sin TCA, usando como punto de corte > 27 (Brody, Walsh y Devlin, 1994).
2. *Cuestionario de Alimentación y Patrones de Peso-Revisado (Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised)* de Spitzer *et al.* (1993), elaborado considerando los criterios diagnósticos propuestos en el *DSM-IV* para el TPA y la BN; actualmente existen tres versiones: adultos, adolescentes y padres (Nangle, Johnson, Carr-Nangle y Engler, 1994). Entre sus propiedades psicométricas se encuentra una estabilidad moderada sobre el tiempo, en concreto a las tres semanas (Kappa = 0.58); además, se ha detectado una asociación con la Entrevista Clínica Estructurada (*SCID*), con un valor de Kappa = 0.60, así como con un valor de sensibilidad = 0.74 (Celio *et al.*, 2004) y 0.88 (Borges, Morgan, Claudino y Silveira, 2005).
3. *Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (Three Factor Eating Questionnaire)*, diseñado y validado por Stunkard y Messick (1985). También conocido como *Inventario de la Alimentación*, es el más citado en la bibliografía. Originalmente se construyó con 67 preguntas, de las cuales 10 pertenecían a la *Escala de Restricción Alimentaria* de Herman y Polivy (1980), 40 a la *Escala de Obesidad Latente* de Pudiel (1978) y 17 fueron construidas por expertos en el área. Después de un primer análisis factorial preliminar se reestructuró el cuestionario, quedando conformado por 93 preguntas. En un segundo análisis factorial se depuraron varias más, permaneciendo 55, de las cuales se eliminaron cuatro porque saturaban en varios factores, de manera que la versión final de este cuestionario quedó constituida por 51 preguntas, que se dividen en tres factores: restricción cognoscitiva, desinhibición y hambre. Estudios posteriores han confirmado su confiabilidad y su validez, demostrando que dicho instrumento es útil para diferenciar entre muestras de obesos con y sin TPA, así como entre pacientes con

BN y TPA (Collins, Lapp, Helder y Saltzberg, 1992; Laessle, Tuschl, Kotthaus y Pirke, 1989; Marcus, Wing y Lamparski, 1985; Wardle, Marsland, Sheikh, Quinn, Fedoroff y Ogden, 1992).

En México se cuenta con la validación de los tres cuestionarios, tal como puede observarse en el cuadro 5, donde se resumen las muestras utilizadas y los resultados obtenidos.

Conclusiones y recomendaciones

La obesidad es un problema de atención mundial y nacional, razón por la cual los profesionales de la salud debemos ser muy cuidadosos en su abordaje, detección y, sobre todo, en el manejo de su información. Asimismo, la obesidad y el sobrepeso no son lo mismo, y deben ser abordados de manera diferente.

Cuadro 5. *Resumen de los estudios de validación en México de cuestionarios de tamizaje para el Trastorno por Atracón*

Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación	
López <i>et al.</i> (2011).	<p>MUESTRA 607 mujeres mexicanas, con un rango de edad de 15 a 35 años ($X = 20.28$; $DE = 5.70$), de las cuales 375 provenían de instituciones educativas públicas y privadas, 142 de centros de ejercicio aeróbico-reductivo, 47 de clínicas de tratamiento de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA) y 42 fueron canalizadas al Proyecto de Investigación en Nutrición.</p> <p>RESULTADOS Los resultados señalan un coeficiente de consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.87$) y una estructura factorial de dos factores (restricción alimentaria y desinhibición), los cuales explican 30% de la varianza total. Los análisis de la validez concurrente y discriminante muestran datos satisfactorios. Por tanto, el <i>TFEQ</i> es un instrumento adecuado para evaluar la patología alimentaria.</p>
Escala de Atracón Alimentario	
Zúñiga y Robles (2006).	<p>Muestra 100 participantes, de los cuales 81% correspondió a mujeres. Tenían un promedio de edad de 36.53 años ($DE = 9.69$) y acudían a un programa de tratamiento para reducción de peso en la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. El promedio de IMC del grupo fue 34.2 ($DE = 7.9$).</p>

Continuación cuadro 5. *Resumen de los estudios de validación en México de cuestionarios de tamizaje para el Trastorno por Atracón*

Escala de Atracón Alimentario	
Zúñiga y Robles (2006).	<p>Muestra</p> <p>69 participantes tenían empleo, 21 contaban con estudios de primaria, 20 del nivel medio-superior, 32 de licenciatura y seis con estudios de posgrado. Su distribución, de acuerdo con el IMC, fue de 5% con peso normal, 9% con sobrepeso, 16% con obesidad grado I, 46% con obesidad grado II y 24% con obesidad grado III.</p> <p>RESULTADOS</p> <p>El análisis factorial derivó en dos factores (16 reactivos): sentimientos y cogniciones ($\alpha = 0.88$) y manifestaciones conductuales ($\alpha = 0.87$), que explican 56.25% de la varianza. El <i>BES</i> demostró alta consistencia interna y validez de constructo en población mexicana que busca tratamiento para la obesidad.</p>
Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso	
López <i>et al.</i> (2011).	<p>MUESTRA</p> <p>Se conformó por 448 mujeres con un rango de edad de 20 a 55 años ($X = 32.47$; $DE = 11.80$), un índice de masa corporal (IMC) promedio de 29.58 ($DE = 6.52$) y un nivel de escolaridad de bachillerato y licenciatura. Los participantes procedían de centros de ejercicio aeróbico-reductivo, instituciones educativas públicas y privadas, muestra que es canalizada al Proyecto de Investigación en Nutrición (PIN-UNAM) para su evaluación y de clínicas de reducción de peso, las cuales se encuentran ubicadas en la Ciudad de México y su zona metropolitana.</p> <p>RESULTADOS</p> <p>Se encontró un adecuado nivel de asociación entre la entrevista <i>IDED</i> y el <i>QEWPR</i> ($Kappa = 0.60$; $p \leq 0.0001$). Asimismo, se encontró que los tres factores de la validación mexicana del <i>BULIT</i> se asociaron con algunos indicadores que evalúa el <i>QEWPR</i> (atracción, sentimientos negativos posteriores al atracón y conductas compensatorias). El atracón alimentario también se asoció con el IMC. Se concluye que este <i>QEWPR</i> es un adecuado instrumento de tamizaje para población mexicana con sintomatología de Trastorno por Atracón y bulimia nerviosa.</p>

El TPA es una psicopatología alimentaria estrechamente relacionada con la obesidad, que se presenta principalmente en personas con una historia de dietas, fluctuaciones de peso e insatisfacción corporal. Sin embargo, se debe enfatizar que no todos los obesos tienen este trastorno.

Por lo anterior, la investigación nacional e internacional sobre el TPA requiere considerar más a los varones, reconociendo que acuden con menor frecuencia a tratamiento que las mujeres, por lo que se debe buscar otras formas de detección y atención. También se debe fortalecer la investigación tendiente al diseño y la validación de instrumentos de tamizaje en población masculina y en muestras clínicas, con el propósito de contar con mejores instrumentos de diagnóstico y una detección temprana y oportuna.

Referencias

- Adami, G. F., A. Campostano, G. M. Marinari, G. Ravera y N. Scopinaro (2002), "Night Eating in Obesity: A Descriptive Study", *Nutrition*, 18, pp. 587-589.
- Álvarez, L. G., J. M. Mancilla y R. Vázquez (2000), "Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT)", *Revista Psicología Contemporánea*, 7, pp. 74-85.
- , J. M. Mancilla, R. Vázquez, C. Unikel, A. Caballero y D. Mercado (2004), "Validity of the Eating Attitudes Test: A Study of Mexican Eating Disorders Patients", *Eating and Weight Disorders: Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 9, pp. 243-248.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, Third Edition)*, Washington, APA Press.
- , (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III, Third Edition Revisited)*, Washington; APA Press.
- , (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV, Fourth Edition)*, Washington, APA Press.
- , (2000), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR, Fourth Edition Revisited)*, Washington, APA Press.
- Amianto, F., L. Lavagnino, P. Leombruni, F. Gastaldi, G. A. Daga y S. Fassino (2011), "Hypomania Across the Binge Eating Spectrum. A Study on Hypomanic Symptoms in Full Criteria and Sub-threshold Binge Eating Subjects", *Journal of Affective Disorders*, 133, pp. 580-583.
- Anthony, M. M., W. G. Johnson, R. R. Carr-Nangle y J. L. Abel (1994), "Psychopathology Correlates of Binge Eating Disorder", *Comprehensive Psychiatry*, 35, pp. 386-392.
- Antonioun, M., G. A. Tasca, J. Wood y H. Bissada (2003), "Binge Eating Disorder versus Overeating: A Failure to Replicate and Common Factors in Severely Obese Treatment Seeking Women", *Eating and Weight Disorders*, 8, pp. 145-149.

- Barry, D. T., C. M. Grilo y R. M. Masheb (2002), "Gender Differences in Patients with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 31, pp. 63-70.
- Beck, A. T. (1967), "Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects", en H. Leitenberg (ed.), *Handbook of Behavior Modification and Behavior Therapy*, Nueva York, Prentice-Hall.
- , y R. A. Steer (1993), *Handbook of Beck Depression Inventory*, Washington, The Psychological Corporation.
- , N. Epstein, G. Brown y R. Steer (1988), "An Inventory for Measuring Clinical Anxiety Psychometric Properties", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- Bocchierri, L. E., M. Mean y B. L. Fisher (2002), "A Review of Psychosocial Outcomes of Surgery for Morbid Obesity", *Journal of Psychosomatic Research*, 52, pp. 155-165.
- Borges, M. B., C. M. Morgan, A. M. Claudino y D. X. Silveira (2005), "Validation of the Portuguese Version of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns—revised (QEWP-R) for the Screening of Binge Eating Disorder", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, pp. 319-322.
- Bourgues, H. (1987), *Nutrición y alimentos. Su problemática en México*, México, Compañía Editorial Continental.
- Brody, M. L., B. T. Walsh y M. J. Devlin (1994), "Binge Eating Disorder: Reliability and Validity of a New Diagnostic Category", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 381-386.
- Castonguay, L. G., K. L. Eldredge y W. S. Agras (1995), "Binge Eating Disorder: Current State and Future Directions", *Clinical Psychology Review*, 15, pp. 865-890.
- Castro, J., J. Toro, M. Salamero y E. Guimerá (1991), "The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish Version", *Psychological Assessment*, 2, pp. 175-190.
- Celio, A. A., D. E. Wilfley, S. J. Crow, J. Mitchell y B. T. Wash (2004), "A Comparison of the Binge Eating Scale, Questionnaire for Eating and Weight Patterns-revised, and Eating Disorder Examination Questionnaire with Instructions with the Eating Disorder Examination in the Assessment of Binge Eating Disorder and its Symptoms", *International Journal of Eating Disorders*, 36, pp. 434-444.
- Collins, R. L., W. M. Lapp, L. Helder y J. A. Saltzberg (1992), "Cognitive Restraint and Impulsive Eating: Insights from the Three-factor Eating Questionnaire", *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, pp. 47-53.
- Cooper, P. J., M. Taylor, Z. Cooper y C. G. Fairburn (1987), "The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire", *The Journal of Eating Disorders*, 6, pp. 485-494.
- Cuzzolaro, M., L. Donini, M. Bellini y C. Santomassimo (2008), "Binge Eating Disorder and Body Uneasiness", *Psihologijske Teme*, 17, pp. 287-312.

- Devlin, M. J., J. A. Goldfein y I. Dobrow (2003), "What is this Thing Called BED? Current Status of Binge Eating Disorder Nosology", *International Journal of Eating Disorders*, 34 (Suppl. 1), pp. S2-S18.
- Fairburn, C. G. y G. T. Wilson (1993), *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*, Nueva York, The Guilford Press.
- Feldman, M. B., y I. H. Meyer (2007), "Eating Disorders in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations", *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 218-226.
- Fitzgibbon, M. L., L. Sánchez-Johnsen y Z. Martinovich (2003), "A Test for the Continuity Perspective Across Bulimic and Binge Eating Pathology", *International Journal of Eating Disorders*, 34, pp. 83-97.
- Galanti, K., M. E. Gluck y A. Geliebter (2007), "Test Meal Intake in Obese Binge Eaters in Relation to Impulsivity and Compulsivity", *International Journal of Eating Disorders*, 40, pp. 727-732.
- García-Camba, E. (2001), *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*, Barcelona, Masson.
- Garner, D. M., y P. E. Garfinkel (1979), "The Eating Attitudes Test: An Index of the Symptoms of Anorexia Nervosa", *Psychological Medicine*, 9, pp. 273-279.
- , y P. E. Garfinkel (1982), "The Eating Attitudes Test: Psychometric Features and Clinical Correlates", *Psychological Medicine*, 12, pp. 871-878.
- Geliebter, A., G. Hassid y S. A. Hashim (2001), "Test Meal Intake in Obese Binge Eaters in Relation to Mood and Gender", *International Journal of Eating Disorders*, 29, pp. 488-494.
- Giusti, V., E. Héraïef, R. C. Gaillard y P. Burckhard (2004), "Predictive Factors of Binge Eating Disorder in Women Searching to Lose Weight", *Eating and Weight Disorders*, 9, pp. 44-49.
- Goldfein, J. A., B. T. Walsh, M. J. Devlin, J. L. LaChaussée y H. R. Kissileff (1993) "Eating Behavior in Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 14, pp. 427-431.
- Goldney, R. D., K. I. Dunn, T. M. Air, E. del Grande y A. W. Taylor (2009), "Relationships between Body Mass Index, Mental Health, and Suicidal Ideation: Population Perspective Using Two Methods", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, pp. 652-658.
- Gormally, J., S. Black, S. Datson y D. Rardin (1982), "The Assessment of Binge Eating Severity Among Obese Persons", *Addictive Behaviors*, 7, pp. 47-55.
- , y R. M. Masheb (2004), "Night-time Eating in Men and Women with Binge Eating Disorder", *Behaviour Research and Therapy*, 42, pp. 397-407.
- , y R. M. Masheb (2005), "Correlates of Body Image Dissatisfaction in Treatment-seeking Men and Women with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 38, pp. 162-166.
- Grilo, C. M., M. A. White y R. M. Masheb (2009), "DSM-IV Psychiatric Disorder Comorbidity and its Correlates in Binge Eating Disorder", *Internatio-*

- nal Journal of Eating Disorders*, 42, pp. 228-234.
- Grucza, R. A., R. F. Krueger, S. B. Racette, K. E. Norberg, P. R. Hipp y L. J. Bierut (2010), "The Emerging Link between Alcoholism Risk and Obesity in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 67, pp. 1301-1308.
- , T. R. Przybeck y C. R. Cloninger (2007), "Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in a Community Sample", *Comprehensive Psychiatry*, 48, pp. 124-131.
- Guss, J. L., H. R. Kissileff, M. J. Devlin, E. Zimmerli y B. T. Walsh (2002), "Binge Size Increases with Body Mass Index in Women with Binge-eating Disorder", *Obesity Research*, 10, pp. 1021-1029.
- Guzmán, R., y Z. Lugli (2009), "Obesidad y satisfacción con la vida: un análisis de trayectoria", *Suma Psicológica*, 16, pp. 37-50.
- Hach, I., U. E. Ruhl, M. Klose, J. Klotsche, W. Kirch y F. Jacobi (2007), "Obesity and the Risk for Mental Disorders in a Representative German Adult Sample", *European Journal of Public Health*, 17, pp. 297-305.
- Hartz, A. J., D. C. Rupley, R. D. Kalkhoff y A. A. Rimm (1983), "Relationship of Obesity to Diabetes: Influence of Obesity Level and Body Fat Distribution", *Preventive Medicine*, 12, pp. 351-357.
- Hay, P. (1998), "The Epidemiology of Eating Disorder Behaviors: An Australian Community-based Survey", *International Journal of Eating Disorders*, 23, pp. 371-382.
- Herman, C. P., y J. Polivy (1980), "Restrained Eating", en A. J. Stunkard (ed.), *Obesity*, Filadelfia, Saunders, pp. 208-225.
- Hodges, E. L., E. J. Stelfox, M. P. Jarrell, C. E. Cochrane y T. D. Brewerton (1999), "Eating Disorder Pathology in a Culinary Arts School", *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 7, pp. 43-50.
- Hsu, L. K. G., B. Mulliken, B. McDonagh, S. Krupa, W. Rand, C. G. Fairburn y S. Robert (2002), "Binge Eating Disorder in Extreme Obesity", *International Journal of Eating Disorders*, 26, pp. 1398-1403.
- Johnson, W. G., F. G. Grieve, C. D. Adams y J. Sandy (1999), "Measuring Binge Eating in Adolescents: Adolescent and Parent Versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns", *International Journal of Eating Disorders*, 26, pp. 301-314.
- Jurado, S., M. E. Villegas, L. Méndez, F. Rodríguez, V. Loperena y R. Varela (1996), "La estandarización del Inventario de Depresión Beck para los residentes de la Ciudad de México", *Salud Mental*, 21, pp. 26-31.
- Kalarchian, M., G. Wilson, R. Brolin y L. Bradley (1998), "Effects of Bariatric Surgery on Binge Eating and Related Psychopathology", *Eating Weight Disorders*, 4, pp. 1-5.
- Kolotkin, R. L., E. C. Westman, T. Ostbye, R. D. Crosby, H. J. Eisenson y M. Binks (2004), "Does Binge Eating Disorder Impact Weight-related Quali-

- ty of Life?”, *Obesity Research*, 12, pp. 999-1005.
- Kuehnel, R. H., y T. A. Wadden (1994), “Binge Eating Disorder, Weight Cycling, and Psychopathology”, *International Journal of Eating Disorders*, 15, pp. 321-329.
- Kustlesic, V., D. A. Williamson, D. H. Gleaves, J. M. Barbin y K. P. Murphy-Eberenz (1998), “The Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV: Application to DSM-IV Diagnostic Criteria”, *Psychological Assessment*, 10, pp. 41-48.
- Laessle, R. G., R. J. Tuschl, B. C. Kotthaus y K. M. Pirke (1989), “A Comparison of the Validity of Three Scales for the Assessment of Dietary Restraint”, *Journal of Abnormal Psychology*, 98, pp. 504-507.
- Le Grange, D., A. Gorin, D. Catley y A. A. Stone (2001), “Does Momentary Assessment Detect Binge Eating in Overweight Women that is Denied at Interview?”, *European Eating Disorders Review*, 9, pp. 309-324.
- Lewinsohn, P. M., J. R. Seeley, K. C. Moerk y R. H. Striegel-Moore (2002), “Gender Differences in Eating Disorder Symptoms in Young Adults”, *International Journal of Eating Disorders*, 32, pp. 426-440.
- López, X. (2008), “Caracterización del trastorno por atracón en mujeres y hombres mexicanos”, tesis de doctorado no publicada, México, Universidad Nacional Autónoma de México/Facultad de Psicología.
- , J. M. Mancilla, R. Vázquez, G. L. Álvarez y K. Franco (2011), “Un estudio exploratorio sobre propiedades psicométricas del Cuestionario de Patrones de Alimentación y Peso-Revisado (QEWPR)”, *Revista Psicología. Com* (disponible en internet: <http://www.psiquiatria.com>) [consultado el 10 de agosto de 2011].
- , J. M. Mancilla, R. Vázquez, K. Franco, G. L. Álvarez y M. T. Ocampo (2011), “Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ)”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 24-32.
- Mancilla, J. M., K. Franco, G. L. Álvarez y R. Vázquez (2003), “Evaluation of the Psychometric Properties of the Mexican Version of the Eating Disorders Inventory”, *Revista Thomson Psicología*, 1, pp. 167-177.
- Marcus, M. D. (1997), “Adapting Treatment for Patients with Binge Eating Disorders”, en D. M. Garner y P. E. Garfinkel (eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders*, Nueva York, The Guilford Press, pp. 484-485.
- , (1999), “Obesity Patients with Binge Eating Disorders”, en J. D. Goldstein y J. A. Stunkard (eds.), *The Management of Eating Disorders and Obesity*, New Jersey, Human Press, pp. 125-153.
- , R. R. Wing y D. M. Lamparski (1985), “Binge Eating and Dietary Restraint in Obese Patients”, *Addictive Behaviors*, 10, pp. 163-168.

- Masheb, R. M., y C. M. Grilo (2006), "Emotional Overeating and its Associations with Eating Disorder Psychopathology among Overweight Patients with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 39, pp. 141-146.
- Matos, M. I., L. Aranha, A. Faria, S. Ferreira, J. Bacaltchuck y M. T. Zanella (2002), "Binge Eating Disorder, Anxiety, Depression and Body Image in Grade III Obesity Patients", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, pp. 165-169.
- Montt, D., A. Koppmann y M. Rodríguez (2005), "Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido", *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 16, pp. 282-288.
- Nangle, D. W., W. G. Johnson, R. E. Carr-Nangle y L. Engler (1994), "Binge Eating Disorder and the Proposed DSM-IV Criteria: Psychometric Analysis of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns", *International Journal of Eating Disorders*, 16, pp. 147-157.
- Nasser, J. A., M. E. Gluck y A. Geliebter (2004), "Impulsivity and Test Meal Intake in Obese Binge Eating Women", *Appetite*, 43, pp. 303-307.
- Nicdao, E. G., S. Hong y D. T. Takeuchi (2007), "Prevalence and Correlates of Eating Disorders among Asian Americans: Results from the National Latino and Asian American Study", *International Journal of Eating Disorders*, 40 (Suppl. 3), pp. S22-S26.
- Norma Oficial Mexicana (NOM-174-SSA1-1998) para el manejo integral de la obesidad.
- Olaiz-Fernández, G., J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy, R. Rojas, S. Villalpando-Hernández, M. Hernández-Ávila y J. Sepulveda (2006), *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), "Epidemiología de la obesidad: análisis de tendencia futuras pasadas y proyectas en algunos países", (disponible en internet: <http://www.oecd.org>) [consultado el 25 de junio de 2012].
- Organización Mundial de la Salud (1992), *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10)*, Madrid, MEDITOR.
- Papelbaum, M., R. O. Moreira, C. W. Gaya, C. Preissler y W. F. Coutinho (2010), "Impact of Body Mass Index on the Psychopathological Profile of Obese Women", *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, pp. 42-46.
- Petry, N. M., D. Barry, R. H. Pietrzak y J. A. Wagner (2008), "Overweight and Obesity are Associated with Psychiatric Disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions", *Psychosomatic Medicine*, 70, pp. 288-297.
- Pinaquy, S., H. Chabrol, C. Simon, J. Louvet y P. Barbe (2003), "Emotional Eating, Alexithymia, and Binge Eating Disorder in Obese Women", *Obesity Research*, 11, pp. 195-201.

- Pudel, V. E. (1978), "Human Feeding in the Laboratory", en G. Bray (dir.), *Recent Advances in Obesity Research. Vol. 2*, Londres; Newman, pp. 66-74.
- Ramacciotti, C. E., E. Coli, C. Passaglia, M. Lacorte, E. Pea y L. Dell'Osso (2000), "Binge Eating Disorder: Prevalence and Psychopathological Features in a Clinical Sample of Obese People in Italy", *Psychiatry Research*, 94, pp. 131-138.
- Rand, C. S., y A. M. Macgregor (1990), "Morbidly Obese Patients' Perceptions of Social Discrimination Before and After Surgery for Obesity", *Southern Medical Journal*, 83, pp. 1390-1395.
- Robles, R., R. Varela, S. Jurado y F. Páez (2001), "Versión mexicana del Inventario de Ansiedad Beck: propiedades psicométricas", *Revista Mexicana de Psicología*, 18, pp. 211-218.
- Roehrig, M., R. M. Masheb, M. A. White y C. M. Grilo (2009), "Dieting Frequency in Obese Patients with Binge Eating Disorder: Behavioral and Metabolic Correlates", *Obesity*, 17, pp. 689-697.
- Smith, D. E., M. Marcus y K. Eldredge (1994), "Binge Eating Syndromes: A Review of Assessment and Treatment with an Emphasis on Clinical Application", *Behavior Therapy*, 25, pp. 635-658.
- Smith, C., y H. Thelen (1984), "Development y Validation of a Test for Bulimia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, pp. 863-872.
- Spitzer, R. L., M. J. Devlin, B. T. Walsh, D. Hasin, R. Wing M. D. Marcus y C. Nonas (1991), "Binge Eating Disorders: To be or Not to be in DSM-IV", *International Journal of Eating Disorders*, 10, pp. 627-629.
- , M. Devlin, B. T. Walsh, D. Hasin, R. Wing, M. Marcus y C. Nonas (1992), "Binge Eating Disorder: A Multisite Field Trial of the Diagnostic Criteria", *International Journal of Eating Disorders*, 11, pp. 191-203.
- , S. Z. Yanovski y M. Marcus (1993), *The Questionnaire of Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*, Nueva York, Nueva York State Psychiatric Institute.
- , S. Yanovski, T. Wadden, R. Wing, M. Marcus, A. Stunkard y R. L. Horne (1993), "Binge Eating Disorders: Its Further Validation in a Multisite Study", *International Journal of Eating Disorders*, 13, pp. 137-153.
- Striegel-Moore, R. H., G. T. Wilson, D. E. Wilfley, K. A. Elder y K. D. Brownell (1998), "Binge Eating in an Obese Community Sample", *International Journal of Eating Disorders*, 23, pp. 27-37.
- Stunkard, A. J., y S. Messick (1985), "The Three-Factor Eating Questionnaire to Measure Dietary Restraint, Disinhibition and Hunger", *Appetite*, 29, pp. 71-83.
- Tanofsky, M. B., D. E. Wilfley, E. B. Spurrell, R. Welch y K. D. Brownell (1997), "Comparison of Men and Women with Binge Eating Disorder", *International Journal of Eating Disorders*, 21, pp. 49-54.
- Tasca, G. A., V. Illing, V. Lybanon-Daigle, H. Bissada y L. Balfour (2003), "Psychometric Properties of the Eating Disorders Inventory-2 among Women

- Seeking Treatment for Binge Eating Disorder”, *Assessment*, 10, pp. 228-236.
- Telch, C. F., W. S. Agras y E. M. Rossiter (1988), “Binge Eating Increases with Increasing Adiposity”, *International Journal of Eating Disorders*, 7, pp. 115-119.
- Telch, C. F., y E. Stice (1998), “Psychiatric Comorbidity in Women with Binge Eating Disorder: Prevalence Rates from a Non-treatment Sample”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, pp. 768-776.
- Toro, J. (1996), *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Barcelona; Ariel Ciencia.
- Vandereycken, W. (1993), “The Sociocultural Roots of the Fight against Fatness: Implications for Eating Disorders and Obesity”, *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 1, pp. 7-16.
- Vargas, L., y L. Casillas (1993), “Indicadores antropométricos del déficit y exceso de peso en el adulto para empleo en el consultorio y en el campo”, *Cuadernos de Nutrición*, 16, pp. 34-46.
- Vázquez, R., J. Galán, X. López, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla, A. Caballero y C. Unikel (2011), “Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 42-52.
- Villagómez, L., J. Cortés, E. Barrera, D. Saucedo y L. Alcocer (2003), “Comorbilidad de la obesidad con los trastornos de la conducta alimentaria”, *Revista de Investigación Clínica*, 55, pp. 535-545.
- Wardle, J., L. Marsland, Y. Sheikh, M. Quinn, I. Fedoroff y J. Ogden (1992), “Eating Style and Eating Behavior in Adolescents”, *Appetite*, 2, pp. 167-183.
- Williamson, D. A. (1990), *Assessment of Eating Disorders: Obesity, Anorexia and Bulimia Nervosa*, Nueva York, Pergamon Press.
- , y C. K. Martin (1999), “Binge Eating Disorder: A Review of the Literature after Publication of DSM-IV”, *Eating and Weight Disorders*, 4, pp. 103-114.
- Womble, L. G., D. A. Williamson, C. K. Martin, N. L. Zucker, J. M. Thaw, R. Netemeyer y F. L. Greenway (2001), “Psychosocial Variables Associated with Binge Eating in Obese Males and Females”, *International Journal of Eating Disorders*, 30, pp. 217-221.
- Yanovski, S. Z., J. E. Nelson, B. K. Dubbert y R. L. Spitzer (1993), “Association of Binge Eating Disorder and Psychiatric Comorbidity in Obese Subjects”, *American Journal of Psychiatry*, 150, pp. 1472-1479.
- Zúñiga, O., y R. Robles (2006), “Validez de constructo y consistencia interna del Cuestionario de Trastorno por Atracón en población mexicana con obesidad”, *Psiquis*, 15, pp. 126-134.
- Zwaan, M. de (2001), “Binge Eating Disorder and Obesity”, *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorder*, 25 (Suppl. 1), pp. S51-S55.

10. LA FAMILIA EN LA SINTOMATOLOGÍA Y LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Rosalía Vázquez Arévalo
Proyecto de Investigación en Nutrición
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Ana Olivia Ruiz Martínez
Centro Universitario Zumpango
Universidad Autónoma del estado de México

Judith Galdós Cruz y Juan Manuel Mancilla Díaz
Proyecto de Investigación en Nutrición
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Universidad Nacional Autónoma de México

Introducción

El reconocimiento de la familia como un factor importante en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) lo podemos encontrar en la historia de la anorexia nerviosa (AN) desde 1874, en un comunicado de medicina en la Universidad de Oxford, en el que se hacía referencia a una forma peculiar de enfermedad que se presentaba casi siempre en mujeres jóvenes y que se caracterizaba por una demacración extrema y ausencia de apetito. En un primer momento el doctor William Gull la denominó *apepsia histérica*, aunque posteriormente coincidiría con su colega francés Laseguè en llamarla *anorexia nerviosa*; al día de hoy, ambos investigadores son reconocidos como iniciadores del estudio científico de esta enfermedad.

No obstante, es importante subrayar que la concepción actual de los TCA inicia después de la Segunda Guerra Mundial. En los años sesenta del pasado siglo el Modelo de la Neurosis sirvió como base para las explicaciones psicopatológicas, procurando con éste una evaluación fidedigna del pronóstico; fue en la década posterior cuando se constituyó formalmente como un área de interés tanto para la psiquiatría como para la medicina en general, considerando factores personales y familiares.

Los trabajos de Bruch (1973) son una clara muestra de los intentos que se hicieron por entender la anorexia nerviosa desde un enfoque familiar —que no por ello olvidaba los factores de personalidad—, oponiéndose a las posturas psicoanalíticas que la enmarcaban sólo en el ámbito psicosexual. En su opinión, los padres

de las pacientes estaban en continua competencia por demostrar quién hacía más por sus hijos y a la vez les exigían metas más difíciles de alcanzar, especialmente en el aspecto físico. Sus hijas tenían una conducta que era valorada como intachable y lograban éxitos sociales y académicos; sin embargo, a la par se encontró que éstas tenían una baja autoestima y una incapacidad para distinguir entre sus deseos y las expectativas de sus padres.

Surgieron así cuestionamientos básicos que permitieron delimitar el papel de la familia en la gestación y el mantenimiento de los trastornos alimentarios. ¿Qué relación existe entre las conductas alimentarias y la dinámica familiar? ¿Son diferentes las familias con trastornos alimentarios a las que no los tienen? ¿Son diferentes entre sí las familias con trastornos alimentarios, dependiendo del tipo de trastorno?

La búsqueda de respuestas trajo consigo en la década de los ochenta un fuerte impulso a la investigación sobre los TCA. La evaluación de la familia comenzó a hacerse de forma más rigurosa, con la finalidad de comparar resultados (Kog y Vandereyken, 1989; Strober y Humphrey, 1987). Los reportes iniciales mostraron que las familias con TCA en general presentaban un funcionamiento familiar más deteriorado que las familias que sirvieron como controles (Casper y Troiani, 2001), funcionamiento caracterizado por dificultades en expresión, afectividad y cohesión (Joyce, 2011; Okon, Greene y Smith, 2003; Sánchez, Serna, Seoana y Páramo, 2003), daban menor importancia a las funciones de desarrollo (Vázquez, Raich, Viladrich, Álvarez y Mancilla, 2001), presentaban mayor conflicto interno (Okon *et al.*, 2003; Sánchez *et al.*, 2003) y mostraban mayor rigidez que las familias sin TCA (Gillett, Harper, Larson, Berrett y Hardman, 2009).

Al revisar la bibliografía internacional y nacional, prácticamente desde los principios de la pasada década se ha confirmado que los factores familiares son de capital importancia, de los cuales merece la pena mencionar los siguientes: contextos disfuncionales (Huon *et al.*, 2002), interacciones intrafamiliares negativas y conflictivas (Unikel, Aguilar y Gómez-Peresmitré, 2005; Wade y Lowes, 2002), comunicación estresante a la hora de comer, con énfasis en la apariencia y el peso (Worobey, 2002), así como en la dieta materna (MacBrayer, Smith, McCarthy, Demos y Simmons, 2001).

Al subdividir los estudios de acuerdo con los tipos de TCA, se encuentra que las familias donde se ha diagnosticado AN tienden más a la sobreprotección (Vázquez *et al.*, 2001), a una mayor rigidez o al excesivo control por parte de los padres (North, Gowers y Byram, 1995), a dificultades en la expresión de los desacuerdos (Shugar y Krueger, 1995) y a una pobre comunicación y menor énfasis en la solución de problemas (Emmanuelli, Ostuzzi, Cuzzolaro, Baggio, Lask y Waller, 2004); también se presentan diferencias entre AN restrictiva y AN purgativa, donde las personas diagnosticadas con estas últimas presentan mayor disfuncionalidad (Casper y Troiani, 2001). Por su parte, las familias con Bulimia Nerviosa

(BN) se distinguen por su baja cohesión (Vázquez *et al.*, 2001), por dificultades en la expresión emocional y un alto conflicto (Okon *et al.*, 2003) que se refleja en discusiones frecuentes (Humphrey y Stern, 1988), así como un limitado desarrollo de actividades académicas y sociales por parte de los hijos (Shisslak, McKeon y Crago, 1990).

Empero, no ha sido sino hasta muy recientemente que se empezó a explorar el funcionamiento familiar de las personas con TCA. Los resultados reportados en la bibliografía dan cuenta de que por lo regular se percibe una mayor jerarquía en la actuación, cohesión y organización familiar, otorgando menor importancia a aspectos como la comunicación (Vázquez, Ruiz, Álvarez, Mancilla y Tena, 2010; Vidovic, Juresa, Begovac, Mahnik y Tocilj, 2005). No obstante, hace falta una mayor evidencia empírica.

Ésa ha sido una razón de por qué los estudios sobre la familia están poniendo mayor énfasis en su tratamiento integral, incluyendo a más miembros de dicha familia, principalmente a los padres. Los resultados corroboran que existen discrepancias importantes en la manera de percibir dicho funcionamiento, dependiendo del rol que cada miembro desempeñe; las hijas con TCA consideran que su ambiente familiar está más deteriorado en comparación con sus padres (Dancyger, Fornari, Scionti, Wisotsky y Sunday, 2005; Gillett *et al.*, 2009; Sánchez *et al.*, 2003; Vidovic *et al.*, 2005), encontrando mayor concordancia con la madre que con el padre (Emmanuelli *et al.*, 2004).

En el caso de los TCA, las relaciones familiares han sido consideradas como un factor de riesgo y para su mantenimiento en el tiempo (Killen *et al.*, 1994; Mildred, Paxton y Wertheim, 1995; Strober, 1981; Vandereycken, 1994), constituyéndose en un elemento a considerar en el tratamiento de esta psicopatología alimentaria. Cabe señalar que el estudio del papel de la familia en los TCA no se centra en la búsqueda de su etiología causal (Le Grange, Lock, Loeb y Nicholls, 2010), sino de las variables familiares que, junto con características individuales y socioculturales, intervienen en su origen. Por tanto, aún resulta complejo diferenciar cuáles son los factores familiares característicos que propician el desarrollo de una patología alimentaria, sobre todo al considerar que las disfunciones familiares pueden propiciar una gran diversidad de problemas psicológicos y no sólo de los TCA.

Por ello, el estudio de la familia en los TCA debe abarcar otros aspectos de la vida familiar; por ejemplo, cómo se transmiten actitudes acerca del peso corporal, ya que la familia recibe una gran influencia de la cultura, que delimita lo deseable o lo admirable; así lo muestran estudios en los que se señala que la presión de amigos y familiares, o el aprecio por el estereotipo de delgadez de madres e hijas, constituyen factores de riesgo para los TCA (Ruiz, Vázquez, Mancilla y Trujillo, 2010; Wilksch, Tiggemann y Wade, 2006). Esta admiración por los cuerpos extremadamente delgados establece ideales alejados de la realidad corporal para muchas personas, propiciando en algunas insatisfacción

corporal, rasgo característico de las jóvenes que sufren TCA; en algunos estudios sus resultados señalan que existe similitud entre las madres e hijas en cuanto a su grado de satisfacción corporal (Evans y le Grange, 1995). Por consiguiente, las familias empeñadas en demasía por la apariencia física podrían facilitar la preocupación excesiva por el peso y la figura, que eventualmente se traducen en alteraciones de la conducta alimentaria (Davis, Shuster, Blackmore y Fox, 2004; Laliberté, Boland y Leichner, 1999). De ahí que sea necesario conocer qué papel juega la familia ante propaganda de la “delgadez” y qué actitudes se asumen, favoreciendo o no a los miembros de este tipo de trastornos. En suma, los resultados del funcionamiento familiar son relevantes para comprender el ambiente más íntimo que rodea a quienes padecen TCA; no obstante, parece necesario incluir otros factores que complementen la explicación de dicha relación.

En virtud de lo dicho hasta aquí se plantearon dos estudios, en los que se analizaron los factores asociados a los TCA en población comunitaria con sintomatología de TCA, así como en personas que ya presentan un cuadro clínico completo de TCA. El primero contempló una muestra de estudiantes y el segundo un grupo de mujeres con algún diagnóstico de TCA, así como a sus padres.

Estudio 1

Objetivo: conocer la percepción familiar y las variables asociadas a los TCA en estudiantes varones y mujeres con y sin sintomatología de TCA.

Tipo de diseño: no experimental de tipo transversal con alcance correlacional.

Método

Participantes

El tipo de muestra fue no probabilística y se conformó por 525 personas, de las cuales 288 eran mujeres y 237 hombres, con un rango de edad de 12 a 28 años. Todas provenían de escuelas públicas y privadas que se localizan en la Ciudad de México (Cuadro 1).

Instrumentos

Hoja de Datos Generales. Fue elaborada por el Proyecto de Investigación en Nutrición con la finalidad de indagar sobre datos que incluían el nombre, la edad, el nivel escolar, etcétera, así como algunos antecedentes de TCA.

Cuadro 1. *Características generales de la muestra*

Escolaridad	Régimen	Institución	Hombres	Mujeres	Total
Licenciatura	Público	FES-Iztacala	4	40	44
Licenciatura y bachillerato	Privado	UVM	53	48	101
Bachillerato	Público	CCH-Naucalpan	9	31	40
Secundaria	Privado	Instituto San Ángel	25	19	44
Secundaria	Privado	Escuela Justo Sierra	50	49	99
Secundaria	Público	Escuela Secundaria 110	96	101	197
Totales:			237	288	525
Edad promedio (en años):			15.6	15.8	15.5
			DE = 2.8	DE = 3.1	DE = 3.0

Cuestionario de Actitudes Alimentarias (EAT-40). Creado y validado en mujeres canadienses por Garner y Garfinkel (1979). Detecta síntomas de TCA, específicamente de AN. Fue adaptado y validado en mujeres mexicanas por Álvarez, Mancilla, Vázquez, Unikel, Caballero y Mercado (2004), comprobando adecuadas propiedades psicométricas ($\alpha = 0.90$ en muestra clínica; especificidad = 91% y sensibilidad = 83%) y en hombres por Vázquez, Saucedo, Ocampo, López, Mancilla y Álvarez (2010), con una consistencia interna adecuada ($\alpha = 0.79$). Consta de 40 preguntas con seis opciones de respuesta y un punto de corte para México de ≥ 28 . Evalúa factores tales como: 1) restricción alimentaria; 2) bulimia; 3) motivación por adelgazar; 4) preocupación por la comida, y 5) presión social percibida.

Cuestionario de Bulimia (BULIT). Creado y validado en mujeres estadounidenses por Smith y Thelen (1984), con el propósito de identificar la presencia de síntomas y preocupaciones características de la BN. Consta de 36 preguntas con cinco opciones de respuesta. Fue adaptado y validado en población mexicana de mujeres por Álvarez, Mancilla y Vázquez (2000), obteniendo una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.89$); esta versión sugiere un punto de corte de ≥ 85 (sensibilidad = 79% y especificidad = 97%) y evalúa tres factores: 1) Sobreingesta y sensación de pérdida de control sobre la alimentación; 2) Sentimientos negativos posteriores a la sobreingesta, y 3) Conductas Compensatorias.

Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC). Fue elaborado y validado en mujeres españolas por Toro, Salamero y Martínez (1994), en población mexicana de mujeres por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000), y en hombres por Vázquez, Velázquez, Álvarez, Mancilla y Franco (2010). Su objetivo es explorar la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético

corporal de esbeltez. Consta de 40 preguntas con tres opciones de respuesta, con un punto de corte en la versión original de ≥ 23 -24; la consistencia interna fue adecuada ($\alpha = 0.94$) y explica el 45.3% de la varianza. Se distribuye en cuatro factores, a saber: 1) influencia de la publicidad; $\alpha = 0.92$; 2) malestar por la imagen corporal; $\alpha = 0.86$; 3) influencia de los modelos estéticos corporales; $\alpha = 0.75$, e 4) influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos ($\alpha = 0.63$).

Cuestionario de Imagen Corporal (BSQ). Fue creado y validado por Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn (1987). Consta de 34 preguntas con seis opciones de respuesta y su versión original no posee factores ni punto de corte. Su objetivo es explorar la autopercepción respecto de la imagen corporal, así como identificar la presencia de insatisfacción con la imagen corporal. En mujeres mexicanas fue validada por Vázquez, Galán, López, Álvarez, Mancilla, Caballero *et al.* (2011), obteniendo una excelente consistencia interna ($\alpha = 0.98$); su punto de corte es de 110 (sensibilidad = 84.3% y especificidad = 84.4%) y se obtuvieron dos factores, que explican 68.3% de la varianza: 1. Malestar corporal normativo; $\alpha = 0.95$, y 2. Malestar corporal patológico; $\alpha = 0.94$.

Escala de Clima Social en la Familia (FES), de Moos, Moos y Trickett, 1980). Fue validado en España por Seisdedos, Cruz y Cordero (1984) y en México se encontró la misma estructura factorial y consistencia adecuada — $\alpha = 0.78$ (Ayala, Fulgencio, Chaparro y Pedroza, 2000)—; en los estudios realizados en PIN se obtuvo un $\alpha = 0.76$. Esta escala aprecia las características socioambientales de todos los tipos de familias. Evalúa y describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, así como aquellos aspectos de desarrollo de mayor importancia y su estructura básica; consta de 90 preguntas agrupadas en tres dimensiones: relaciones, desarrollo y estabilidad, donde cada una tiene sus propias subescalas: *Relaciones*: evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. Está integrada por tres subescalas: 1. Cohesión: grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y apoyan entre sí; 2. Expresividad: grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos, y 3. Conflicto: grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia. *Desarrollo*: evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común. Esta última dimensión comprende cinco subescalas: 1) Autonomía: grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones; 2) Actuación: grado en que las actividades —en la escuela o el trabajo— se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competencia; 3) Intelectual-cultural:

grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales; 4) Social-recreativo: grado de participación en este tipo de actividades, y 5) Moralidad-religiosidad: importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso. *Estabilidad*: proporciona información sobre la estructura y la organización de la familia y el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros. Está conformada por dos subescalas: 1) Organización: importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia, y 2) Control: grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Procedimiento

Se presentó en cada institución educativa el protocolo que explicaba de manera detallada los objetivos de la presente investigación. Posteriormente fueron seleccionados de manera aleatoria los grupos de adolescentes y jóvenes que participarían en la misma. Los instrumentos se administraron en los espacios y los horarios asignados por las autoridades de cada institución. Cabe mencionar que los participantes fueron separados en dos aulas: en una se encontraban las mujeres y en la otra los hombres; se procedió en estos términos debido a que los instrumentos contienen preguntas específicas para cada sexo. A todos los participantes se les repartieron el consentimiento informado y los cuestionarios. Una vez distribuidos éstos, se les dieron las instrucciones para su llenado, enfatizando la importancia de su colaboración y garantizando la confidencialidad de la información proporcionada. En esta fase se administraron los cuestionarios que evaluaban: sintomatología de TCA (*EAT-40* y *BULIT*), insatisfacción corporal (*BSQ*), interiorización del modelo estético corporal (*CIMEC*) y relaciones interpersonales entre los miembros de la familia (*FES*).

Resultados

Casos que superaron el punto de corte de los instrumentos

El número de casos que superaron el punto de corte de los instrumentos empleados se presenta en el cuadro 2. En cuanto a los cuestionarios que evalúan sintomatología de TCA (*EAT* y *BULIT*), se observa que este último presenta un mayor número de casos que superaron el punto de corte (PC), tanto en el grupo de hombres (10.97%) como en el de mujeres (14.58%). Sin embargo, es importante mencionar que en las mujeres los porcentajes que rebasaron los PC de *EAT* y *BULIT* fueron muy cercanos, mientras que en los varones tenían una clara tendencia a la sintomatología de bulimia. En relación con el cuestionario de Influencia

del modelo estético corporal (CIMEC), se encontró que fue el instrumento que presentó el mayor número de casos que superó el punto de corte, siendo nuevamente mayor en las mujeres (47.92%) que en los hombres (23.63%). Finalmente, en el cuestionario de imagen corporal (BSQ) se aprecia que en las mujeres (20%) hubo más casos con insatisfacción corporal que en los varones (2.53%).

Diferencias entre hombres y mujeres

Ambiente Familiar (FES). El análisis del cuestionario se realizó de dos maneras: por un lado se consideraron los promedios para observar la jerarquización que se

Cuadro 2. Porcentaje y número de casos que superaron el punto de corte en los instrumentos administrados

	Punto de corte			
	EAT ≥ 28	BULIT ≥ 85	CIMEC ≥ 24	BSQ ≥ 110
Hombres (n = 237)	5% (n = 12)	10.90% (n = 26)	26.60% (n = 56)	2.50% (n = 6)
Mujeres (n = 288)	13.10% (n = 38)	14.50% (n = 42)	47.90% (n = 138)	20.10% (n = 58)
Niños (n = 525)	9.50% (n = 50)	12.90% (n = 68)	36.90% (n = 194)	12.10% (n = 64)

daba a cada una de las variables evaluadas; por el otro, se compararon estadísticamente las puntuaciones, lo que hizo posible valorar la intensidad que hombres y mujeres daban a cada una de las subescalas. De la muestra general (n = 525) se comparó a hombres (n = 237) y mujeres (n = 288) en lo tocante a cómo jerarquizaban los aspectos familiares; se pudo observar que para ambos grupos la importancia de estas subescalas son muy similares. La subescala de mayor relevancia fue la de cohesión, es decir, donde para los participantes es importante el grado de compenetración que hay entre los miembros de su familia; asimismo, la característica menos significativa fue la de conflicto. Sólo se encontraron diferencias en la percepción de dos subescalas, debido a que para los hombres están primero las actividades culturales e intelectuales, mientras que para las mujeres, la de autonomía. También se encontró que las mujeres obtuvieron significativamente mayores puntuaciones en las subescalas de cohesión y autonomía, mientras que los hombres únicamente obtuvieron puntuaciones mayores y estadísticamente significativas en la subescala de conflicto (cuadro 3). Con respecto al resto de las subescalas, no se encontraron diferencias significativas.

Al comparar a hombres y mujeres de la muestra general en cuanto a las pun-

tuaciones totales de los cuestionarios que evalúan sintomatología de TCA (*EAT* y *BULIT*), imagen corporal (*BSQ*) e influencia de los modelos estéticos corporales (*CIMEC*), se observó que las mujeres tuvieron promedios significativamente

Cuadro 3. *Comparación entre hombres y mujeres en las subescalas del FES*

Subescalas	Hombres	EE	Mujeres	EE	t de Student
Cohesión	X = 6.57	0.12	X = 6.95	0.14	2.04*
Conflicto	X = 3.23	0.11	X = 2.78	0.11	2.91*
Autonomía	X = 5.07	0.01	X = 5.39	0.09	2.40**

Nota: EE = error estándar. *p ≤ 0.05; ** p ≤ 0.01

mayores en todos los cuestionarios en comparación con los hombres (cuadro 4). Cabe mencionar que sólo el promedio del grupo de mujeres rebasó el punto de corte del *CIMEC*, sugiriendo que las mujeres son más susceptibles a la interiorización del modelo estético corporal.

Comparación entre los grupos con sintomatología y control

Se consideraron a todas aquellas personas que superaron el PC de los instrumentos *EAT* y/o *BULIT*, formándose así un grupo de hombres (n = 34) y mujeres (n

Cuadro 4. *Comparación entre hombres y mujeres en los instrumentos EAT, BULIT, BSQ y CIMEC*

Instrumentos	Hombres	EE	Mujeres	EE	t de Student
EAT	X = 13.9	0.46	X = 16.7	0.64	3.53**
BULIT	X = 64.4	1.02	X = 67.6	0.96	2.28*
BSQ	X = 56.6	1.37	X = 81	2.04	9.94**
CIMEC	X = 16.4	0.78	X = 24.4	0.91	6.71**

Nota: EE = error estándar. *p ≤ 0.05; ** p ≤ 0.01

= 59), que se agruparon de acuerdo con su sintomatología. Asimismo, se escogió aleatoriamente un grupo similar para mujeres (n = 59) y hombres (n = 34), quienes formaron los grupos control —quienes no rebasaron el PC de los instrumentos, así como tampoco se les diagnosticó ningún TCA en la entrevista-. Al comparar a los grupos de hombres y mujeres con y sin sintomatología en las subescalas del *FES*, se observó que los cuatro grupos jerarquizan a la subescala de cohesión como lo más relevante en su familia y al conflicto como la menos importante (cuadro 5).

En cuanto a la jerarquía de las subescalas restantes se encontró que todos los grupos las percibieron de manera distinta, por lo que se hizo un análisis con base en las tres dimensiones del cuestionario *FES*. *Relaciones*: una de sus subescalas es la *expresividad*, en la que se observó que para los grupos con sintomatología es menos

Cuadro 5. *Jerarquización obtenida por los grupos para cada una de las subescalas del FES*

	Hombres		Mujeres	
	Control (n = 34)	Sintomatología (n = 34)	Control (n = 59)	Sintomatología (n = 59)
1	Cohesión X = 7.32 EE = 0.24	Cohesión X = 5.76 EE = 0.33	Cohesión X = 7.27 EE = 0.30	Cohesión X = 6.51 EE = 0.33
2	Organización X = 6.65 EE = 0.25	Organización X = 5.41 EE = 0.29	Organización X = 6.29 EE = 0.22	Actuación X = 6.19 EE = 0.21
3	Actuación X = 6.09 EE = 0.24	Actuación X = 5.21 EE = 0.25	Expresividad X = 6.05 EE = 0.23	Organización X = 5.88 EE = 0.22
4	Expresividad X = 5.65 EE = 0.28	Intelectual- Cultural X = 5.12 EE = 0.34	Actuación X = 5.68 EE = 0.23	Autonomía X = 5.20 EE = 0.22
5	Moral-religiosidad X = 5.53 EE = 0.22	Expresividad X = 5.06 EE = 0.33	Autonomía X = 5.51 EE = 0.18	Expresividad X = 4.98 EE = 0.28
6	Autonomía X = 5.26 EE = 0.24	Social-recreativo X = 4.91 EE = 0.31	Moral- religiosidad X = 4.86 EE = 0.22	Control X = 4.90 EE = 0.17
7	Intelectual- cultural X = 5.00 EE = 0.27	Autonomía X = 4.88 EE = 0.25	Intelectual- cultural X = 4.83 EE = 0.22	Intelectual- cultural X = 4.81 EE = 0.25
8	Control X = 4.35 EE = 0.28	Moral- religiosidad X = 4.74 EE = 0.28	Social-recreativo X = 4.64 EE = 0.19	Moral- religiosidad X = 4.76 EE = 0.20
9	Social-recreativo X = 4.29 EE = 0.31	Control X = 4.71 EE = 0.24	Control X = 4.54 EE = 0.19	Social-recreativo X = 4.71 EE = 0.20
10	Conflicto X = 2.94 EE = 0.33	Conflicto X = 3.35 EE = 0.30	Conflicto X = 2.39 EE = 0.17	Conflicto X = 3.05 EE = 0.27

Nota: X = media; EE = Error estándar.

relevante que para los grupos control, es decir, que los hombres y las mujeres con sintomatología perciben que no pueden expresar sus sentimientos adecuadamente en su familia. *Estabilidad*: en esta dimensión se encuentran las escalas de *organización y control*; en cuanto a la organización, se obtuvo que para las mujeres con sintomatología no es tan relevante la estructura y la organización para planificar actividades y responsabilidades de la familia, como lo es para los demás grupos.

En lo que hace a la subescala de *control* se presentó que para las mujeres con sintomatología es más importante el cumplimiento de las reglas y los procedimientos que están ya establecidos en su familia, en comparación con el resto de los grupos, aunque se observó que los hombres con sintomatología y las mujeres control perciben este aspecto como algo no tan relevante en su familia. *Desarrollo*: en esta dimensión se encuentran las subescalas de *autonomía, actuación, social-recreativa, intelectual-cultural y moralidad-religiosidad*. En la subescala de *autonomía* se obtuvo que para las mujeres con sintomatología es más relevante el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones que para el resto de los grupos. Cabe mencionar que los hombres con sintomatología tuvieron particularmente un menor promedio en la *actuación*; asimismo, se percibió que para los grupos de hombres es relevante esta subescala, pero lo es más para las mujeres con sintomatología, mientras que para las mujeres control no es tan importante en comparación con el resto de los grupos; es decir que para las mujeres con sintomatología es más significativa la orientación hacia los logros (escuela o trabajo) que para las mujeres control. En lo referente a lo *intelectual-cultural*, se observó que para los hombres con sintomatología es más importante que para el resto de los grupos, quienes la percibieron en la misma posición. En la subescala de lo *social-recreativo* se obtuvo que los hombres con sintomatología perciben como más relevante a esta subescala que el resto de los grupos.

En el cuadro 6 se presenta el análisis de las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología y control en las subescalas del *FES*; como se puede observar, únicamente cuatro de las subescalas presentaron diferencias estadísticamente significativas.

En *cohesión*: aunque los grupos jerarquizaron a esta subescala en el mismo lugar en cuanto a la intensidad, los hombres con sintomatología fueron quienes obtuvieron una puntuación significativamente menor que los grupos control. *Organización*: las diferencias estadísticamente significativas se presentan entre los grupos de hombres control y con sintomatología, siendo el primero el que obtuvo un promedio más alto. *Actuación*: se presentan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de hombres y mujeres con sintomatología, siendo éstas quienes tienen un promedio más alto. *Expresividad*: en esta subescala se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres control y con sintomatología, siendo las primeras quienes obtuvieron un promedio más alto.

Cuadro 6. *Comparación entre grupos de las subescalas del FES*

Subescala	Hombres		Mujeres		F
	Control	Sintomatología	Control	Sintomatología	
Cohesión	X = 7.3a -0.23	X = 5.7b -0.33	X = 7.2a -0.3	X = 6.51 -0.33	4.43*
Organización	X = 6.0a -0,24	X = 5.2b -0,29	X = 5.6 -0,22	X = 6.1 -0.22	3.75*
Actuación	X = 6.0 -0.24	X = 5.2a -0.25	X = 5.6 -0.23	X = 6.1b -0.21	3.16*
Expresividad	X = 5.6 -0.28	X = 5.0 -0.33	X = 6.0a -0.23	X = 4.9b -0.28	3.75*

Nota: a y b Análisis de varianza (ANOVA) y prueba de corrección de Scheffé. *p ≤ 0.05

Estudio 2

Objetivo: evaluar los efectos de riesgo y protección del funcionamiento familiar sobre la presencia de trastorno alimentario en hijas con TCA y sus respectivos padres.

Diseño: se realizó un estudio con un diseño no experimental de muestras independientes no probabilísticas de sujetos tipo-voluntarios, con temporalidad transversal de alcance correlacional.

Método

Participantes

Se conformó una muestra no probabilística con 81 hijas, 80 madres y 62 padres, quienes fueron ubicados en el grupo correspondiente según el diagnóstico de la hija (cuadro 7).

Escenario

La muestra se obtuvo en clínicas especializadas en TCA e instituciones educativas de nivel medio superior (bachillerato) y superior (licenciatura), tanto públicas como privadas, donde se entró en contacto con la población clínica y comunitaria, respectivamente.

Cuadro 7. *Características de los participantes: hijas, madres y padres*

Grupo	Hija	Diagnóstico	Edad	Madre(años)	Padre
TCA 22 TCANE 5 TPA	47	1 anorexia 19 bulimia	X = 19.1 (DE = 2.8)	47	37
Control	34	Sin TCA	X = 18.7 (DE = 2.3)	33	25
Nota: TCANE = Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado. TPA = Trastorno por Atracón.					

Instrumentos

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación (EAT-40, de Garner y Garfinkel, 1979), descrito en el estudio 1.

Test de Bulimia (BULIT, de Smith y Thelen, 1984), descrito en el estudio previo.

Escala de Clima Social en la Familia (FES, de Moos et al., 1980), descrita en el estudio previo.

Entrevista para el Diagnóstico de Trastornos Alimentarios (IDED, Interview for the Diagnosis of Eating Disorders de Williamson, 1990). Tiene por objetivo detectar conductas relacionadas con los trastornos alimentarios, partiendo de los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994). El *IDED* contiene los apartados siguientes: *a)* evaluación general e historia del problema; *b)* anorexia nerviosa; *c)* bulimia nerviosa, y *d)* trastorno por atracón. Esta entrevista ha demostrado tener validez de contenido, concurrente y discriminante (Kustlesic, Williamson, Gleaves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998).

Procedimiento

Con la autorización del protocolo por parte de las autoridades de las instituciones educativas y del sector salud, se recabó el consentimiento informado y se procedió a la administración de los instrumentos de evaluación de la manera siguiente. La administración en la población clínica se realizó en tres fases:

Fase 1: diagnóstico mediante la entrevista clínica (*IDED*) o la historia clínica.

Fase 2: administración individual del *FES* a las hijas participantes.

Fase 3: administración del *FES* a padres.

Por su parte, la administración en la población comunitaria se realizó en cuatro fases:

Fase 1: administración grupal de cuestionarios a hijas (*EAT*, *BULIT* y *FES*).

Fase 2: diagnóstico y ubicación de las participantes en el grupo TCA o control.

Se entrevistó a aquellas hijas que rebasaron el punto de corte de los instrumentos de tamizaje (*EAT* y *BULIT*), ubicándolas en el grupo de TCA. De igual manera, se entrevistó a una muestra equivalente de mujeres que no rebasaron el punto de corte para descartar la presencia de síntomas alimentarios y TCA, quienes entonces se ubicaron en el grupo control.

Fase 3: administración del *FES* a padres.

Fase 4: canalización de las personas detectadas con TCA a instituciones especializadas para su atención.

Resultados

En primer lugar fue necesario estudiar la relación entre la percepción que tienen padres e hijas sobre su funcionamiento familiar; para tal efecto se realizaron correlaciones de Pearson (r) entre los datos de hijas-madre e hijas-padre, utilizando las puntuaciones totales y de cada una de las subescala del *FES*; se retomaron las correlaciones que resultaron estadísticamente significativas, según los siguientes criterios: $r \geq 0.30$ y $p < 0.05$. En las familias con TCA se encontraron correlaciones significativas entre madres e hijas en las tres dimensiones evaluadas: *relaciones* ($r = 0.31$; $p < 0.05$), *desarrollo* ($r = 0.45$; $p < 0.01$) y *estabilidad* ($r = 0.35$; $p < 0.05$), que corresponden con ocho de las 10 subescalas: *cohesión*, *expresión*, *autonomía*, *actividades intelectuales*, *sociales y morales*, *organización* y *control familiar*; las subescalas que no presentaron correlaciones significativas fueron *conflicto* y *actuación*. En el grupo control, las relaciones de hijas y madres entre las subescalas *FES* fueron escasas, siendo la única correlación coincidente entre madres e hijas la de *autonomía* ($r = 0.36$; $p < 0.05$).

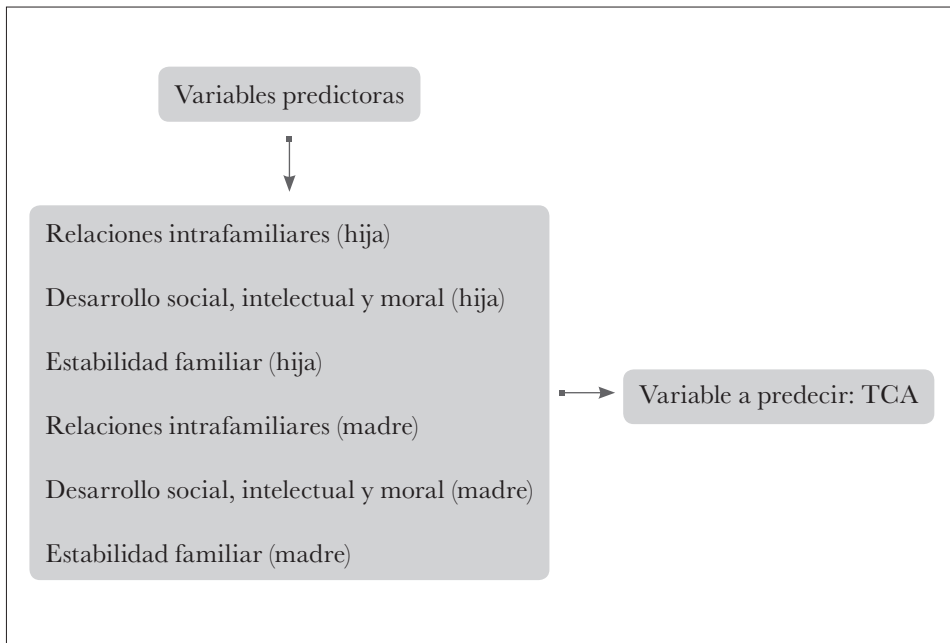
Al analizar la percepción del funcionamiento familiar entre padres e hijas, las relaciones encontradas fueron todavía menores. En las familias con TCA no existieron correlaciones en el total de las tres dimensiones evaluadas por el *FES*, aunque sí existieron en las subescalas *actividades intelectuales-culturales* ($r = 0.37$; $p < 0.05$) y *actividades sociales-recreativas* ($r = 0.37$; $p < 0.05$). Por su parte, en el grupo control también se encontraron dos correlaciones entre padres e hijas en las subescalas de *conflicto* ($r = 0.46$; $p < 0.05$) y *autonomía* ($r = 0.42$; $p < 0.05$).

A partir del análisis correlacional del funcionamiento familiar entre padres e hijas se retomaron las dimensiones del *FES* entre madres e hijas, por considerarlas como aquellas con solidez adecuada y que podrían arrojar un modelo con mayor

parsimonia en lugar de trabajar las subescalas por separado. De esta manera, para evaluar el efecto de riesgo o protección del funcionamiento familiar sobre la presencia de TCA se utilizó una regresión logística binaria, en donde las dimensiones del *FES* (madres e hijas) actuaron como variables predictoras de los TCA (variable dependiente) en el modelo predictivo propuesto (figura 1).

En el cuadro 8 se aprecia que el modelo obtenido para las familias con TCA incluye la dimensión de *desarrollo* (social-intelectual-moral) de las hijas y la dimensión de *relaciones intrafamiliares* por parte de las madres. En el modelo resultante se aprecia

Figura. 1. Variables del funcionamiento familiar utilizadas en el modelo de TCA



el efecto protector de dos dimensiones del funcionamiento familiar evaluadas, aun cuando no se encontró ningún efecto de riesgo en las tres dimensiones evaluadas.

En cuanto a las propiedades estadísticas del modelo se valoró la significancia, calidad de ajuste y la compatibilidad entre lo predicho y lo probado. Se encontró que el modelo fue significativo y congruente, aunque con un nivel explicativo bajo. La percepción que tienen las hijas de que en su familia se promueven actividades para el *desarrollo personal* (*i.e.*, intelectuales, sociales y morales), así como la importancia que se otorga a las *relaciones familiares desde la visión de la madre*, explican la disminución en la ocurrencia de los TCA.

Cuadro 8. *Modelo del funcionamiento familiar para el grupo con TCA*

Variable	B	EE	Wald	<i>p</i>	(Exp.) B	IC (95%)
Desarrollo (hija) ^a	-0.64	0.26	6.02	0.01	0.52	0.32-0.88
Relaciones Intrafamiliares (madre)	-0.48	0.24	3.9	0.04	0.61	0.38-0.99

^a Social, intelectual y moral. Nota: B = coeficiente Beta; EE = error estándar; Exp (B) = expiciente de Beta; IC = intervalo de confianza al 95%.

Cuadro 9. *Ajuste del modelo de funcionamiento familiar para el grupo con TCA*

Variable	R ^{2a}	-2LL ^b	x ²	<i>p</i>	Bondad del ajuste ^c
Desarrollo (hija) ^d	0.22	92.4	14.2	0.001	x ² = 8.2
Relaciones intrafamiliares (madre)					p = 0.41

^a Coeficiente de determinación. ^b Logaritmo de verosimilitud. ^c Prueba de Hosmer y Lemeshow. ^d Social, intelectual y moral. Nota: R² = coeficiente de determinación; 2 LL = logaritmo de la verosimilitud; x² = chi al cuadrado.

Discusión

El presente trabajo está conformado por dos estudios. El primero evaluó los factores asociados con los TCA en población comunitaria, incluyendo el funcionamiento familiar. Los resultados nos permiten conocer algunas características tanto de mujeres y hombres jóvenes con sintomatología de TCA. Por otra parte, el segundo estudio, evaluó los efectos de riesgo y protección del funcionamiento familiar en hijas con TCA y sus padres, mostrándonos características de estas familias en México, lo que nos permite abordar los factores protectores familiares que empiezan a ser explorados en los niveles nacional e internacional.

Sintomatología de TCA

La presencia de Sintomatología de Trastorno del Comportamiento Alimentario (STCA) se entiende como la presencia de síntomas y signos de AN y/o BN, que fue evaluada a través del PC del *EAT* (≥ 28) y/o del *BULIT* (≥ 85). Se encontró que hay una mayor frecuencia de sintomatología de BN (12.95%; n = 68) que de AN (9.52%; n = 50) en la muestra general, lo que es similar a otros resultados de estudios realizados en México (Ruiz, Vázquez, Mateo, Galdós, Álvarez y Mancilla, 2004; Vázquez, López, Álvarez, Franco y Mancilla, 2004; Mancilla, Franco, Vázquez, López, Álvarez y Ocampo, 2007). Se deben resaltar los resultados obtenidos en varones, por ser una población poco estudiada, observándose

que ellos tienden a la sintomatología de BN (10.97% de casos), la cual incluye el atracón, característica de alteración alimentaria más frecuente en varones y que debe seguir siendo estudiada.

En cuanto a la interiorización del modelo estético corporal, se encontró que 36.95% de la muestra general rebasó el PC del CIMEC, mientras que sólo 12.19% superó el PC en la insatisfacción corporal (*BSQ*). Sin embargo, hay que destacar que las mujeres fueron las que presentaron un mayor número de casos que superaron el PC del CIMEC ($n = 138$) y del *BSQ* ($n = 58$) que los hombres ($n = 56$ y $n = 6$, respectivamente). Esto último se confirmó en el análisis estadístico cuando las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que los varones en lo referente a la interiorización del modelo estético de delgadez e insatisfacción corporal.

Toro (2004) menciona que a finales de la década del ochenta del pasado siglo la preocupación por la imagen corporal era considerada como un problema sólo de las mujeres. En los años noventa esto cambió y se empezó a considerar también la importancia que tiene para los varones su cuerpo, por lo que poco a poco se ha convertido en un objeto de estudio. Las normas socioculturales de la imagen corporal masculina subrayan siempre la fuerza y musculatura como algo relevante para esta población. Se observó que el grupo de hombres con sintomatología rebasaron el PC del CIMEC, es decir, que los varones empiezan a ser vulnerables a la interiorización del modelo estético corporal.

Aspectos familiares

Se realizó un análisis del cuestionario *FES*, que se llevó al cabo de dos maneras, considerándose los promedios de cada subescala para: 1) observar la jerarquización que hombres y mujeres le daban a los aspectos evaluados, y 2) conocer la intensidad con que se presentan cada una de estas subescalas. Los especialistas en familia, consideran a ésta conformada por un grupo de personas que se relacionan por medio de fuertes lazos de afecto, lealtad y unión, es decir, que están comprometidas con el beneficio común entre sus miembros (Belart y Ferrer, 1998). Esto concuerda con lo referido por todos los participantes, ya que consideran que la función más importante de sus familias es el apoyo y ayuda que se dan entre sí. Además, se encontró que hombres y mujeres percibieron al conflicto como la característica de menor presencia, lo cual es muy saludable.

En cuanto a los grupos con y sin sintomatología, se observó que a través de todos los análisis que se llevaron a cabo, se encontró que cuatro de las subescalas del *FES* fueron relevantes, a saber:

Cohesión: si consideramos la jerarquía, observamos que todos los grupos coinciden en percibir a la cohesión como el rasgo más importante de sus familias.

No obstante, al considerar la el criterio de intensidad, se encontró que el grupo de hombres con sintomatología obtuvo puntuaciones significativamente menores que los grupos control, lo que sugiere que para los primeros su familia expresa menos apoyo y ayuda entre los miembros, característica reportada por varios autores (*i.e.*, Casper y Troiani, 2001; Laliberté *et al.*, 1999; León, Fulkerson, Perry y Dube, 1994; Wonderlich y Swift, 1990), quienes informan que las personas que tienen un TCA perciben una menor cohesión que las del grupo control. No obstante que estos estudios se han enfocado en la población femenina más que en la masculina, hay que aclarar que se trata de un aspecto relevante que aparece sólo en los hombres con sintomatología, lo cual sin duda merece ser aclarado en estudios posteriores.

Organización: cuando consideramos la jerarquía, se observó que los hombres con sintomatología y los grupos control coinciden en cuanto al orden de su percepción de la subescala de organización, ya que para estos tres grupos está en un segundo lugar, mientras que las mujeres con sintomatología la apreciaron en un tercer lugar; es decir, que éstas le confieren más relevancia a los logros académicos que a la organización. Al considerar su intensidad, se encontró que los hombres con sintomatología obtuvieron promedios significativamente menores que los hombres control, indicando que los hombres con sintomatología perciben que la organización relacionada con planificar las actividades y responsabilidades de la familia no es tan relevante. En la bibliografía se menciona que la poca organización es una característica común en las familias con una persona con BN (Hodges, Cochrane y Brewerton, 1998; Mallinckrodt, McCreary y Robertson, 1985). Esto podría explicarse porque los varones presentaron mayor tendencia a síntomas bulímicos.

Actuación: al considerar la jerarquía, observamos que las mujeres con sintomatología ordenaron a la subescala de actuación en segundo lugar, mientras que ambos grupos de hombres la percibieron en tercer lugar, en tanto que las mujeres control en cuarto; es una característica similar a la reportada por Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich (2000) en cuanto a las mujeres con TCA y control. Empero, al conocer la intensidad se encontró que los hombres con sintomatología obtuvieron una puntuación significativamente menor que las mujeres con sintomatología, lo que hablaría de que para las familias de estas últimas los logros en las actividades tienen una mayor relevancia, aspecto que ha sido señalado en la literatura internacional (Hodges *et al.*, 1998; Laliberté *et al.*, 1999; Rorty, Yager y Rosotto, 1995; Vázquez *et al.*, 2000). Estos datos muestran que hay diferencias entre hombres y mujeres con sintomatología en cuanto a cómo perciben la orientación hacia los logros en su familia, por lo que es importante que se lleven a cabo más investigaciones sobre este aspecto.

Expresividad: en cuanto a la jerarquía, se observó que las mujeres control percibieron en tercer lugar a la subescala de expresividad, los grupos con sintomatología la señalaron en quinto lugar y los hombres control en cuarto. Dicho de otra manera, para las mujeres con sintomatología el grado en que se permite y anima a los miembros de la familia a expresar sus sentimientos y actuar libremente no es tan relevante como lo es para las mujeres control. Cuando se consideró la intensidad, se encontró que las mujeres con sintomatología mostraron promedios significativamente menores que las mujeres control, esto es, que las mujeres con sintomatología percibieron que la expresión emocional en su familia es menor que para las mujeres control, que también coincide con lo reportado en la literatura (Hodges *et al.*, 1998; Okon *et al.*, 2003; Sherman y Thompson, 1999; Vázquez, 1997; Vázquez *et al.*, 2000), quienes reportan que la persona con algún tipo de TCA percibe que en su familia hay poca expresividad emocional, así como problemas de comunicación. Por tanto, las mujeres con sintomatología reportaron que en su familia es más importante la orientación a los logros, la organización y la autonomía que la expresividad.

Pacientes con TCA

En relación con el funcionamiento familiar de las pacientes con TCA, la bibliografía señala que estas familias presentan más deterioro, caracterizado por menor cohesión, expresividad y mayor conflicto (Okon *et al.*, 2003; Sánchez *et al.*, 2003; Vidovic *et al.*, 2005), así como conferirle menor importancia a las actividades intelectuales y sociales (Shisslak *et al.*, 1990; Vázquez *et al.*, 2001); justo por esto último se ha considerado que la disfunción familiar acompaña a los TCA. Cabe recordar que la mayoría de los estudios previos han trabajado únicamente con las hijas afectadas y que son ellas quienes tienen una visión más deteriorada de su familia (Emmanuelli *et al.*, 2004; Sánchez *et al.*, 2003; Vázquez, *et al.*, 2001). No obstante, en el segundo estudio presentado aquí, al considerar tanto a las hijas con TCA como a sus padres, las variables citadas por la bibliografía no ejercieron un efecto de riesgo en la presencia de la psicopatología alimentaria, sino al contrario, se encontraron efectos más bien opuestos, o sea, de protección. En consecuencia, consideramos que el efecto protector de algunas dimensiones del funcionamiento familiar merece seguir siendo explorado, debido a que por tradición el estudio de la psicopatología se ha centrado en los factores de riesgo, dejando un tanto descuidados los posibles efectos de protección (Ruiz *et al.*, 2010). En este sentido, el modelo predictivo no siguió la tradición, sino que resaltó los efectos protectores del área de *desarrollo* y de las *relaciones* intrafamiliares, mostrando así que la familia también puede aportar elementos que hagan a sus hijas resistentes ante la psicopatología alimentaria.

Asimismo, se encontró una importante coincidencia entre hijas-madres con TCA en aspectos como *cohesión*, *expresión*, *organización* y *actividades de desarrollo*, lo

cual no se observa en las familias controles, que bien podría hablarnos de la sobreprotección, característica referida en estas familias (Vázquez *et al.*, 2001, Vidovic *et al.*, 2005) o bien de dificultades en el proceso de desarrollo e individualización de las hijas; inclusive, de un involucramiento excesivo entre madres e hijas que podría considerarse un antecedente, pero también podría presentarse posterior al trastorno debido a la posición de necesitada o desvalida que adquiere la persona enferma, lo cual suele atraer la atención y cuidados de los progenitores. En contraposición, los padres suelen jugar un papel periférico, sin compartir una perspectiva común con otros miembros de la familia, similar en las familias con y sin TCA, lo cual podría hablar más un patrón cultural en el ejercicio de la paternidad que de una característica asociada con los TCA. De esta manera, tanto las coincidencias entre madres e hijas como el papel de los padres requieren mayor investigación a efecto de que nos permita explicar el papel de estos en los TCA. Por último, lo anteriormente expuesto forma parte de uno de los primeros intentos en México por establecer diferencias entre hombres y mujeres con y sin sintomatología de TCA respecto de su dinámica familiar; por otro lado, apunta sobre la importancia de conducir estudios con población clínica que contemplen la participación de los padres, encontrándose que tanto en la población con sintomatología como en las familias con TCA la dimensión de relaciones interpersonales resultó relevante, además de la dimensión de desarrollo (intelectual, social, moral) en el caso de las hijas afectadas por TCA. Por todo ello es necesario que para futuras investigaciones se ponga más atención en estas dimensiones, para confirmar o ampliar los hallazgos aquí presentados.

Referencias

- Álvarez, R. G., J. M. Mancilla y A. R. Vázquez (2000), "Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (BULIT)", *Psicología Contemporánea*, 7, pp. 74-85.
- , J. M., Mancilla, A. R., Vázquez, S. C., Unikel, R. A., Caballero y C. D. Mercado (2004), "Validity of the Eating Attitudes Test: a study of Mexican eating disorders patients", *Eating Weight Disorders*, 9, pp. 243-248.
- American Psychiatric Association (1994), "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", *DSM-IV* Washington.
- Ayala, V. H., J. M., Fulgencio, C. A. Chaparro y C. F. Pedroza (2000), "Resultados preliminares del proyecto estudio longitudinal del desarrollo de la conducta agresiva en niños y su relación con el establecimiento de conducta antisocial en la adolescencia", *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, pp. 65-89.
- Belart, A. y M. Ferrer (1998), "El ciclo de la vida: Una visión sistemática de la familia", Bilbao, Desclee de Brouwer.

- Bruch, H. (1973), "*Eating Disorders: obesity, anorexia nervosa and the person within*", Nueva York, Basic Books.
- Casper, R. C. y M. Troiani (2001), "Family functioning in anorexia nervosa differs by subtype", *International Journal of Eating Disorders*, 30, pp. 338-342.
- Cooper, P. J., M. J., Taylor, Z. Y. Cooper y C. G. Fairburn (1987), "The development and validation of the Body Shape Questionnaire", *International Journal of Eating Disorders*, 6, pp. 485-494.
- Dancyger, I., V. Fornari, L., Scionti, W. Wisotsky y S. Sunday (2005), "Do daughters with eating disorders agree with their parents' perception of family functioning?", *Comprehensive Psychiatry*, 46, pp. 135-139.
- Davis, C., B., Shuster, E. Blackmore y J. Fox (2004), "Looking good-focus family on appearance and the risk for eating disorders", *International Journal of Eating Disorder*, 35, pp. 136-144.
- Emmanuelli F, R., Ostuzzi, M., Cuzzolaro, F., Baggio, B. Lask y G. Waller (2004), "Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family member's perceptions", *Eating and Weight Disorders*, 9, pp. 1-6.
- Evans, J. y D. le Grange (1995), "Body size and parenting in eating disorders: a comparative study of the attitude of mothers towards their children", *International Journal of Eating Disorders*, 18, pp. 39-48.
- Garner, D. M. y P. E. Garfinkel (1979), "The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa", *Psychological Medicine*, 9, pp. 273-279.
- Gillett, K. S., J. M. Harper, J. H. Larson, M. E. Berrett y R. K. Hardman (2009), "Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families", *Journal of Marital & Family Therapy*, 35, pp. 159-174.
- Hodges, E., C. Cochrane y T. Brewerton (1998), "Family characteristics of binge-eating disorder patients", *International Journal of Eating Disorders*, 23, pp. 145-151.
- Huon, G. F., A. Gunewardene, A. Hayne, M. Sankey, J. Lim, T. Piira y C. Walton (2002), "Empirical support for a model of dieting: findings from structural equations modeling", *International Journal of Eating Disorders*, 31, pp. 210-219.
- Humphrey, L. L. y S. Stern (1988), "Object relation and the family system in bulimia", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 14, pp. 337-350.
- Joyce, L. C. (2011), "An exploratory study of the impact of an adolescent's eating disorder on Chinese parents' well-being, marital life and perceived family functioning in Shenzhen, China: implications for social work practice", *Child and Family Social Work*, 16, pp. 33-42.
- Killen, J. D., C. Hayward, D. M. Wilson, C. B. Taylor, L. D. Hammer, I. Litt y F. Haidel (1994), "Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls", *International Journal of Eating Disorders*, 4, pp. 357-367.

- Kog, E. y W. Vadereycken (1989), "Family interaction in eating disorders patients and normal controls", *International Journal of Eating Disorders*, 8, pp. 11-23.
- Kustlesic, V., D. A. Williamson, D. H. Gleaves, J. M. Barbin y K. P. Murphy-Eberenz (1988), "The review for the diagnosis of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria", *Psychological Assessment*, 10, pp. 41-48.
- Laliberté, M., F. J. Boland y P. Leichner (1999), "Family climates: family factors specific to disturbed eating and bulimia nervosa", *Journal of Clinical Psychology*, 55, pp. 1021-1040.
- Le Grange, D., J. Lock, K. Loeb y D. Nicholls (2010), "Academy for Eating Disorders position paper: The role of the family in eating disorders", *International Journal of Eating Disorders*, 43, pp. 1-5.
- León, G. R., J. A. Fulkerson, C. L. Perry y A. Dube (1994), "Family influences school behaviors and risk for the later development of an eating disorder", *Journal of Youth and Adolescence*, 23, pp. 499-515.
- MacBrayer, E., G. T. Smith, D. M. McCarthy, S. Demos y J. Simmons (2001), "The role of family of origin food-related experiences in bulimic symptomatology", *International Journal of Eating disorders*, 30, pp. 149-160.
- Mancilla, J. M., K. Franco, R. Vázquez, X. López, G. L. Álvarez y M. T. Ocampo (2007), "A Two-Stage epidemiologic study on prevalence of eating disorders in female university students in Mexico", *European Eating Disorders Review*, 15, pp. 1-8.
- Mallinckrodt, B., B. A. McCreary y A. K. Robertson (1995), "Co-occurrence of eating disorders and incest: The role of attachment, family environment, and social competencies", *Journal of Counseling Psychology*, 42, pp. 178-186.
- Mildred, H., S. J. Paxton y E. H. Wertheim (1995), "Risk factors for eating disorders in Greek and Anglo-Australian adolescent girls", *International Journal of Eating Disorders*, 17, pp. 91-96.
- Moos, R., B. Moos y E. J. Trickett (1980), "*Family Environment Scale*", Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.
- North, C., S. Gowers y V. Byram (1995), "Family functioning in adolescent anorexia nervosa", *British Journal of Psychiatry*, 167, pp. 673-678.
- Okon, D., A. Greene y J. E. Smith (2003), "Family interaction predicts intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia", *International Journal Eating Disorders*, 34, pp. 450-457.
- Rorty, M., J. Yager y E. Rossotto (1995), "Aspects of childhood physical punishment and family environment correlates in bulimia nervosa", *Child Abuse & Neglect*, 19, pp. 659-667.
- Ruiz, A. O., R. Vázquez, J. M. Mancilla y E. Trujillo (2010), "Influencia de factores socioculturales en mujeres jóvenes y sus padres en los trastornos del comportamiento alimentario", *Psicología y Salud*, 20, pp. 169-177.

- , J. M. Mancilla, X. López, G. L. Álvarez y A. Tena (2010), “Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario”, *Universitas Psychologica*, 9, pp. 461-470.
- , C. Mateo, J. Galdós, G. L. Álvarez y J. M. Mancilla (2004), “Presencia de trastornos alimentarios y su sintomatología en relación con influencias culturales e insatisfacción corporal entre estudiantes hombres y mujeres”, *Revista Electrónica de Psicología del Valle de México*, 1. Disponible en: <http://www.uvmnet.edu/episteme/numero1> [Retirado el 3 de Agosto de 2012].
- Sánchez C. E., R. C. Serna, P. G. Seoana y F. F. Páramo (2003), “Percepción del funcionamiento familiar en familias con un miembro con trastornos del comportamiento alimentario”, *Revista Thomson Psicología*, 1, pp. 177-188.
- Seisedos, N., V. Cruz y A. Cordero (1984), “*Escala de Clima Social en la Familia*”, Madrid, TC.
- Sherman, R. T. y R. A. Thompson (1999), “*Bulimia: Una guía para familiares y amigos*”, México, Trillas.
- Shisslak, C. M., R. T. Mckeon y M. Crago (1990), “Family dysfunction in normal weight bulimic anorexic families”, *Journal of Clinical Psychology*, 46, pp. 185-189.
- Shugar, G. y S. Krueger (1995), “Aggressive family communication, weight gain, and improved eating attitudes during systemic family therapy for anorexia nervosa”, *International Journal of Eating Disorders*, 17, pp. 23-31.
- Smith, M. C. y M. H. Thelen (1984), “Development and validation of a test for bulimia”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, pp. 863-872.
- Strober, M. (1981), “The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiologic factors”, *International Journal of Eating Disorders*, 1, pp. 28-43.
- , y L. L. Humphrey (1987), “Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 654-659.
- Toro, J. (2004), “*Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*”, Madrid, Ariel.
- , M. Salamero y E. Martínez (1994), “Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa”, *Acta Psychiatrica Scandinava*, 89, pp. 147-151.
- Unikel, C., J. Aguilar y G. Gómez-Peresmitré (2005), “Predictors of eating behaviors in a sample of Mexican women”, *Eating and Weight Disorders*, 10, pp. 33-39.
- Vandereycken, W. (1994), “Parental rearing behaviour and eating disorders”, En W. Perris, A. Arrindell y M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology* (pp. 219-234). Chichester, Nueva York, John Wiley and Sons.
- Vázquez, R. (1997), “*Aspectos familiares en la Bulimia y Anorexia Nerviosa*”, Tesis de

- Doctorado no Publicada. Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona/Facultad de Psicología.
- , G. L. Álvarez y J. M. Mancilla (2000), “Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales CIMEC, en población mexicana”, *Salud Mental*, 23, pp. 18-24.
- , G. L. Álvarez, J. M. Mancilla y R. M. Raich (2000), “Dinámica familiar y actitudes alimentarias de familias con pacientes de trastorno alimentario”, *Psicoterapia y Familia*, 13, pp. 33-46.
- , J. Galán, X. López, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla, A. Caballero y C. Unikel (2011), “Validez del Body Shape Questionnaire (BSQ) en mujeres mexicanas”, *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2, pp. 42-52.
- , X. López, G. L. Álvarez, K. Franco y J. M. Mancilla (2004), “Presencia de trastornos de la conducta alimentaria en hombres y mujeres mexicanos: algunos factores asociados”, *Psicología Conductual*, 12, pp. 415-427.
- , R. M. Raich, M. C. Viladrich, G. L. Álvarez y J. M. Mancilla (2001), “Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios”, *Revista Mexicana de Psicología*, 18, pp. 325-335.
- , A. O. Ruiz, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla y A. Tena (2010), “Percepción del funcionamiento familiar de mujeres con trastorno del comportamiento alimentario”, *Psicología Conductual*, 18, pp. 105-117.
- , I. A. Saucedo, M. T. Ocampo, X. López, J. M. Mancilla y G. L. Álvarez, (2010), “Psychometric properties of the eating attitudes test for men”, *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2, pp. 39-46.
- , G. Velázquez, X. López, G. L. Álvarez, J. M. Mancilla y K. Franco (2010), “Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal (CIMEC) en estudiantes mexicanos”, *Psicología y Ciencia Social*, 12, pp. 5-11.
- Vidovic, V., V. Juresa, I. Begovac, M. Mahnik y G. Tocilj (2005), “Perceived family cohesion, adaptability and communication in eating disorders”. *European Eating Disorders Review*, 13, pp. 19-28
- Wade, T. D. y J. Lowes (2002), “Variables associated with disturbed eating habits and overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight in female adolescent population”, *International Journal of Eating Disorders*, 32, pp. 39-45.
- Wilksch, S. M., M. Tiggemann y T. D. Wade (2006), “Impact of interactive school-based media literacy lesson for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys”, *International Journal of Eating Disorders*, 39, pp. 385-393.
- Williamson, D. A. (1990), *Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa*, Nueva York, Pergamon Press.
- Wonderlich, S. y W. Swift (1990), “Perceptions of parental relationships in the

- eating disorders: the relevance of depressed mood”, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, pp. 353-360.
- Worobey, J. (2002), “Early family mealtime experiences and eating attitude in normal weight, underweight and overweight females”, *Eating and Weight Disorders*, 7, pp. 39-44.

11. MODELOS Y PROCEDIMIENTOS DE INDUCCIÓN AL CONSUMO DEL ALCOHOL: IMPLICACIONES CONDUCTUALES Y FISIOLÓGICAS

Héctor Martínez Sánchez y Eliana Barrios de Tomasi
Instituto de Neurociencias
Universidad de Guadalajara

Introducción

Como consecuencia de la evolución las especies se han desarrollado mecanismos que les permiten a aquéllas detectar aquellos nutrientes que pueden ser benéficos o nocivos para su supervivencia. Estos mecanismos de detección son particularmente importantes para el caso de la ingestión de los nutrientes que son necesarios para cada especie y para cada individuo perteneciente a la especie. Hoy día se sabe que los sabores dulces normalmente producen atracción (*i.e.*, sacarosa) en la mayoría de las especies, mientras que los sabores amargos (*i.e.*, quinina) por lo general producen rechazo (Martínez y Gómez, 2009). Por tanto, una variable fundamental para la distinción entre aceptación y rechazo es el sabor del alimento o nutriente que está disponible (Ordaz, 2006).

En el caso del consumo de alcohol entre las distintas especies, incluida la humana, no es natural o inicialmente aceptado. En las primeras experiencias el sabor del alcohol es rechazado o consumido en dosis menores cuando se compara con otros sabores. Su consumo regular suele requerir un periodo de adaptación al sabor y a los efectos posdigestivos. Dependiendo de la dosis de la sustancia, la experiencia puede producir un cambio en la palatabilidad del alcohol. Así, Kahan y Eliot (1960), quienes han evaluado la preferencia por el alcohol en ratas, han documentado que éstas prefieren dosis muy bajas, mostrando indiferencia al 5 o 6%; por otro lado, las ratas que iniciaron con una alta concentración desarrollaron una aversión temporal hacia el alcohol, lo que demuestra que la dosis y la experiencia con el alcohol pueden afectar la palatabilidad y su nivel de consumo. Por lo general, se requiere un periodo de adaptación para cambiar la palatabilidad del alcohol, tal como lo demostró Richter (1926), quien reportó que si las ratas son expuestas al alcohol después de 25 a 30 días de haberse adaptado a beber agua, la mayoría rechaza beber la solución conteniendo alcohol.

En la actualidad, la adicción al alcohol es un problema de salud muy importante que se caracteriza por una tolerancia creciente, el beber continuo y una pérdida de control de beber alcohol, aun cuando genera consecuencias aversivas (Duncan, Proulx y Woods, 2005). Recientemente se ha puesto en evidencia en

Estados Unidos que el consumo de alcohol excesivo ha pasado a ocupar la tercera causa de mortalidad no genética, detrás del consumo excesivo de tabaco y de la obesidad. En México, por su parte, se ha afirmado como la principal droga de consumo en el periodo 1994-2010 (Cortés, 2012), a la que se le asocia fuertemente con dos de las 10 principales causas de mortalidad general, a saber, los accidentes y las enfermedades del hígado (Secretaría de Salud, 2011).

A pesar de que la naltrexona, un opioide antagonista, parece mostrar posibilidades prometedoras, infortunadamente no se dispone de un fármaco que pueda aplicarse como tratamiento efectivo para todas las personas dependientes del alcohol. Tampoco existe un tratamiento terapéutico que sea eficaz para tratar a todas las variedades de pacientes (Duncan *et al.*, 2005). El problema de fondo es que, con todo y que los alcohólicos severos sufran gastritis, experimenten pérdida de estatus social y un deterioro marcado de su salud, probablemente se mantendrán bebiendo hasta llegar a la muerte (Dole y Gentry, 1984).

Métodos de inducción

Debido a que el sabor suele ser una especie de primer filtro en la ingesta de los nutrientes, lo que determina la conducta de aceptación o rechazo de sustancias o alimentos, se ha hecho necesario diseñar estrategias que modifiquen esta conducta. Capaldi (1996) ha destacado que en los omnívoros (*i.e.*, ratas y personas) la mayoría de las preferencias de comida son producidas por la experiencia. Si consumir alimento no tiene consecuencias indeseables, el resultado es que aumenta el instinto de querer o desear la comida; por el contrario, si comer ciertos alimentos tiene consecuencias negativas (*i.e.*, sentirnos mal o con problemas digestivos), se producirá una aversión a esa comida; tales consecuencias influyen en nuestras preferencias (Capaldi 1996). En otras palabras, la respuesta de aceptación o rechazo establecida por la historia genética o debida a la experiencia es susceptible de ser modificada y, por lo tanto, es factible explorar procedimientos o técnicas para conseguir modificar las preferencias originales. Por ejemplo, se ha reportado que la selección de comida es un problema principalmente en los niños (Piazza, Patel, Santana, Goh, Delia y Lancaster, 2002). Es un hecho frecuente para cualquier padre de familia que en ocasiones los niños coman con reticencias ciertos tipos de vegetales, verduras, carnes, etcétera, que se asume son saludables. Por el contrario, las preferencias de los niños suelen inclinarse por golosinas, botanas o helados. Cuando éste es el caso, se pueden presentar serios riesgos de salud en los niños que no comen los alimentos variados y nutritivos necesarios para su desarrollo apropiado (Piazza *et al.*, 2002). Estos hechos no son sorprendentes si atendemos a las preferencias naturales por los sabores dulces.

Harshaw (2008) ha recopilado evidencia que pone en duda la noción de que fenómenos como el hambre, la sed y la saciedad sean innatos o estén genéticamente programados; por el contrario, afirma que son producto del desarrollo individual.

Esta perspectiva incluye considerar como no heredadas las preferencias alimentarias. Para sustentar su argumento, Harshaw ha dirigido el foco de interés sobre los periodos tempranos de la vida de los individuos y las condiciones en que aprendemos a ingerir nuestros alimentos.

El estudio del desarrollo del hambre ha sufrido una demora debido al predominio de la noción de que es un fenómeno innato. Su importancia para la supervivencia ha sido tan evidente que no parecía tener cabida la noción de que el hambre estuviera sujeta al azar o al aprendizaje (Harshaw, 2008). La aceptación casi generalizada de que tanto el hambre como la saciedad tienen un origen genético, ha contribuido a no favorecer la atención del papel de la experiencia en estos importantes procesos para la supervivencia de un organismo. La selección de los nutrientes que un organismo consume no sólo depende de la motivación específica vinculada con un estado de hambre o de saciedad.

En nuestro laboratorio se ha demostrado que ratas saciadas cuando cambian de contexto consumen alimento, aun cuando ya no lo requieren (Ordaz, López-Espinoza y Martínez, 2005). En los humanos este consumo innecesario es bastante común; por ejemplo, cambiar de un sitio a otro puede favorecer el consumo de alimentos o bebidas que no son requeridas. El factor relevante es, entonces, el cambio de contexto, no un estado motivacional específico de hambre o saciedad. Resulta obvio que el reconocimiento del papel del contexto como mecanismo de inducción para el consumo de alimentos y bebidas en el caso humano es más complejo que en animales de laboratorio. La complejidad radica en el contexto social o cultural humano que promueve o prohíbe el consumo de ciertos alimentos y bebidas, aun cuando eventualmente posean propiedades nutritivas para el organismo y que no consideran aspectos motivacionales específicos.

Capaldi (1996) ha documentado varios métodos de condicionamiento eficaces para cambiar las preferencias de consumo para alimentos poco o nada preferidos, demostrando que son producto de la experiencia y del aprendizaje. De acuerdo con el autor, hay al menos cuatro métodos para incrementar la preferencia por un alimento. La frecuencia de consumo de un determinado alimento o bebida deriva en un aumento en la preferencia de ese alimento o bebida. Es decir, la sola exposición o experiencia con ese alimento o bebida modifica su preferencia. Se ha demostrado que los alimentos y las bebidas presentes durante la convalecencia de un malestar o enfermedad aumentan su nivel de preferencia. Por contraste, cuando una persona está enferma los alimentos y las bebidas asociados a un estado de deterioro de salud son rechazados generando una aversión hacia ellos. El método típico es el de emplear un alimento agradable asociado con otro agradable, incrementándose la preferencia por el primero. El último método consiste en la asociación de un alimento o bebida preferidos con nutrientes, dando como resultado un incremento en el consumo de aquellos alimentos o bebidas que contienen el nutriente o los nutrientes, como en el caso de las calorías.

Si la disponibilidad de alcohol es antecedida por un procedimiento de inducción, el consumo de alcohol puede verse favorecido. Por ejemplo, si hay agua disponible o no a la vez que se lleva al cabo la inducción al alcohol, pueden producirse diferencias a mediano y largo plazos en el consumo de alcohol una vez terminado el procedimiento de inducción. Las ratas suelen beber más alcohol cuando la inducción es acompañada con agua, si se compara con ratas que tienen una inducción sólo con alcohol (Veale y Myers, 1969). Otra forma de inducción empleada en el laboratorio para aumentar la preferencia por este líquido es mediante la restricción de comida. Veale y Myers (1969) demostraron que ratas restringidas de alimento aumentaron su preferencia por el consumo de alcohol. Sonderpalm y Hansen (1999), utilizando ratas como sujetos experimentales, mostraron el aumento de la palatabilidad por el alcohol después de haber sido expuestas a condiciones de restricción de alimento.

En nuestro laboratorio hemos estudiado diversas formas de inducción al alcohol en ratas bajo el modelo de autoadministración (Martínez y Urzúa, en revisión). Durante el periodo de inducción de 12 días las ratas podían beber cualquier cantidad de una solución diluida de alcohol, sin que existiese ninguna restricción y teniendo la comida disponible todo el tiempo. Un grupo de ratas fue expuesto a la inducción gradual con alcohol forzado; el periodo iniciaba con una dosis baja (4% v/v) y terminaba con la dosis más alta (10% v/v). Para otro grupo de ratas la inducción no fue gradual, así que las ratas fueron expuestas desde un inicio a la dosis más alta (10% v/v). Otros dos grupos tuvieron disponibles agua y alcohol (6-10% v/v). Los resultados mostraron diferencias en el peso corporal dependiendo del método de inducción utilizado. El grupo con alcohol forzado sin inducción fue el que mostró el peso corporal más bajo y el menor consumo de alimento durante el periodo de inducción; asimismo, el consumo de alcohol mostró variabilidad entre los grupos. Sin embargo, inicialmente durante los tres primeros días el grupo de alcohol forzado con inducción fue el que consumió la mayor cantidad de alcohol. Un dato interesante fue que uno de los grupos que tuvo disponible agua y alcohol gradual, también tuvo el menor consumo de agua y mostró una notable variabilidad por sujeto del consumo de agua durante la inducción. Otros estudios también conducidos en nuestro laboratorio incluyen la exploración de la disponibilidad de alcohol bajo condiciones de actividad y libre acceso. Ratas restringidas de agua trabajan presionando una palanca para conseguir alcohol diluido en agua, como consecuencia de su conducta. Los efectos más notables son que cuando están bajo el efecto del alcohol, las ratas demoran más en conseguir el alcohol y alteran su peso corporal, en comparación con situaciones en las que sólo pueden obtener agua como consecuencia de su conducta. En esta línea de investigación nos interesa explorar los efectos de la disponibilidad de alcohol y el consumo crónico sobre los patrones de alimentación, actividad y peso corporal.

El alcohol como un nutriente

Richter (1953) fue uno de los pioneros en establecer que bebidas como el alcohol, la cerveza y el vino tienen propiedades alimentarias. El alcohol contiene 7 kcal/g y posee con mayor densidad calórica que el carbohidrato o la proteína. Esta característica nutritiva vincula la motivación por consumir alcohol con los sistemas que regulan la ingesta de comida y el gasto de energía. Hay evidencia experimental que demuestra la alteración de la homeostasis energética durante el consumo crónico de alcohol o la abstinencia en roedores con una alta preferencia por el alcohol (Duncan, Proulx y Woods, 2005). Yeomans (2004) ha estudiado la relación entre el consumo de alcohol y las consecuencias energéticas con ratas, poniendo de relieve las características nutritivas del alcohol. Yeomans, Caton y Hetherington (2003), apoyando la idea del alcohol como un nutriente, estudiaron la relación entre el consumo de alcohol y el consumo de comida y agua en ratas, demostrando que la privación de alimento incrementa el consumo de alcohol y que éste, suministrado en pequeñas dosis, aumenta el consumo de alimento.

Por otro lado, Meisch (1984) ha establecido los llamados modelos experimentales de autoadministración de alcohol, en los que el propio sujeto determina, a través de su conducta, el consumo de alcohol dependiendo de las condiciones experimentales. Achagiotis, Poussard y Louis-Sylvestre (1990) han estudiado la relación entre el consumo de alcohol, el alimento y el peso corporal. Las ratas que estuvieron expuestas al acceso libre de una solución diluida de alcohol al 20% ganaron menos peso que otro grupo de ratas que tuvo disponible alcohol al 10%, o que el grupo control que sólo tuvo acceso al agua. Las ratas con alcohol al 20% redujeron principalmente el consumo de alimento nocturno, que es el turno en el ciclo de 24 horas en que las ratas consumen la mayor parte de su alimento diario.

El consumo de alcohol, que originalmente no tiene una motivación interna como en el caso del hambre o la sed, sin embargo puede llegar a generar una motivación aprendida. Por tanto, el consumo excesivo y crónico de alcohol está fuertemente vinculado con el desarrollo de la adicción al alcohol. El fenómeno de la adicción al alcohol, entre otros factores, puede ser una consecuencia directa de la manera en que un individuo o un organismo es inducido a beber alcohol, con importantes implicaciones sobre su funcionamiento fisiológico.

Adicción al alcohol

El alcoholismo, también conocido como *síndrome de dependencia al alcohol*, involucra distintos cambios, físicos, biológicos y conductuales, caracterizados principalmente por la falta de control sobre la ingestión de la sustancia y disminución de la esperanza de vida. La persona alcohólica puede presentar complicaciones generales, incluyendo insomnio, tristeza, nerviosismo y problemas interpersonales (Schuckit, 2000).

La adicción se puede definir como el conjunto de trastornos caracterizados por la necesidad compulsiva de consumir sustancias con alto potencial de abuso y dependencia (*ergo*, drogas) que progresivamente afectan todos los ámbitos de la vida del individuo (Corominas, Roncero, Bruguera y Casas, 2007). La adicción es caracterizada por episodios frecuentes de intoxicación, compulsión por la búsqueda y consumo de alcohol, pérdida del control y surgimiento de un estado emocional negativo en la ausencia de la droga (American Psychiatric Association, 1994). La condición que lleva a que algunos individuos beban en exceso y otros no, es compleja debido a que involucra interacciones genéticas, psicosociales, ambientales y algunos factores neurobiológicos. En suma, el alcoholismo es un desorden multigénico (Weiss y Porrino, 2002).

Estructuras cerebrales

Debido al bajo peso molecular y a su alta afinidad con el agua, el etanol se mueve por los mismos canales transmembranales por los que pasa el agua. Se distribuye desde la sangre a todos los tejidos y fluidos en proporción a su contenido relativo de agua; por esto el alcohol puede causar daño o interactuar en diferentes sistemas y estructuras, tanto cerebrales como viscerales. El sistema mesolímbico (ATV, N Acc, amígdala, septum lateral e hipotálamo, etcétera) es el que interviene tanto en el reforzamiento como en la búsqueda del alcohol. El sistema mesolímbico cortical, como su nombre lo indica, está formado por estructuras mesencefálicas, límbicas y de la corteza, las cuales en su mayoría tienen proyecciones recíprocas entre sí. El núcleo accumbens (N Acc) se considera una interfase neural entre la motivación y la acción motora (Ayesta, 2002). La sustancia gris periacueductal está involucrada en la analgesia y la nocicepción. (Tempel, Gardner y Zukin, 1984; Yoburn, Nunes, Adler, Pasterna y Inturrisi, 1986).

La atribución subjetiva y el deseo compulsivo (*craving*) dependen de mecanismos neocorticales. El hipocampo y la amígdala son responsables de los procesos de condicionamiento ambiental, como los estímulos específicos o contextuales relacionados con el consumo. Estas estructuras límbicas conectan con las estructuras dopaminérgicas del estriado ventral (corteza y núcleo del N Acc) para ejercer el control de las acciones instrumentales y sus consecuencias (Self y Nestler, 1995).

Algunas estructuras motoras también juegan un papel en las dependencias. Entre ellas se encuentran: el estriado dorsal (caudado-putamen), como encargado de la formación de hábitos (Ayesta, 2002). La vía dopaminérgica nigro-estriatal que se dirige al caudado-putamen podría participar en la sensibilización y en el estrés; asimismo, el *locus ceruleus* juega un papel relevante en los síndromes de abstinencia que se observan con algunas sustancias adictivas, como es el caso del etanol (Ayesta, 2002).

Sistema de neurotransmisión: sistema opioide, dopaminérgico y GABAérgico

Varios estudios muestran que los sistemas (de péptidos opioides, dopaminérgico, GABAérgico, serotoninérgico, glutamatérgico) en el cerebro desempeñan un papel clave en el reforzamiento del alcohol. Aunque las drogas adictivas presentan una gran diversidad molecular y actúan sobre diversos receptores y estructuras, existe un factor común a las mismas, que es la activación de la vía mesolímbica dopaminérgica, crítica en el proceso de dependencia y adicción. Esta vía nace en el área tegmental ventral (ATV) y su activación durante el consumo agudo induce el incremento en la tasa de liberación de dopamina (DA) y una regulación a la alza en los niveles de adenosín monofosfato cíclico (AMPC) en el N Acc y la amígdala, áreas que se relacionan decisivamente con la recompensa y con el aprendizaje para el consumo (Fernández-Espejo, 2002). La dopamina liberada en el N Acc puede mediar parcialmente el efecto de recompensa de los opioides, el alcohol y de otra variedad de drogas de abuso (Charness, 1996).

Si bien el alcohol interactúa con diversos sistemas de neurotransmisión, su habilidad para incrementar la liberación de DA en el sistema mesolímbico dependería de su interacción con el sistema opioide endógeno, el cual tiene importantes implicaciones sobre los estados anímico y motivacional (March y Miranda-Morales, 2009). Ha sido reportado que una administración baja de alcohol produce la liberación de péptidos opioides en el hipotálamo de roedores (Gianoulakis, 1990) y en la glándula pituitaria de humanos (Gianoulakis, 1996), lo cual puede contribuir a las propiedades reforzantes del alcohol, mientras que la administración de una dosis alta produce un efecto inhibitorio sobre la liberación de estas sustancias (Herz, 1997).

Los opioides actúan sobre los receptores tipo μ , inhibiendo las interneuronas GABAérgicas y estimulando las neuronas dopaminérgicas del ATV. Las neuronas dopaminérgicas, cuyos cuerpos celulares están localizados en el ATV, tienen terminales axónicas en el N Acc que están bajo inhibición GABAérgica. Al mismo tiempo, las neuronas GABAérgica del ATV están bajo el tono inhibitorio opioide. La estimulación de los receptores opioides μ (localizados en los cuerpos celulares de las interneuronas gabaérgicas), tanto por β -endorfinas, como por encefalinas, inhiben la actividad de las neuronas GABA, produciendo una desinhibición de las neuronas dopaminérgicas incrementado así, la liberación de dopamina en el N Acc.

La liberación de β -endorfinas es estimulada por el etanol a nivel del ATV, así como en el N Acc (Gianoulakis, 2004; Olive, Koenig, Nannini y Hodge, 2001; Rasmussen, Bryant, Boldt, Colasurdo, Levin y Wilkinson, 1998). Algunos estudios han investigado la acción de los opioides en el ATV y N Acc. Ambas regiones contienen altos niveles de receptores μ , δ y κ . La administración sistémica aguda

de opioides a ratas excita las neuronas dopaminérgicas del ATV. Estudios más recientes de cortes cerebrales *in vitro* muestran que dicha activación representa un efecto indirecto de opioides; probablemente los opioides por la vía de activación de los receptores μ , inhiben directamente las neuronas GABAérgicas en el ATV, por eso se reduce la influencia inhibitoria de estas células en las neuronas dopaminérgicas (Harris y Nestler, 1993).

Sistema serotoninérgico

El alcohol también produce un incremento en la liberación de serotonina (5-HT) en el cerebro (Schuckit, 2000), pero su administración crónica tiende a decrementar la cantidad de serotonina almacenada en el cerebro. El núcleo dorsal del Rafé es especialmente importante en este fenómeno. La serotonina no participa directamente en la motivación-recompensa, pero ejerce influencia a través de sus efectos sobre el sistema dopaminérgico. La aplicación de 5-HT en las neuronas dopaminérgicas del ATV aumenta su tasa de disparo *in vitro*, un efecto que se atribuyó a la acción de 5-HT sobre los receptores 5-HT₂ (Pessia, Jiang, Alan North y Johnson, 1994).

Los receptores 5-HT que más a menudo se han asociado con trastornos adictivos son 5-HT_{1A}, 5-HT_{1B} y 5-HT_{2A}. El receptor 5-HT_{2C} es el único receptor que cuando se estimula inhibe muchas conductas relacionadas con la adicción (Muller y Huston, 2006). El componente más estudiado y al parecer más importante del sistema serotoninérgico que influye en la motivación-recompensa es el receptor 5-HT_{1B}, un receptor acoplado a Gi que puede encontrarse en las terminales axónicas de muchos tipos de neurona.

Las terminales axónicas de neuronas GABAérgicas que se proyectan desde la corteza del N Acc al ATV contienen receptores 5-HT_{1B} que cuando se activan inhiben la liberación de GABA, el cual se libera en el ATV inhibiendo las neuronas dopaminérgicas locales. La inhibición de la liberación de GABA desinhibe las neuronas dopaminérgicas mesolímbica potenciando con ello el incremento de los efectos de la DA en el consumo de cocaína (David, Segu, Buhot, Ichaye y Cazala, 2004; Guan y McBride, 1989; O'Dell y Parsons, 2004; Yan, Zheng y Yan, 2004) y otras sustancias gratificantes. La sobrerregulación de receptores 5-HT_{1B} en las terminales axónicas de las neuronas GABAérgicas de la corteza del N Acc, podría contribuir a la vulnerabilidad de una persona a desarrollar un trastorno adictivo (Bonci, Bernardi, Grillner y Mercuri, 2003).

Sistema glutamatérgico

El receptor NMDA es uno de los principales receptores del glutamato, el principal neurotransmisor excitador cerebral. Carboni, Isola, Gessa y Rossetti (1993) encontraron que la administración aguda de etanol reduce los niveles de gluta-

mato extracelular en el estriado, el cual contiene al N Acc, entre otras estructuras, suprimiendo las señales de transmisión mediadas por el glutamato en el núcleo central de la amígdala, un efecto que es incrementado después de la exposición crónica al alcohol (Roberto, Schweitzer, Madamba, Stouffer, Parsons y Siggins, 2004). El etanol potencia la acción del GABA y antagoniza la acción del glutamato (Ayesta, 2002). Los disparos en neuronas DA mesencefálicas dependen de las aferencias excitatorias, que activan receptores ionotrópicos glutamatérgicos de células DA (Darracq, Blanc, Glowinski y Tassin, 1998; Jones y Mobley, 2000; Kitai, Shepard, Callaway y Scroggs, 1999).

Adicionalmente, el alcohol afecta la transmisión de glutamato probablemente alterando las funciones de ambos receptores NMDA (Lovinger, White y Weight, 1989) y otro subtipo de receptores conocidos como receptores metabotrópicos de subtipo 5 de glutamato (mGluR5) (Blednov y Harris, 2008). La participación de los receptores NMDA en el alcoholismo es especialmente interesante porque también desempeñan un papel en la plasticidad neuronal, un proceso caracterizado por la reorganización neural que probablemente contribuye a hiper-excitabilidad y el deseo compulsivo (*craving*) durante el síndrome de abstinencia alcohólica (Pulvirenti y Diana, 2001).

Consumo de alcohol en humanos: efectos conductuales y neurológicos

Los efectos del alcoholismo en el cerebro son diversos y están influidos por un amplio rango de variables (Parsons, 1996), como son la cantidad de alcohol consumida, la edad en que la persona empezó a beber, la duración, la edad del paciente, el nivel de educación, el género, los antecedentes genéticos, si son o no familiares de alcohólicos y neuropsiquiátricos; también se tienen a factores de riesgo tales como la exposición de alcohol antes del nacimiento y el estado de salud general (Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).

Los efectos del alcohol sobre el sistema nervioso central pueden subdividirse en tres principales categorías: 1) los efectos de una intoxicación aguda (borrachera, encefalopatía aguda y accidente cerebrovascular); 2) los efectos de la abstinencia, la tolerancia y etanol (delirium tremens y convulsiones), y 3) las manifestaciones retardadas del consumo crónico de alcohol (degeneración cerebelar, encefalopatía de Wernicke y demencia) (véanse Uldry, Bogousslavsky y Regli, 1992). De esta manera, múltiples procesos como la sensibilización, la tolerancia y la neuroadaptación contribuyen al incremento de la motivación de la búsqueda de drogas durante el desarrollo de la dependencia.

Sensibilización se refiere a un aumento en el valor de refuerzo de las drogas después de exposiciones repetidas. La tolerancia es cuando se produce una disminución de la eficacia de los efectos de la droga por lo que el individuo requiere gradualmente dosis más elevadas de alcohol para producir el mismo efecto. Una vez que ha ocurrido la neuroadaptación, la eliminación de alcohol en el organis-

mo provoca un síndrome de abstinencia (Gilpin y Koob, 2008). El espectro de síntomas de abstinencia al alcohol oscila entre síntomas menores como insomnio y temblor hasta complicaciones severas como convulsiones y *delirium tremens* (Baird, McIntyre, Hill y Woodside, 2004).

Tolerancia y abstinencia son fenómenos neuroadaptativos que ocurren con las exposiciones repetidas a determinadas sustancias, sean éstas adictivas o no. Su importancia reside en eso: ser uno o varios mecanismos adaptativos, los cuales, según qué efecto produzcan, se manifiestan en mayor o menor medida. Ambos fenómenos pueden aparecer conjuntamente, lo que sugiere que probablemente compartan algunos de sus mecanismos (Ayesta, 2002). La tolerancia conduce a modificaciones de uso de drogas para obtener los efectos deseados, por ejemplo, incrementando la dosis, reduciendo los intervalos entre dosis, o ambos (Hyman y Malenka, 2001; Nestler, 2001; Shalev, Grimm y Shaham 2002). Los efectos fisiológicos de la abstinencia en humanos y roedores suelen durar hasta 48 horas después de la terminación de la exposición al alcohol e incluyen convulsiones, alteraciones motoras y disturbios autonómicos: sudoración, mayor ritmo cardiaco e inquietud (Isbell, Fraser, Wikler, Belleville y Eiserman, 1955; Majchrowicz, 1975).

La abstinencia obliga a los adictos a reanudar el uso de drogas para prevenir o reducir la disforia y diversos síntomas físicos. La tolerancia y la abstinencia aumentan la búsqueda compulsiva de la droga y el consumo de drogas, que son esenciales en el mantenimiento de la adicción (Hyman y Malenka, 2001; Nestler, 2001; Shalev *et al.*, 2002). Sin embargo, la sensibilización también es importante. Se asocia con una larga duración a cambios adaptativos en los patrones de expresión de genes de los sistemas de dopamina mesolímbico terminal (Nestler, 2001). La sensibilización conductual puede persistir durante semanas o meses y es aumentada por señales ambientales, por ejemplo personas, lugares o parafernalia asociada con el uso de drogas en el pasado (Hyman y Malenka, 2001); estas señales y la sensibilización contribuyen a la reincidencia.

Otro de los problemas del consumo crónico de alcohol es un síndrome grave, conocido como *Encefalopatía de Wernicke*, que es un síndrome neuropsiquiátrico resultante de la deficiencia de tiamina, en la que se produce una disfunción neurocognoscitiva cerebelar, causada por la desconexión de vías cerebelo-cerebrales y, sobre todo, potencialmente fatal. La resonancia magnética es sensible a la detección de lesiones relacionadas con dicha enfermedad, observándose daño en órganos septales, la materia gris periacueductal, el tálamo y el colliculo (Sullivan y Pfefferbaum, 2009).

Implicaciones conductuales y neurológicas del consumo humano

Beber en exceso puede conducir a cambios estructurales del cerebro, algunos de ellos permanentes y algunos otros reversibles. Incluso, alcohólicos que no tengan

ningún problema neurológico o hepático específico muestran signos de daño regional cerebral y disfunción cognoscitiva. La exposición crónica a altas dosis de alcohol puede provocar profundos cambios en la morfología, la proliferación y la supervivencia de las neuronas. Por ejemplo, nuevas neuronas se generan constantemente desde las células madre neuronales a lo largo de la vida de un organismo. En ratas alcohólicas, sin embargo, la proliferación de las células madre y la supervivencia de las neuronas producidas a partir de dichas células madre durante la exposición de alcohol se reducen (Nixon y Crews, 2002).

Actualmente se utilizan técnicas de neuroimagen para mostrar que los seres humanos dependientes al alcohol tienen volúmenes pequeños de amígdala, comparados con las personas no dependientes, y ese menor volumen de amígdala es predictivo para la posterior recaída al alcohol (Wrase, Makris, Braus, Mann, Smolka, Kennedy *et al.* 2008). Métodos electromagnéticos como potenciales a eventos relacionados (ERP) y magnetoencefalografía (MEG) han confirmado que el alcohol ejerce efectos deletéreos en varios niveles del sistema nervioso. Estos efectos incluyen un deterioro de las funciones inferiores del encéfalo, resultando en comportamientos y síntomas como mareos, movimiento involuntario del ojo e inseguridad al andar, así como deterioro de funciones de orden superior como solución de problemas, memoria y emoción (Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).

Conclusiones

El abuso y la dependencia al alcohol se encuentran entre los problemas de salud más costosos del mundo. Una de las causas es el daño a la salud que produce dicha sustancia, lo cual repercute en los ámbitos familiar, social, laboral y económico. El consumo de alcohol parece depender de diversos factores, entre los cuales destacan la dosis utilizada, la ruta de administración, la concentración de alcohol ingerida y las propiedades gustativas de los fluidos consumidos. Finalmente, como recién se ha señalado, afecta y altera al sistema nervioso central, produciendo la recaída o el consumo excesivo.

La investigación básica sobre estos fenómenos de consumo excesivo, como es el caso del alcohol, contribuyen a comprender las variables conductuales y fisiológicas implicadas, así como el papel que juegan en el desarrollo de preferencias por sustancias que tienen una motivación originada en la experiencia y el aprendizaje. Un problema de salud como el consumo crónico y excesivo de alcohol requiere soluciones que incluyan formas de prevención que pueden estar en manos de los propios consumidores. En la medida en que cada persona pueda identificar y manejar apropiadamente sus niveles de consumo de sustancias tóxicas y conozca las consecuencias de los excesos, previsiblemente tendrá mayores posibilidades de decidir sus hábitos de consumo.

Referencias

- Achagiotis, C. L., A. M. Poussard y J. Louis-Sylvestre (1990), "Alcohol Drinking, Food and Fluid Intakes and Body Weight Gain in Rats", *Physiology & Behavior*, 47, pp. 545-548.
- American Psychiatric Association (1994), "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", Vol. 4. Washington.
- Ayesta, F. J. (2002), "Bases Bioquímicas y Neurobiológicas de la Adicción al Alcohol", *Adicciones*, 14, pp. 63-78.
- Bayard, M., J. McIntyre, K. R. Hill y J. Woodside (2004), "Alcohol Withdrawal Syndrome", *American Family Physician*, 69, pp. 1443-1450.
- Blednov, Y. A. y R. A. Harris (2008), "Metabotropic Glutamate Receptor (mGluR5) Regulation of Ethanol Sedation, Dependence and Consumption: Relation to Acamprosate Actions", *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 1, pp. 1-19.
- Bonci, A., G. Bernardi, P. Grillner y N. B. Mercuri (2003), "The Dopamine Containing Neuron: Maestro or Simple Musician in the Orchestra of Addiction?", *Trends in Pharmacology Science*, 24, pp. 172-177.
- Capaldi, E. D. (1996), "*Why We Eat What We Eat: The Psychology of Eating*", Washington: American Psychological Association.
- Carboni, S., R. Isola, G. L. Gessa y Z. L. Rossetti (1993), "Ethanol Prevents the Glutamate Release Induced by *N*-methyl- D-aspartate in the Rat Striatum", *Neuroscience Letters*, 152, pp. 133-136.
- Charness, M. (1996), "Ethanol Regulation of the Delta-opioid Receptor Gene. En el Simposium: The Neurobiology of Ethanol-opioid Interaction in Ethanol Reinforcement", *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 8, pp. 181A-186A.
- Corominas, M., C. Roncero, E. Bruguera y M. Casas (2007), "Sistema Dopaminérgico y Adicciones", *Revista de Neurología*, 44, pp. 23-31.
- Cortéz, M. (2012), "Panorama Epidemiológico de las Adicciones en México 2010", *Epidemiología en Breve*, 1, pp. 1-8.
- Darracq, L., G. Blanc, J. Glowinski y J. P. Tassin (1998), "Importance of the Noradrenaline-dopamine Coupling in the Locomotor Activating Effects of D-amphetamine", *Journal of Neuroscience*, 18, pp. 2729-2739.
- David, V., L. Segu, M. C. Buhot, M. Ichaye y P. Cazala (2004), "Rewarding Effects Elicited by Cocaine Microinjections into the Ventral Tegmental Area of C57BL/6 Mice: Involvement of Dopamine D(1) and Serotonin(1B) Receptors", *Psychopharmacology*, 174, pp. 367-375.
- Fernández-Espejo, E. (2002), "Bases Neurológicas de la Drogadicción", *Review of Neurology*, 34, pp. 659-664.
- Gianoulakis, C. (1990), "Characterization of the Effect of Acute Ethanol Admi-

- nistration on the Release of β -endorphin Peptides by the Rat Hypothalamus”, *European Journal of Pharmacology*, 180, pp. 21-29.
- , (2004), “Endogenous Opioids and Addiction to Alcohol and other Drugs of Abuse”, *Current Topics in Medicinal Chemistry*, 4, pp. 39-50.
- Gianoulakis, Ch., B. Krishnan y J. Thavundayil (1996), “Enhanced Sensitivity of Pituitary β -endorphine to Ethanol in Subjects at High Risk of Alcoholism”, *Archives of General Psychiatry*, 53, pp. 250-257.
- Gilpin, N. y G. Koob (2008), “Neurobiology of Alcohol Dependence: Focus on Motivational Mechanisms”, *Alcohol Research & Health*, 31, pp. 185-195.
- Guan, X. M. y W. J. McBride (1989), “Serotonin Microinfusion into the Ventral Tegmental Area Increases Accumbens Dopamine Release”, *Brain Research Bulletin*, 23, pp. 541-547.
- Harris, H. W. y E. J. Nestler (1993), “Opiate Regulation of Signal-transduction Pathways”, En R. P. Hammer (Ed.), *The Neurobiology of Opiates* pp. 331-333. Florida, CRC Press.
- Herz, A. (1997), “Endogenous Opioid System and Alcohol Addiction”, *Psychopharmacology*, 192, pp. 99-111.
- Hyman, S. E. y R. C. Malenka (2001), “Addiction and the Brain: The Neurobiology of Compulsion and its Persistence”, *Nature Reviews Neuroscience*, 2, pp. 695-703.
- Isbell, H., H. F. Fraser, A. Wikler, R. E. Belleville y A. J. Eiserman (1955), “An Experimental Study of the Etiology of ‘Rum Fits’ and Delirium Tremens”, *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 16, pp. 1-33.
- Jones, D. L. y C. C. Mobley (2000), “Treatment of Nicotine Addiction”, *Texas Dental Journal*, 117, pp. 26-32.
- Kahn, M. y E. Stellar (1960), “Alcohol Preference in Normal and Anosmic Rats”, *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 53, pp. 571-575.
- Kitai, S. T., P. D. Shepard, J. C. Callaway y R. Scroggs (1999), “Afferent Modulation of Dopamine Neuron Firing Patterns”, *Current Opinion of Neurobiology*, 9, pp. 690-697.
- Lovinger, D. M., G. White y F. F. Weight (1989), “Ethanol Inhibits Nmda-activated Ion Current in Hippocampal Neurons”, *Science*, 243, pp. 1721-1724.
- Majchrowicz, E. (1975), “Induction of Physical Dependence upon Ethanol and the Associated Behavioral Changes in Rats”, *Psychopharmacology*, 43, pp. 245-254.
- March, S. y R. Miranda-Morales (2009), “Problemas Relacionados al Alcohol: Bases Neurobiológicas del Consumo de Alcohol y Modelos Animales Desarrollados para el Abordaje de estas Problemáticas”, *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1, pp. 36-50.
- Meisch, R. A. (1984), “Alcohol Self-Administration by Experimental Animals”, En R. G. Smart, H. D. Cappell, F. B. Glaser, e Israel, H. Kalant, R. E. Popham, et al. (Eds.), *Research Advances in Alcohol and Drug Problems. Vol. 8*, pp.

- 23-45. Nueva York, Plenum Press.
- Nestler, E. J. (2001), "Molecular Neurobiology of Addiction", *American Journal of Addiction*, 10, pp. 201-217.
- Martínez, H. e I. L. Gómez (2009), "Modelos Experimentales para el Estudio de la Conducta Alimentaria", En E. Matute (Ed.), *Cerebro: Conducta y Cognición* pp. 71-107. México, Universidad de Guadalajara.
- , y R. B. Urzúa (en revisión), "Inducción al Alcohol, Restricción de Comida y Disponibilidad de Alcohol: Efectos sobre Comer, Beber y Peso Corporal en Ratas".
- Muller, C. P. y J. P. Huston (2006), "Determining the Region-specific Contributions of 5-HT Receptors to the Psychostimulant Effects of Cocaine", *Trends in Pharmacology Science*, 27, pp. 105-112.
- Nixon, K. y F. T. Crews (2002), "Binge Ethanol Exposure Decreases Neurogenesis in Adult Rat Hippocampus", *Journal of Neurochemistry*, 83, pp. 1087-1093.
- O'Dell, L. E. y L. H. Parsons (2004), "Serotonin1B Receptors in the Ventral Tegmental Area Modulate Cocaine-induced Increases in Nucleus Accumbens Dopamine Levels", *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 311, pp. 711-719.
- Olive, M. F., H. N. Koenig, M. A. Nannini y C. W. Hodge (2001), "Stimulation of Endorphin Neurotransmission in the Nucleus Accumbens by Ethanol, Cocaine, and Amphetamine", *The Journal of Neuroscience: The official Journal of the Society for Neuroscience*, 21, RC184.
- Oscar-Berman, M. y K. Marinkovic (2003), "Alcoholism and the Brain: An Overview". *Alcohol Research & Health*, 27, pp. 125-133.
- Ordaz, N. (2006), "Análisis de la Conducta Alimentaria en Ratas Albinas (*Rattus Norvegicus*): Efectos del Sabor sobre el Consumo de Comida, Agua y Peso Corporal después de un Periodo de Privación", Tesis de Maestría no Publicada. Guadalajara, México, Universidad de Guadalajara/Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento.
- Ordaz, N., A. López-Espinoza, y H. Martínez (2005), "Efectos de la Modificación del Contexto en el Consumo de Agua y Alimento Durante un Estado de Saciedad en Ratas", *Universitas Psychologica*, 4, pp. 151-160.
- Parsons, O. A. (1996), "Alcohol Abuse and Alcoholism", En S. J. Nixon (Ed.), *Neuropsychology for Clinical Practice* pp. 175-201, Washington, American Psychological Press.
- Pessia, M., Z. G. Jiang, R. Alan North y S. W. Johnson (1994), "Actions of 5-Hydroxytryptamine on Ventral Tegmental Area Neurons of the Rat in Vitro", *Brain Research*, 654, pp. 324-330.
- Piazza, C. C., M. R. Patel, C. M. Santana, H. L. Goth, M. D. Delia y M. L. Blake, (2002), "An Evaluation of Simultaneous and Sequential Presentation of Preferred and No Preferred Food to Treat Food Selectivity", *Journal of Applied Behavior Analysis*, 35, pp. 259-270.

- Pulvirenti, L. y M. Diana (2001), "Drug Dependence as a Disorder of Neural Plasticity: Focus on Dopamine and glutamate", *Neuroscience Review*, 12, pp. 41-59.
- Rasmussen, D. D., C. A. Bryant, B. M. Boldt, E. A. Colasurdo, N. Levin y C. W. Wilkinson (1998), "Acute Alcohol Effects on Opiomelanocortinergic Regulation", *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, pp. 789-801.
- Richter, C. P. (1926), "A Study of the Effect of Moderate Doses of Alcohol on the Growth and Behavior of the Rat", *Journal of Experimental Zoology*, 44, pp. 397-418.
- , (1953), "Alcohol, Beer and Wine as Foods", *Quarterly Journal Studies on Alcohol*, 14, pp. 525-539.
- Roberto, M., P. Schweitzer, S. G. Madamba, D. G. Stouffer, L. H. Parsons y G. R. Siggins (2004), "Acute and Chronic Ethanol Alters Glutamatergic Transmission in Rat Central Amygdala: An *in vitro* and *in vivo* Analysis", *Journal of Neuroscience*, 24, pp. 1594-1603.
- Schuckit, M. A. (2000), *Drug and Alcohol Abuse: A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment*, Nueva York, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Secretaría de Salud (2011), *"Informe Histórico de Estadísticas Vitales. Nacimientos y Defunciones 1983-2010"*, México, Autor.
- Self, D. W. y E. J. Nestler (1995), "Molecular Mechanisms of Drug Reinforcement and Addiction", *Annual Review of Neuroscience*, 18, pp. 463-495.
- Shalev, U., J. W. Grimm y Y. Shaham (2002), "Neurobiology of Relapse to Heroin and Cocaine Seeking: a Review", *Pharmacology Reviews*, 54, pp. 1-42.
- Sonderpalm, A. H. y S. Hansen (1999), "Alcohol Alliesthesia: Food Restriction Increases the Palatability of Alcohol through a Corticosterone-dependent Mechanism", *Physiology and Behavior*, 67, pp. 409-415.
- Sullivan, E. V. y A. Pfefferbaum (2009), "Neuroimaging of the Wernicke-Korsakoff Syndrome", *Alcohol Alcoholism*, 44, pp. 155-165.
- Tempel, A., E. Gardner y R. Zukin (1984), "Visualization of Opiate Receptor Upregulation by Light Microscopy Autoradiography", *Proceedings of the National Academy of Science*, 81, pp. 3893-3897.
- Uldry, P. A., J. Bogousslavsky y F. Regli (1992), "Main Involvement of the Central Nervous System in Alcoholism", *Schweizerische Rundschau Fur Medizin Praxis*, 81, pp. 1021-1025.
- Veale, W. y R. Myers (1969), "Increased Alcohol Preference in Rats Following Repeated Exposures to Alcohol", *Psychopharmacology*, 15, pp. 361-372.
- Weiss, F. y L. Porrino (2002), "Behavioral Neurobiology of Alcohol Addiction: Recent Advances and Challenges", *Journal of Neuroscience*, 22, pp. 3332-3337.
- Wrase, J., N. Makris, D. F. Braus, K. Mann, M. N. Smolka, D. N. Kennedy y A. Heinz (2008), "Amygdala Volume Associated with Alcohol Abuse Relapse

- and Craving”, *American Journal of Psychiatry*, 165, pp. 1179-1184.
- Yan, Q. S., S. Z. Zheng y S. E. Yan (2004), “Involvement of 5-HT1B Receptors within the Ventral Tegmental Area in Regulation of Mesolimbic Dopaminergic Neuronal Activity Via GABA Mechanisms: A Study with Dual-probe Microdialysis”, *Brain Research*, 1021, pp. 82-91.
- Yeomans, M. R. (2004), “Effects of Alcohol on Food and Energy Intake in Human Subjects: Evidence for Passive and Active Over-consumption of Energy”, *British Journal of Nutrition*, 92, pp. 31-34.
- , S. Caton y M. M. Hetherington (2003), “Alcohol and Food Intake”, *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 6, pp. 639-644.
- Yoburn, B., F. Nunes, B. Adler, G. Pasternak y C. Inturrisi (1986), “Pharmacodynamic Supersensitivity and Opioid Receptor Upregulation in the Mouse”, *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 239, pp. 132-135.

12. SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD

Jesús Moo Estrella y Ricardo Castillo Ayuso
Facultad de Psicología
Universidad Autónoma de Yucatán

Introducción

El Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño, (SAOS) es considerado hoy día un problema de salud pública mundial (Mannarino, Di Filippo y Pirro, 2012; Philip *et al.*, 2010; Phillipson, 1993) que si bien puede ser detectado y tratado oportunamente, a la vez es poco atendido. Asimismo, se estima que representa un gasto dos o tres veces mayor de los recursos institucionales que se invierten en salud (Leger, Bayon, Laaban y Philip, 2011; Ronald, Delaive, Roos, Manfreda, Bahammam y Kryger, 1999).

En México, la detección y tratamiento del SAOS ha incluido la participación de hospitales y universidades que poco a poco se han sumado a su cobertura, en gran medida por el reconocimiento de los beneficios del tratamiento del SAOS en diferentes esferas de la vida de las personas, que incluyen: el mejoramiento de las condiciones médicas, el bienestar psicológico, óptimas relaciones en los ámbitos social y laboral, el desarrollo neuropsicológico y la calidad de vida en general. No obstante, el panorama actual sugiere que aún es mucho el camino por recorrer, lo cual a su vez sugiere la necesidad de formar más profesionales especializados en el estudio del sueño, reducir el tiempo y los costos del diagnóstico, así como mejorar la adhesión de los pacientes al tratamiento (de la Llata-Romero *et al.*, 2011).

Características del SAOS

Los trastornos respiratorios durante el sueño tienen como característica general la alteración del ciclo respiratorio mientras se duerme. En lo particular, la característica más sobresaliente del SAOS es la obstrucción parcial (hipoapnea) o total (apnea) de la vía aérea superior, que ocurre repetitivamente durante el sueño, que con frecuencia conlleva la reducción de la saturación de oxígeno en sangre y que culmina con breves despertares. Por definición, la hipoapnea y la apnea duran al menos 10 segundos en los adultos. La mayoría de los eventos dura entre 10 y 30 segundos, aunque en ocasiones persisten por más de un minuto. Las obstruc-

ciones pueden ocurrir en cualquier etapa del sueño, aunque son más frecuentes durante las etapas N1 y N2, así como en el sueño de movimientos oculares rápidos (MOR).

En el sueño MOR los eventos respiratorios son más duraderos y presentan mayor decremento de la saturación de oxígeno, que regresa normalmente a valores basales seguido de la recuperación normal de la respiración. El ronquido entre apneas comúnmente es reportado por los compañeros de habitación, quienes además son testigos de los jadeos, el ahogamiento y los movimientos que frecuentemente interrumpen el sueño. La mayoría de los pacientes con SAOS se levantan por la mañana sintiéndose cansados y poco recuperados, a pesar del tiempo que han pasado en la cama (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Prevalencia

Hasta hace medio siglo el SAOS era desconocido y no diagnosticado. Hoy día se estima que ocurre en 4% de hombres y 2% de mujeres, además de que su prevalencia se incrementa conforme llega a la edad adulta mayor. Estudios conducidos en diferentes países, considerando un índice de hipoapnea y apnea ≤ 5 más el reporte de somnolencia diurna, indican que la prevalencia del SAOS oscila entre 2 y 10% en población abierta. En América Latina, con estos mismos indicadores, la prevalencia es de 23.5% (Torre-Bouscoulet *et al.*, 2008), teniendo a la obesidad como el principal factor de riesgo; en México, en personas obesas el SAOS suele presentarse en 98% de los casos.

Causas de SAOS

La causa directa del SAOS es el estrechamiento de la vía aérea superior durante el sueño y su origen es multifactorial. Los pacientes con SAOS tienen reducida la sección transversal de la vía aérea superior debido al abultamiento de tejido blando (lengua, paladar blando y paredes faríngeas laterales), de la anatomía craneofacial, o ambos. La permeabilidad de la vía aérea superior es dependiente de la dilatación de los músculos de la faringe, la cual decrece con el inicio del sueño. Este cambio dependiente del estado sueño-vigilia es el principal factor que contribuye a la obstrucción de la vía aérea superior (American Academy of Sleep Medicine, 2005).

Durante el sueño MOR se presenta una reducción en el tono y la dilatación muscular faríngea, lo que contribuye al aumento de las hipoapneas y apneas, e inclusive a que sean más pronunciadas. Los reportes de polisomnografía muestran que durante la apnea obstructiva ocurre un cese de flujo aéreo, aun cuando continúa el esfuerzo respiratorio.

El SAOS y sus implicaciones sobre la salud cuando se duerme

El SAOS es un serio trastorno del dormir que tiene implicaciones negativas sobre múltiples sistemas del organismo. Se asocia con hipertensión, diabetes y el síndrome metabólico (Rajagopalan, 2012). No obstante, su relación con las enfermedades cardiovasculares es reconocida en el mundo y en México como un problema de salud pública. De manera importante, cuando el SAOS coexiste con una cardiopatía o enfermedad isquémica del corazón, se incrementa significativamente la probabilidad de falla cardíaca (Alva, 2009).

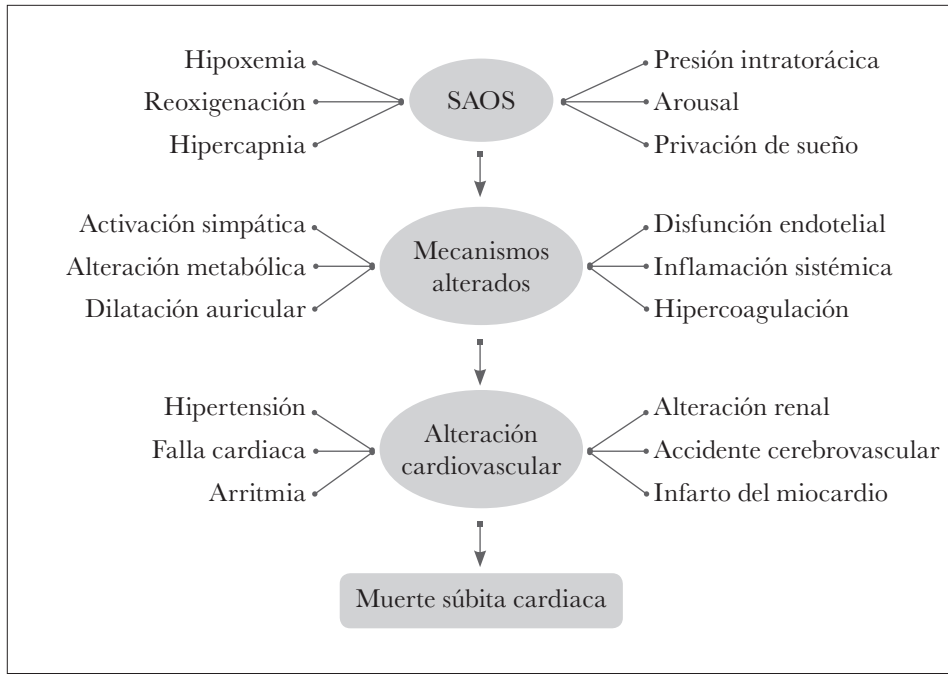
El SAOS y alteraciones cardiovasculares

El SAOS modifica el funcionamiento cardiorrespiratorio por medio de la hipoxemia, los micro despertares (*arousal*) y la presión intratorácica, entre otras, alterando los mecanismos que incluyen al metabólico, la actividad simpática, la inflamación sistémica, la dilatación auricular derecha, etcétera (figura 1), que conllevan alteraciones cardiovasculares e incrementan la muerte súbita cardíaca (Das y Khan, 2012; Torre-Bouscoulet, Meza-Vargas, Castorena-Maldonado y Pérez-Padilla, 2008). Tal como se muestra en la figura 1, el SAOS desencadena una serie de mecanismos que llevan a la alteración cardiovascular, incrementado el riesgo de muerte súbita durante la noche.

Hipoxemia. La disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en sangre arterial se conoce como *hipoxemia*, que es una condición muy frecuente en los pacientes con SAOS. Los periodos intermitentes de hipoxemia y retención de CO₂ es capaz de alterar la respuesta hemodinámica y autonómica del sueño en dichos pacientes. Los periodos agudos de hipoxemia pueden activar los mecanismos patofisiológicos que conducen a los eventos cardíacos nocturnos agudos (Foster, Poulin y Hanly, 2007).

Activación simpática. Los eventos obstructivos durante el sueño son terminados mediante la activación simpática o *arousal*, los cuales se acompañan con el incremento en ésta (Schulz, 2010). Las causas de la sobreactivación simpática sigue siendo incierta (Fletcher, 2003), aun cuando datos obtenidos tanto en animales como humanos sugieren que el ciclo intermitente de hipoxia (CIH) derivado del SAOS puede ser el puente para explicar la relación entre la obstrucción de la vía aérea superior durante el sueño y la activación simpática que se mantiene inclusive durante la vigilia (Gilmartin, Lynch, Tamisier y Weiss, 2010). La sobreactivación del sistema nervioso simpático explica en parte la presión arterial elevada que se observa en los pacientes con SAOS (Charkoudian y Rabbitts, 2009).

Figura 1. Relación entre el SAOS y la muerte súbita cardiaca.



Alteraciones sistémicas. Las alteraciones sistémicas son provocadas por el sobreesfuerzo ventilatorio que se genera en la lucha por respirar con una vía aérea obstruida. El esfuerzo inspiratorio para liberar la resistencia de la vía aérea durante el sueño puede ser mayor a la disnea que ocurre con el esfuerzo físico intenso en vigilia (Banzett, Pedersen, Schwarstein y Lansing, 2008). La presión intratorácica aumenta los gradientes transmurales, afectando la función de las aurículas, favoreciendo el crecimiento ventricular (Altintas, 2012; Baguet *et al.*, 2010; Wachter *et al.*, 2012) y el riesgo de disección aórtica (Hata *et al.*, 2012; Inami, Seino y Mizuno, 2012).

Hipertensión arterial. El SAOS se asocia con muchas enfermedades cardiovasculares, incluyendo arritmias e hipertensión (Doonan *et al.*, 2011; Haas *et al.*, 2005; Lurie, 2011a; Nieto *et al.*, 2000). El SAOS aumenta tres veces más el riesgo de hipertensión, independiente de la obesidad y otras comorbilidades (Peppard, Young, Palta y Skatrud, 2000). Por el contrario, el SAOS puede estar presente en 70% de los pacientes detectados inicialmente con hipertensión arterial resistente (Goncalves *et al.*, 2007; Logan *et al.*, 2001). La hipoxia intermitente, la estimulación de los quimiorreceptores, la activación simpática y del sistema renina-angiotensina se proponen como los principales mecanismos que relacionan el SAOS con la hipertensión (Das y Khan, 2012; Pedrosa, Krieger, Lorenzi-Filho

y Drager, 2011). Los cambios de presión intratorácica conducen a la activación excesiva del mecanismo del estrés sobre el corazón y las paredes de las arterias; la activación refleja simpática inducida por estos cambios genera aumentos repetitivos de la presión sanguínea (Kohler y Stradling, 2010).

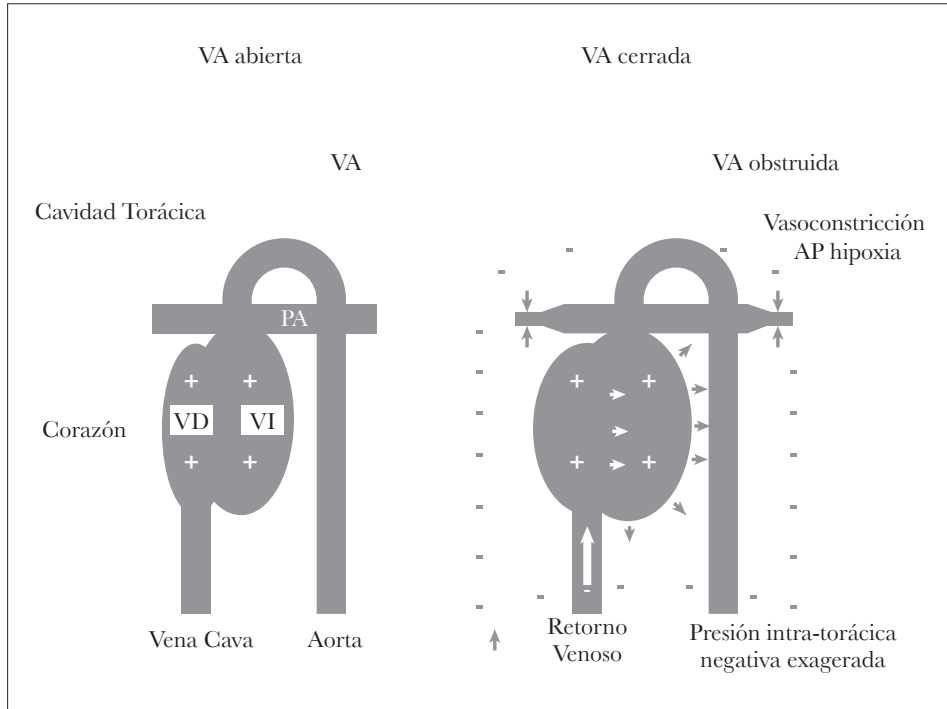
Disfunción endotelial. El endotelio se encuentra estratégicamente ubicado en la sangre y los tejidos, cuya disfunción indica una pérdida de las funciones homeostáticas de los vasos sanguíneos (Díaz Juárez y Flores Echavarría, 2006; Lurie, 2011b). En los pacientes con SAOS las hipoxias intermitentes conducen a los *arousal* y la desaturación de oxígeno/reoxigenación, facilitando la inflamación y el estrés oxidativo, que a su vez reducen la concentración de óxido nítrico, contribuyendo a la disfunción endotelial y en consecuencia a las alteraciones cardiovasculares (Lavie, 2012; Lui, Lam e Ip, 2012).

Cambios de presión intratorácica. El cierre de la vía aérea superior en los episodios de apneas genera cambios abruptos y repetitivos del esfuerzo inspiratorio, produciendo cambios negativos de presión intratorácica, que incrementan los gradientes transmurales a través de la aurícula, ventrículos y la arteria aorta (Baguet *et al.*, 2011; Saruhara *et al.*, 2012). De esta forma, los cambios de presión intratorácica provocan inestabilidad autonómica y hemodinámica, contribuyendo así al desarrollo de la fibrilación auricular y a falla cardíaca en los pacientes con SAOS (Gami y Somers, 2008; Loomba y Arora, 2012; Penzel *et al.*, 2012).

Isquemia del miocardio. La isquemia del miocardio es una condición en la que el flujo de sangre coronaria no es suficiente para mantener el metabolismo aeróbico del miocardio, instaurándose un metabolismo anaeróbico y en último término la muerte celular por falta de oxígeno. El SAOS precipita la isquemia del miocardio o IM (Kasai, 2012; Kim, Kuklov, Kehoe y Crystal, 2008; Verrier, Muller y Hobson, 1996), incrementando significativamente la probabilidad de muerte cardíaca súbita observada en las pacientes con SAOS (Lee *et al.*, 2011). La reoxigenación post-apneica y las hipoxias intermitentes son causas posibles de la isquemia del miocardio (Kasai, 2012; Kawanishi *et al.*, 2009).

Insuficiencia cardíaca. La disfunción diastólica y la insuficiencia cardíaca sistólica se encuentran muy relacionadas con el SAOS. Los eventos obstructivos pueden ocurrir cientos de veces durante el sueño, y en cada uno de ellos la presión intratorácica inspiratoria negativa ocasionada por la vía aérea (VA) superior ocluida aumenta la insuficiencia cardíaca en los pacientes con SAOS (véase la *Criterios diagnósticos para la apnea obstructiva en adultos*

Figura 2. Durante el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), la presión torácica negativa generada contra la vía aérea (VA) superior ocluida, aumenta la presión transmural (presión intracardiaca menos la intratorácica) y la postcarga del ventrículo izquierdo (VI). De igual forma aumenta el retorno venoso que incrementa la precarga del ventrículo derecho (VD). Por su parte, la hipoxia inducida por el SAOS causa vasoconstricción de la arteria pulmonar (AP) e hipertensión pulmonar. La distensión del VD y el desplazamiento hacia la izquierda del septum interventricular durante la diástole puede dificultar la precarga y llenado del VI y el volumen sistólico, ocasionando las fallas cardíacas.



El diagnóstico del SAOS es realizado mediante polisomnografía; en el cuadro 1 se presentan los criterios diagnósticos estándar. No obstante, los esfuerzos encaminados a mejorar la eficiencia en el tiempo, costos del diagnóstico y tratamiento del SAOS, han posibilitado el desarrollo de sistemas más simplificados, como la poligrafía respiratoria (Durán-Cantolla, 2010). Estos sistemas pueden ser útiles considerando el contexto económico de países como México (Torre-Bouscoulet *et al.*, 2007), aun cuando requieren de mayor investigación sobre sus alcances y limitaciones. El tamizaje mediante cuestionarios se ha incluido también como una herramienta útil en el proceso inicial de la detección del SAOS (Jiménez-Correa, Haro, González-Robles y Velázquez-Moctezuma, 2011; Massierer *et al.*, 2012; Romero-López, Ochoa-Vázquez, Mata-Marín, Ochoa-Jiménez y Rico-Méndez, 2011).

Cuadro 1. *Criterios para el diagnóstico del SAOS.*

Criterio A
<ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente se queja de episodios involuntarios de sueño durante la vigilia, de somnolencia diurna, fatiga, sueño no reparador o insomnio. 2. El paciente se despierta por falta de aire, jadeo o asfixia. 3. El compañero de cama reporta ronquidos fuertes, interrupciones en la respiración, o ambos, cuando el paciente está dormido. <p>El registro polisomnográfico presenta los siguientes indicadores:</p>
Criterios B
<ol style="list-style-type: none"> 1. Cinco o más eventos respiratorios por hora (hipo apneas, apneas o arousal relacionados con el esfuerzo respiratorio) de sueño. 2. Evidencia de esfuerzo respiratorio durante todo o una parte del evento.
Criterios C
<ol style="list-style-type: none"> 1. 15 ó más eventos respiratorios por hora (hipo apneas, apneas o arousal relacionados con el esfuerzo respiratorio) de sueño. 2. Evidencia de esfuerzo respiratorio durante todo o una parte del evento.
Criterio D
<ol style="list-style-type: none"> 1. El trastorno no se explica mejor por otro trastorno del dormir, por enfermedad médica, neurológico o por el uso/abuso de medicamentos u otras sustancias.

Tratamiento del SAOS y el papel de la psicología de la salud

El tratamiento de las alteraciones respiratorias del dormir incluye métodos como la cirugía o los dispositivos mandibulares (Castorena-Maldonado, Torre-Bouscoulet *et al.*, 2008; Labra, Huerta-Delgado, Gutiérrez-Sánchez, Cordero-Chacón y Basurto-Madero, 2008; Valencia-Flores *et al.*, 2004); sin embargo, el uso de presión aérea positiva continua (CPAP, por su siglas en inglés) hasta ahora es el método más eficaz para el tratamiento del SAOS (Loube *et al.*, 1999). El tratamiento del SAOS con CPAP es útil sólo para la noche que se utiliza, mejorando la condición respiratoria mientras la persona está dormida, lo que permite aumentar la eficiencia del sueño; no obstante, algunos pacientes tienen dificultades para adherirse a este tratamiento, lo que disminuye su eficacia, razón por la cual la psicología de la salud viene a jugar un papel de enorme importancia.

En este sentido, el CPAP representan un tratamiento efectivo pero con porcentajes de adhesión muy variables (Shapiro y Shapiro, 2010). El tratamiento del SAOS con CPAP reduce la presión sanguínea, las arritmias, la somnolencia diurna, mejora la función ventricular izquierda y el funcionamiento cognoscitivo. Sin embargo, el CPAP solo “cura” a los pacientes mientras lo usan y muchos de ellos tienen notoriamente una dificultad para aceptar su uso. Es por esto que el paciente con SAOS, además de recibir el tratamiento fisiológico, requiere de

intervención educativa y psicológica. La intervención en diferentes niveles parece ser clave en la adhesión al tratamiento con *CPAP*.

Factores asociados a la adhesión al CPAP

Datos sobre la adhesión al *CPAP* indican que la etapa inicial del tratamiento, al menos en la primera semana, es un periodo crítico en el cual los pacientes deciden si continuarán o no usando aquél (Aloia, Arnedt, Stanchina y Millman, 2007). Los pacientes que usan el *CPAP* en las etapas iniciales del tratamiento tienen mayor probabilidad de adherirse al tratamiento y continuar con su uso en el largo plazo (Somiah *et al.*, 2012). Esto sugiere, como requisito indispensable, identificar a los pacientes recién diagnosticados que tiene pocas probabilidades de usar el *CPAP* en las etapas iniciales del tratamiento.

De este modo, las intervenciones previas y al inicio del tratamiento con estos pacientes pueden ayudarles a aumentar la adhesión al *CPAP* y continuar su uso en el largo plazo. Los programas de educación al inicio del tratamiento del SAOS parecen ser claves para la adhesión al *CPAP* (Epstein *et al.*, 2009), si bien el uso del *CPAP* se sabe va decreciendo con el paso del tiempo (La Piana *et al.*, 2011), lo que viene a plantear la necesidad de definir el contenidos de los programas que mejoran la adhesión, incluyendo su uso en el largo plazo.

Con relación a las características del SAOS, se han identificado algunas variables asociadas con su uso. Se ha encontrado, por ejemplo, que los pacientes tienen mayor probabilidad de usar el *CPAP* cuando presentan un índice de hipo apneas y apneas más elevado, somnolencia diurna e índices bajos de la saturación de oxihemoglobina nocturna (Bollig, 2010). Probablemente la adhesión al *CPAP* en este grupo de pacientes se deba a que los efectos positivos del tratamiento son más evidentes, comparado con pacientes que presentan niveles leves o moderados de hipo apneas o apneas. En este sentido, se cree que los pacientes con índice más altos en ambas pueden distinguir mejor la reducción de los síntomas clínicos posterior al tratamiento con *CPAP*, por lo que mantienen su uso por más tiempo.

En México, además de considerar los aspectos mencionados anteriormente, se puede asegurar que la adquisición del *CPAP* es un primer obstáculo a superar, como lo sugiere un estudio realizado con 304 pacientes de un hospital de referencia pública. En éste se reporta que la mitad de estos pacientes, a quienes se les prescribió el uso del *CPAP*, no adquirió su equipo de tratamiento. Los pacientes que sí lo adquirieron (55%) fueron identificados con los índices más graves de hipo apnea y apnea, además de que contaron con el apoyo de la seguridad social para adquirir el equipo. El tiempo promedio para adquirir su equipo fue de mes y medio. No obstante, la mayoría (80%) de los pacientes que adquirió su equipo continuó con su uso, incluso hasta 34 meses después (Torre-Bouscoulet *et*

al., 2007). Por otra parte, también es importante tener en cuenta que la mitad de los pacientes que adquieren el *CPAP* se quejaron de molestias relacionadas con su uso; por ejemplo, se quejaron de congestión nasal, boca reseca o irritación en la piel. A este grupo de pacientes se le puede ayudar a mantener la adhesión al tratamiento en la medida en que reciben orientación sobre su problema, la cual se enfoca en aumentar su conocimiento sobre el funcionamiento y cuidados en el uso del *CPAP*.

Otros aspectos que se deben tomar en cuenta sobre la adhesión al tratamiento del SAOS, tiene que ver con la instrumentación de nuevas tecnologías en los equipos de *CPAP*—como por ejemplo los equipos automáticos de valoración y las unidades bi nivel—, así como el diseño y materiales utilizados en las mascarillas, que mejoran la comodidad en el paciente, haciendo más amigable el uso (Glazer Baron, Gunn, Czajkowski, Smith y Jones, 2012; Shapiro y Shapiro, 2010).

Adicionalmente al esfuerzo para identificar las características propias del SAOS, a efecto de mejorar su tratamiento, algunas investigaciones se han enfocado en las características de personalidad que pueden influir tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las alteraciones respiratorias durante el sueño (Moran, Everhart, Davis, Wuensch, Lee, Demaree *et al.*, 2011). Estas investigaciones sugieren que la hipocondriasis y la psicopatía son dos características de personalidad frecuentemente asociadas con el SAOS, y que por sí mismas modifican el funcionamiento diurno de estos pacientes (Aikens, Caruana-Montaldo, Vanable, Tadimetri y Mendelson, 1999; Ekici, Ekici, Oğuztürk, Karaboğa, Cimen y Senturk, 2012; Hayashida *et al.*, 2007).

De igual forma, los trastornos del estado de ánimo, principalmente la depresión, también pueden ser identificados en los pacientes con alteraciones respiratorias durante el sueño. La depresión es considerada como factor independiente que incrementa la fatiga (Sforza, de Saint Hilaire, Pelissolo, RoCHAT e Ibanez, 2002) y la somnolencia (Pamidi, Knutson, Ghods y Mokhlesi, 2011), junto con los síntomas propios del paciente con SAOS. La identificación de las características de personalidad y del estado de ánimo y su tratamiento, adicional al tratamiento del SAOS, puede reducir por los síntomas diurnos como la fatiga y la somnolencia reportada en este grupo de pacientes (Bardwell, Ancoli-Israel y Dimsdale, 2007; Harris, Glozier, Ratnavadivel y Grunstein, 2009; Li, Huang, Chen, Fang, Liu y Wang, 2004).

Un segundo grupo de factores asociados con las características psicológicas del paciente y que repercuten en la adhesión al *CPAP* son los cognoscitivos (Poulet, Veale, Arnol, Lévy, Pepin y Tyrrell, 2009), es decir, la percepción y el significado que tienen justamente sobre el uso del *CPAP*, lo cuales juegan un papel clave en la decisión de usarlo o evitarlo (Sawyer, Deatrck, Kuna y Weaver, (2010).

Estos factores cognoscitivos incluyen el análisis que el paciente hace sobre las expectativas que tiene de los resultado, la percepción de su autoeficacia, del

apoyo social, el conocimiento específico que tiene sobre el SAOS y el *CPAP*, el balance en la toma de decisiones y la flexibilidad psicológica para la apertura al cambio (Baron, Berg, Czajkowski, Smith, Gunn y Jones, 2011; Glazer Baron *et al.*, 2012; Sawyer *et al.*, 2010; Sawyer *et al.*, 2011; Tzischinsky, Shahrabani y Peled, 2011).

En suma, los esquemas cognoscitivos juegan un papel importante en la adhesión al tratamiento del SAOS mediante el *CPAP* (Poulet *et al.*, 2009; Richards, Bartlett, Wong, Malouff y Grunstein, 2007). A continuación se presentan dos propuestas teóricas útiles para predecir la adhesión al *CPAP*.

Mensajes con encuadre positivo y negativo

Desde la teoría cognoscitiva de la salud, una manera de influir directamente en la toma de decisión para el uso de *CPAP* es mediante el encuadre de los mensajes que se les dan a los pacientes sobre el uso del *CPAP*. En este sentido, la información puede ser presentada dentro de un encuadre positivo (en términos de ganancias) o negativo (en términos de pérdidas) sobre el uso o no del *CPAP*, respectivamente (Tversky, Amos y Kahneman, 1991). La Teoría Prospectiva (TP) establece que las personas modifican su posición actual respecto de un evento, en términos de las potenciales ganancias o pérdidas. Ambas opciones no tienen el mismo peso emocional, pues la intensidad del desagrado ante una pérdida supera la intensidad del agrado por una potencial ganancia. Bajo este esquema, la TP predice que en situaciones con un punto de partida neutral, la preferencia por opciones con resultados inciertos y que implican riesgos se ve influida por el encuadre dentro del cual se presenta la información.

Si una situación actual es considerada una ganancia, la decisión es más reacia al riesgo con el fin de evitar una pérdida. Por otra parte, si la situación actual es considerada como una pérdida, la decisión se inclina a aceptar el riesgo para tratar de recuperar lo que se ha perdido. En el caso de la adhesión al *CPAP*, si los pacientes no perciben que el tratamiento sea importante o esté asociado con un tipo de pérdida, difícilmente lo usarán.

Es decir, el paciente no se adhiere cuando la información sobre el tratamiento no es coherente o no se incluyen las consecuencias por no usar el *CPAP* (Trupp, Corwin, Ahijevych y Nygren, 2012). La TP aplicada a la adhesión al tratamiento del SAOS sugiere que la toma de decisión para usar el *CPAP* se ve influida por la forma como se le presenta la información al paciente. Presentar la información en términos de consecuencias (mensajes negativos) por no usar el *CPAP* aumenta la posibilidad de la adhesión (Trupp *et al.*, 2012). En el cuadro 2 se presentan algunos ejemplos de mensajes con encuadre positivo y negativo.

Cuadro 2. *Mensajes educativos enmarcados positiva o negativamente sobre el uso del CPAP*

Mensajes positivos:
Si usted usa el CPAP al menos cuatro horas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminuirá su somnolencia durante el día y le dará más energía. 2. Tendrá beneficios que puede salvar su vida. 3. Puede ayudarlo a reducir la presión arterial. 4. Disminuye el riesgo de insuficiencia cardiaca.
Mensajes negativos:
Si usted no usa el CPAP al menos cuatro horas:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Seguirá somnoliento y sin energía. 2. No está tratando su SAOS y puede costarle la vida. 3. Pierde la oportunidad de disminuir su presión arterial. 4. Aumenta la probabilidad de empeore su insuficiencia cardiaca.

Creencias irracionales

Las creencias irracionales forman parte del modelo teórico de Ellis (1958), quien propone que las representaciones mentales y las creencias son los agentes causales del comportamiento. En este sentido, las creencias en cierto grado pueden ser racionales o irracionales; las primeras se caracterizan por pensamientos que favorecen el bienestar de la persona e incluyen pensamientos en los cuales las situaciones aversivas son evaluadas de forma flexible, tolerante y con la capacidad de aceptación de sí mismo o de la situación. Por el contrario, los pensamientos irracionales se caracterizan por estar asociados con el origen de las alteraciones emocionales, conductuales e interpersonales, que incluyen esquemas psicológicos exigentes, absolutistas e inflexibles. Los autores del presente trabajo proponemos que las creencias sobre el uso del *CPAP*, teóricamente nos predice la disposición de los pacientes para adquirir el equipo y adherirse al tratamiento. Por consiguiente, los pacientes con creencias irracionales sobre el *CPAP*, como por ejemplo: “es insoportable y terrible el *CPAP* que nunca podré usarlo”, iniciarán con una barrera psicológica que les impide aceptar la situación y ser flexibles en la posibilidad de usar paulatinamente el *CPAP*. No obstante, las creencias irracionales sobre el uso del *CPAP* pueden ser identificadas, permitiendo reorientar a los pacientes hacia pensamientos alternativos, más realistas, tolerables y flexibles. En el cuadro 3 se presenta un listado de creencias irracionales identificadas comúnmente en la práctica clínica.

Una hipótesis de trabajo futura, que tendrá que ser demostrada, es que este grupo de pacientes probablemente tenga más creencias irracionales, en parte porque las bases neuropsicológicas que sirven de plataforma para el desarrollo del pensamiento flexible, científico y realista se ven alteradas como consecuencia del SAOS.

Cuadro 3. *Creencias irracionales sobre el uso del CPAP y sus alternativas*

Creencia irracional	Alternativa
Todavía no acepto totalmente que deba usar el CPAP.	Aunque inicialmente no me gustaba la idea, decidí que voy a usar el CPAP regularmente.
Usar el CPAP es algo que a mí no me debería pasar.	Ya entendí que no hay razón para negar que el CPAP está presente en mi vida.
Usar el CPAP me hace pensar que valgo menos que los demás.	Los que usamos el CPAP tenemos el mismo valor que los demás.
Es horrible saber o pensar que tengo que usar el CPAP.	Aunque es incómodo usar el CPAP al principio, no es horrible usarlo o pensar en eso.
Es insoportable saber que tengo que usar el CPAP. BTF.	Usar el CPAP es incómodo pero no es insoportable.
Los demás me rechazarán cuando sepan que tengo que usar el CPAP.	No creo que los demás me critiquen o desapruében por usar el CPAP y si fuese así, lo seguiría usando.
Es mi culpa tener que usar el CPAP.	Tener que usar el CPAP no es algo de lo que me siento culpable, es incómodo pero me ayuda a ser más sano.
Yo no debería sentirme molesto o culparme por usar el CPAP.	Aunque alguna vez me sintiera molesto o culpable de tener que usar el CPAP, lo seguiré usando pues me conviene por salud.
Estoy molesto conmigo porque no soy como los demás que no tienen que usar el CPAP.	Aunque a diferencia de la mayoría uso el CPAP, no estoy molesto conmigo por ello.
	Otros pensamientos alternativos que pueden ayudar a paciente.
	Puedo soportar que tenga que usar el CPAP, aunque sé que puede ser difícil o incómodo.
	Realmente quisiera no usar el CPAP, pero acepto que las cosas no siempre son como yo lo deseo.
	Es desagradable y desafortunado saber que tengo que usar el CPAP, pero no es terrible.

Cambios neuropsicológicos asociados con el SAOS

Diferentes estudios indican que el SAOS altera el funcionamiento cognoscitivo, afectando procesos tales como: la atención, el alertamiento, la memoria, el rendimiento psicomotor y las funciones ejecutivas. Se cree que la somnolencia diurna y la hipoxemia asociadas con el SAOS pueden ser los factores que alteran las funciones cognoscitivas, aunque también se ha propuesto que las alteraciones comorbidas al SAOS, como las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y la inactividad física, pueden ser factores más importantes que la apnea del sueño por sí misma en los cambios del funcionamiento cognoscitivo (Lim y Veasey, 2010; Sforza y Roche, 2012).

Un estudio tipo metaanálisis indica que el SAOS afecta los niveles de atención/vigilia, la memoria visual y verbal a largo plazo, las habilidades visoespaciales y construccionales, así como las funciones ejecutivas. Por otra parte, los datos parecen ser ambiguos sobre los efectos en la memoria de trabajo, memoria a corto plazo y el funcionamiento cognoscitivo global. La disminución de la atención/vigilia parece estar asociada con la fragmentación del sueño y el funcionamiento cognoscitivo global con la hipoxemia. El tratamiento del SAOS mejora la disfunción ejecutiva, la atención/vigilia, la memoria visual y verbal a largo plazo, de igual manera que el funcionamiento ejecutivo global (Bucks, Olaithe y Eastwood, 2012).

Las creencias racionales e irracionales son procesos cognoscitivos asociados con las funciones ejecutivas. La psicología ha puesto interés en las repercusiones del SAOS sobre éstas, las cuales se refieren a la capacidad de organizar, mantener en “mente” y desarrollar un objetivo, con una aproximación flexible a la solución de problemas, así como a las características individuales para adaptar las habilidades básicas a los ambientes externos complejos y cambiantes; las funciones ejecutivas se encuentran relacionadas con la actividad de la corteza prefrontal. Esta área del cerebro también es más vulnerable al SAOS, presentando cambios químicos y estructurales (Gozal, Capdevila y Kheirandish-Gozal 2008), que se relacionan con alteraciones en las funciones ejecutivas. Bajo estas condiciones disminuye la capacidad para aplicar funcionalmente las habilidades cognoscitivas, facilitando las condiciones para aparición de las creencias irracionales.

Medidas generales en el tratamiento del SAOS

La pérdida de peso es en primera instancia la recomendación más acertada para los pacientes, pues reducciones de 5 al 10% ayudan a disminuir los índices de hipo apneas y apneas, además de mejorar la sintomatología. No obstante, la disminución del peso implica un cambio en los hábitos alimenticios y en la actividad

física, que en la mayoría de los casos los pacientes no se comprometen a realizar. Puesto que es una estrategia con amplias repercusiones positivas sobre la salud, es un objetivo al que no se debe renunciar y al que se deben impulsar medidas más enérgicas para su consecución. Otras incluyen evitar los sedantes e hipnóticos que pueden agravar el problema de SAOS; asimismo, evitar el consumo de alcohol y tabaco, que favorecen y agudizan el problema del SAOS, especialmente cuando se consumen en las horas previas a dormir. Algunos pacientes presentan los eventos obstructivos sólo cuando adoptan la posición de decúbito supino, si bien todos los pacientes con SAOS presentan problemas más graves debido a esa posición; en estos pacientes se sugiere adoptar la posición lateral o elevar la cabecera de la cama (Durán-Cantolla, 2010).

Referencias

- Aikens, J. E., B. Caruana-Montaldo, P. A. Vanable, L. Tadimeti y W. B. Mendelson (1999), “MMPI Correlates of Sleep and Respiratory Disturbance in Obstructive Sleep Apnea”, *Sleep*, 22, pp. 362-369.
- Aloia, M. S., J. T. Arnedt, M. Stanchina y R. P. Millman (2007), “How Early in Treatment is PAP Adherence Established? Revisiting Night-to-night Variability”, *Behavioral Sleep Medicine*, 5, pp. 229-240.
- Altintas, N., E. Aslan, A. Helvacı y A. Malhotra (2012), “Relationship Between Obstructive Sleep Apnea Severity Index and Left Ventricular Function and Volume”, *Annals of Saudi Medicine*, 32, pp. 384-390.
- Alva, P. J. (2009), “Consecuencias Metabólicas y Cardiovasculares del Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño”, *Medicina Interna de México*, 25, pp. 116-128.
- American Academy of Sleep Medicine (2005), “*The International Classification of Sleep Disorders*”, *Diagnostic and Coding Manual* (2nd Edition) Westchester, Barone-Rochette, P. Lévy, E. Vautrin, H. Pierre, O. Ormezzano y J. L. Pepin (2010), “Left Ventricular Diastolic Dysfunction is Linked to Severity of Obstructive Sleep Apnoea”, *European Respiratory Journal*, 36, pp. 1323-1329.
- , C. Minville, R. Tamisier, F. Roche, G. Barone-Rochette, O. Ormezzano y J. L. Pepin (2011), “Increased Aortic Root Size is Associated with Nocturnal Hypoxia and Diastolic Blood Pressure in Obstructive Sleep Apnea”, *Sleep*, 34, pp. 1605-1607.
- Banzett, R. B., S. H. Pedersen, R. M. Schwarstein y R. W. Lansing (2008), “The Affective Dimension of Laboratory Dyspnea. Air Hunger is More Unpleasant than Work/effort”, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, pp. 1384-1390.

- Bardwell, W. A., S. Ancoli-Israel y J. E. Dimsdale (2007), "Comparison of the Effects of Depressive Symptoms and Apnea Severity on Fatigue in Patients with Obstructive Sleep Apnea: A Replication Study", *Journal of Affective Disorders*, 97, pp. 181-186.
- Baron, K. G., C. A. Berg, L. A. Czajkowski, T. W. Smith, H. E. Gunn y C. R. Jones (2011), "Self-efficacy Contributes to Individual Differences in Subjective Improvements Using CPAP", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 599-606.
- Bollig, S. M. (2010), "Encouraging CPAP Adherence: It is Everyone's Job", *Respiratory Care*, 55, pp. 1230-1239.
- Bucks, R. S., M. Olaithe y P. Eastwood (2012), "Neurocognitive Function in Obstructive Sleep Apnea—A Meta-review", *Respirology*, 17 (Published Online: 23 August 2012).
- Castorena-Maldonado, A., L. Torre-Bouscoulet, S. Meza-Vargas, J. C. Vázquez-García, E. López-Escárcega y R. Pérez-Padilla (2008), "Preoperative Continuous Positive Airway Pressure Compliance in Children with Obstructive Sleep Apnea Syndrome: Assessed by a Simplified Approach", *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 72, pp. 1795-800.
- Charkoudian, N. y J. A. Rabbitts (2009), "Sympathetic Neural Mechanisms in Human Cardiovascular Health and Disease", *Mayo Clinical Proceedings*, 84, pp. 822-830.
- Das, A. M. y M. Khan (2012), "Obstructive Sleep Apnea and Stroke", *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 10, pp. 525-535.
- De la Llata-Romero, M., A. Castorena-Maldonado, M. Corsi-Cabrera, M. Díaz, R. Haro-Valencia, A. Jiménez-Genchi y J. Velazquez-Moctezuma (2011), "Sleep Medicine: Development, Contributions and Perspectives: Report of the Work Group on Sleep Medicine", *Revista de Investigación Clínica*, 63, pp. 90-99.
- Díaz Juárez, J. A. y R. Flores Echavarría (2006), "Disfunción Endotelial: Aspectos Fisiológicos y Clínicos del Endotelio", *Revista de Ciencias Clínicas*, 7, pp. 64-72.
- Doonan, R. J., P. Scheffler, M. Lalli, R. J. Kimoff, E. T. Petridou, M. E. Daskalopoulo y S. S. Daskalopoulo (2011), "Increased Arterial Stiffness in Obstructive Sleep Apnea: A Systematic Review", *Hypertension Research*, 34, pp. 23-32.
- Durán Cantolla, J. (2010), "Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño". En L. A. Arata y C. M. Franceschini (Eds.) *Ventilación Mecánica* (pp. 168-177). Buenos Aires, Journal.
- Ekici, A., M. Ekici, O. Oğuztürk, I. Karaboğa, D. Cimen y E. Senturk (2012), "Personality Profiles in Patients with Obstructive Sleep Apnea", *Sleep and Breathing*, 16 (Published Online: 25 March 2012).

- Ellis, A. (1958), "Rational Psychotherapy", *Journal of General Psychology*, 59, pp. 35-49.
- Epstein, L.J., D. Kristo, P.J. Strollo, N. Friedman, A. Malhotra, S. P. Patil y M. D. Weinstein (2009), "Clinical Guideline for the Evaluation, Management and Long-term Care of Obstructive Sleep Apnea in Adults", *Journal of Clinical Sleep*, 5, pp. 263-276.
- Fletcher, E. C. (2003), "Sympathetic Over Activity in the Etiology of Hypertension of Obstructive Sleep Apnea", *Sleep*, 1, pp. 15-19.
- Foster, G. E., M. J. Poulin y P. J. Hanly (2007), "Intermittent Hypoxia and Vascular Function: Implications for Obstructive Sleep Apnea", *Experimental Physiology*, 92, pp. 51-65.
- Gami, A. S. y V. K. Somers (2008), "Implications of Obstructive Sleep Apnea for Atrial Fibrillation and Sudden Cardiac Death", *Journal of Cardiovascular Electrophysiology*, 19, pp. 997-1003.
- Gilmartin, G. S., M. Lynch, R. Tamisier y J. W. Weiss (2010), "Chronic Intermittent Hypoxia in Humans During 28 Nights Results in Blood Pressure Elevation and Increased Muscle Sympathetic Nerve Activity", *American Journal of Physiology and Heart Circulatory Physiology*, 299, pp. 925-931.
- Glazer Baron, K., H. E. Gunn, L. A. Czajkowski, T. W. Smith y C. R. Jones (2012), "Spousal Involvement in CPAP: Does Pressure Help?", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15, pp. 147-153.
- Goncalves, S., D. Martinez, M. Gus, O. de Abreu-Silva, C. Bertoluci, I. Dutra, y F. D. Fuchs (2007), "Obstructive Sleep Apnea and Resistant Hypertension: A Case Control Study", *Chest*, 132, pp. 1858-1862.
- Gozal, D., A. S. Capdevila y L. Kheirandish-Gozal (2008) "Metabolic Alterations and Systemic Inflammation in Obstructive Sleep Apnea among Non-obese and Obese Prepubertal Children", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, pp. 1142-1149.
- Haas, D. C., G. L. Foster, F. J. Nieto, S. Redline, H. E. Resnick, J. A. Robbins y T. G. Pickering (2005), "Age-dependent Associations between Sleep-disordered Breathing and Hypertension: Importance of Discriminating between Systolic/diastolic Hypertension and Isolated Systolic Hypertension in the Sleep Heart Health Study", *Circulation*, 111, pp. 614-621.
- Harris, M., N. Glozier, R. Ratnavadivel y R. R. Grunstein (2009), "Obstructive Sleep Apnea and Depression", *Sleep Medicine Reviews*, 13, pp. 437-444.
- Hata, M., I. Yoshitake, S. Wakui, S. Unosawa, K. Takahashi, H. Kimura y M. Shiono (2012), "Sleep Disorders and Aortic Dissection in a Working Population", *Surgery Today*, 42, pp. 403-405.
- Hayashida, K., Y. Inoue, S. Chiba, T. Yagi, M. Urashima Y. Honda y H. Hito (2007), "Factors Influencing Subjective Sleepiness in Patients with Obstructive Sleep Apnea Syndrome", *Psychiatry Clinical Neurosciences*, 61, pp. 558-563.

- Inami, T., Y. Seino y K. Mizuno (2012), "Untreated Severe Obstructive Sleep Apnoea and Development of Acute Aortic Dissection", *BMJ Case Reports* (Published Online: 21 June 2012).
- Jiménez-Correa, U., R. Haro, R. O. González-Robles y J. Velázquez-Moctezuma (2011), "How is the Epworth Sleepiness Scale Related with Subjective Sleep Quality and Polysomnographic Features in Patients with Sleep-disordered Breathing?", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 513-518.
- Kasai, T. (2012), "Sleep Apnea and Heart Failure", *Journal of Cardiology*, 60, pp. 78-85.
- , y D. Bradley, (2011), "Obstructive Sleep Apnea and Heart Failure: Pathophysiologic and Therapeutic Implications", *Journal of the American College of Cardiology*, 57, pp. 119-127.
- Kawanishi, Y., T. Ito, N. Okuda, N. Emura, T. Hayashi, R. Futai y Y. Kitaura (2009), "Alteration of Myocardial Characteristics and Function in Patients with Obstructive Sleep Apnea", *International Journal of Cardiology*, 133, pp. 129-131.
- Kim, S. J., A. Kuklov, R. F. Kehoe y G. J. Crystal (2008), "Sleep-induced Hypotension Precipitates Severe Myocardial Ischemia", *Sleep*, 31, pp. 1215-1220.
- Kohler, M. y J. R. Stradling (2010), "Mechanisms of Vascular Damage in Obstructive Sleep Apnea", *National Review of Cardiology*, 7, pp. 677-685.
- La Piana, G. E., A. Scartabellati, L. Chiesa, L. Ronchi, P. Raimondi, M. A. Carro y S. Aiolfi (2011), "Long-term Adherence to CPAP Treatment in Patients with Obstructive Sleep Apnea: Importance of Educational Program", *Patient Preference and Adherence*, 5, pp. 555-562.
- Labra, A., A. D. Huerta-Delgado, C. Gutiérrez-Sánchez, S. A. Cordero-Chacón y P. Basurto-Madero (2008), "Uvulopalatopharyngoplasty and Uvulopalatal Flap for the Treatment of Snoring: Technique to Avoid Complications", *Journal of Otolaryngology Head and Neck Surgery*, 37, pp. 256-269.
- Lavie, L. (2012), "Oxidative Stress Inflammation and Endothelial Dysfunction in Obstructive Sleep Apnea", *Frontiers in Bioscience*, 1, pp. 1391-1403.
- Lee, C. H., S. M. Khoo, M. Y. Chan, H. B. Wong, A. F. Low, Q. H. Phua y T. C. Yeo (2011), "Severe Obstructive Sleep Apnea and Outcomes Following Myocardial Infarction", *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 15, pp. 616-621.
- Leger, D., V. Bayon, J. P. Laaban y P. Philip (2011), "Impact of Sleep Apnea on Economics", *Sleep Medicine Reviews*, 30, pp. 1-8.
- Li, H. Y., Y. S. Huang, N. H. Chen, T. J. Fang, C. Y. Liu y P. C. Wang (2004), "Mood Improvement after Surgery for Obstructive Sleep Apnea", *Laryngoscope*, 114, pp. 1098-1102.
- Lim, D. C. y S. C. Veasey (2010), "Neural Injury in Sleep Apnea", *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 10, pp. 47-52.

- Logan, A. G., S. M. Perlikowski, A. Mente, A. Tisler, R. Tkacova, M. Niroumand y T. D. Bradley (2001), "High Prevalence of Unrecognized Sleep Apnoea in Drug-resistant Hypertension", *Journal of Hypertension*, 119, pp. 2271-2277.
- Loomba, R. S. y R. Arora (2012), "Obstructive Sleep Apnea and Atrial Fibrillation: A Call for Increased Awareness and Effective Management", *American Journal of Therapy*, 19, pp. 21-24.
- Loube, D. I., P. C. Gay, K. P. Strohl, A. I. Pack, D. P. White y N. A. Collop (1999), "Indications for Positive Airway Pressure Treatment of Adult Obstructive Sleep Apnea Patients: A Consensus Statement", *Chest*, 115, pp.863-866.
- Lui, M. M., D. C. Lam y M. S. Ip (2012), "Significance of Endothelial Dysfunction in Sleep-related Breathing Disorder", *Respirology*, 17 (Published Online: 19 June 2012).
- Lurie A. (2011a), "Cardiovascular Disorders Associated with Obstructive Sleep Apnea", *Advances in Cardiology*, 46, pp. 197-266.
- Lurie, A. (2011b), "Endothelial Dysfunction in Adults with Obstructive Sleep Apnea", *Advances in Cardiology*, 46, pp. 139-170.
- Mannarino, M. R., F. Di Filippo y M. Pirro (2012), "Obstructive Sleep Apnea Syndrome", *European Journal of Internal Medicine*, 23, pp. 586-593.
- Massierer, D., D. Martinez, S. C. Fuchs, P. P. Pellin, M. S. Garcia, A. L. Zacharias y F. D. Fuchs (2012), "Obstructive Sleep Apnea, Detected by the Berlin Questionnaire: An Associated Risk Factor for Coronary Artery Disease", *Cadernos de Saúde Pública*, 28, pp. 1530-1538.
- Moran, A. M., D. E. Everhart, C. E. Davis, K. L. Wuensch, D. O. Lee y H. A. Demaree (2011), "Personality Correlates of Adherence with Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 687-694.
- Nieto, F. J., T. B. Young, B. K. Lind, E. Shahar, J. M. Samet, S. Redline y T. D. Pickering (2000), "Association of Sleep-disordered Breathing, Sleep Apnea and Hypertension in a Large Community-based Study. Sleep Heart Health Study", *Journal of the American Medical Association*, 283, pp. 1829-1836.
- Pamidi, S., K. L. Knutson, F. Ghods y B. Mokhlesi (2011), "Depressive Symptoms and Obesity as Predictors of Sleepiness and Quality of Life in Patients with REM-related Obstructive Sleep Apnea: Cross-sectional Analysis of a Large Clinical Population", *Sleep* 12, pp. 827-831.
- Penzel, T., S. Sogorski, J. Zelmer, I. Fietze, T. Vogtmann, G. Baumann y C. Schöbel (2012), "Sleep-disordered Breathing and Atrial Fibrillation", *Herzschrittmacherther Elektrophysiologie*, 23, pp. 14-21.
- Pedrosa, R.P., E. M. Krieger, G. Lorenzi-Filho y L. F. Drager (2011), "Recent Advances of the Impact of Obstructive Sleep Apnea on Systemic Hypertension", *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 97, pp. 40-47.

- Peppard, P.E., T. Young, M. Palta y J. Skatrud (2000), "Prospective Study of the Association between Sleep-disordered Breathing and Hypertension", *New England Journal of Medicine*, 342, pp. 1378-1384.
- Philip, P., P. Sagaspe, E. Lagarde, D. Leger, M. M. Ohayon, B. Bioulac y J. Taillard (2010), "Sleep Disorders and Accidental Risk in a Large Group of Regular Registered Highway Drivers", *Sleep Medicine Reviews*, 11, pp. 973-979.
- Phillipson, E. A. (1993), "Sleep apnea. A mayor Public Health Problem", *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 1271-1273.
- Poulet, C., D. Veale, N. Arnol, P. Lévy, J. L. Pepin y J. Tyrrell (2009), "Psychological Variables as Predictors of Adherence to Treatment by Continuous Positive Airway Pressure", *Sleep Medicine Reviews*, 10, pp. 993-999.
- Rajagopalan, N. (2012), "Obstructive Sleep Apnea: Not just a Sleep Disorder", *Journal of Postgraduate Medicine*, 57, pp. 168-175.
- Rautureau, Y. y E. L. Schiffrin (2012), "Endothelin in Hypertension: An Update", *Current Opinion in Nephrology and Hypertension*, 21, pp. 128-136.
- Richards, D., D. J. Bartlett, K. Wong, J. Malouff y R. R. Grunstein (2007), "Increased Adherence to CPAP with a Group Cognitive Behavioral Treatment Intervention: A Randomized Trial", *Sleep*, 30, pp. 635-640.
- Romero-López, Z., M. D. Ochoa-Vázquez, J. A. Mata-Marín, L. G. Ochoa-Jiménez y F. G. Rico-Méndez (2011), "Development and Validation of a Questionnaire to Identify Patients with Sleep Apnea in Mexican Population: Mexican Questionnaire to Identify Sleep Apnea", *Sleep and Breathing*, 15, pp. 113-119.
- Ronald, J., K. Delaive, L. Roos, J. Manfreda, A. Bahammam y M. H. Kryger (1999), "Health Care Utilization in the 10 Years Prior to Diagnosis in Obstructive Sleep Apnea Patients", *Sleep*, 2, pp. 225-229.
- Saruhara, H., Y. Takata, Y. Usui, K. Shiina, Y. Hashimura, K. Kato y A. Yamashina (2012), "Obstructive Sleep Apnea as a Potential Risk Factor for Aortic Disease", *Heart Vessels*, 27, pp. 66-73.
- Sawyer, A. M., A. Canamucio, H. Moriarty, T. E. Weaver, K. C. Richards y S. T. Kuna (2011), "Do Cognitive Perceptions Influence CPAP Use?", *Patient Education and Counseling*, 85, pp.85-91.
- , J. A. Deatrck, S. T. Kuna y T. E. Weaver (2010), "Differences in Perceptions of the Diagnosis and Treatment of Obstructive Sleep Apnea and Continuous Positive Airway Pressure Therapy among Adherers and no Adherers", *Quality of Health Research*, 20, pp. 873-892.
- Schulz, R. (2010), "Obstruction of the Upper Airways in Humans and Animal Models", *Pneumologie*, 64, pp. 447-449.
- Sforza, E., Z. de Saint Hilaire, A. Pelissolo, T. Rochat y V. Ibanez (2002), "Personality, Anxiety and Mood Traits in Patients with Sleep-related Breathing disorders: Effect of Reduced Daytime Alertness", *Sleep Medicine Reviews*, 2, pp. 139-145.

- , y F. Roche (2012), “Sleep Apnea Syndrome and Cognition”, *Frontiers in Neurology Sleep and Chronobiology*, 3, p. 87 (Published Online: 27 May 2012).
- Shapiro, G. K. y G. M. Shapiro (2010), “Factors that Influence CPAP Adherence: An Overview”, *Sleep and Breathing*, 14, pp. 323-335.
- Somiah, M., Z. Taxin, J. Keating, A. M. Mooney, R. G. Norman, D. M. Rapoport y I. Ayappa (2012), “Sleep Quality, Short-term and Long-term CPAP Adherence”, *Journal of Clinical Sleep Medicine* 15, pp. 489-500.
- Torre-Bouscoulet, L., E. López-Escárcega, A. Castorena-Maldonado, J. C. Vázquez-García, M. S. Meza-Vargas y R. Pérez-Padilla (2007), “Continuous Positive Airway Pressure Used by Adults with Obstructive Sleep Apneas after Prescription in a Public Referral Hospital in Mexico City”, *Archivos de Bronconeumología*, 43, pp. 16-21.
- , M. S. Meza-Vargas, A. Castorena-Maldonado y R. Pérez-Padilla (2008), “Cardiovascular Risk among Adults with Obstructive Sleep Apnea Syndrome”, *Gaceta Médica de México*, 144, pp. 323-332.
- , J. C. Vázquez-García, A. Muiño, M. Márquez, M. V. López, M. M. de Oca y M. D. Perez-Padilla (2008), “Prevalence of Sleep Related Symptoms in four Latin American Cities”, *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 4, pp. 579-585.
- Trupp, R. J., E. J. Corwin, K. L. Ahijevych y T. Nygren (2011), “The Impact of Educational Message Framing on Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy”, *Behavioral Sleep Medicine*, 9, pp. 38-52.
- Tversky, A. y D. Kahneman (1991), “Loss Aversion and Riskless Choice: A Reference Dependent Model”, *Quarterly Journal of Economics*, 106, pp. 1039-1061.
- Tzischinsky, O., S. Shahrabani y R. Peled (2011), “Factors Affecting the Decision to be Treated with Continuous Positive Airway Pressure for Obstructive Sleep Apnea Syndrome”, *The Israel Medical Association Journal*, 13, pp. 413-419.
- Valencia-Flores, M., A. Orea, M. Herrera, V. Santiago, V. Rebollar, V. A. Castaño y G. Garcia (2004), “Effect of Bariatric Surgery on Obstructive Sleep Apnea and Hypopnea Syndrome, Electrocardiogram, and Pulmonary Arterial Pressure”, *Obesity Surgery*, 14, pp. 755-762.
- Verrier, R. L., J. E. Muller y J. A. Hobson (1996), “Sleep, Dreams, and Sudden Death: the Case for Sleep as an Autonomic Stress Test for the Heart”, *Cardiovascular Research*, 31, pp. 181-211.
- Wachter, R., L. Lüthje, D. Klemmstein, C. Lüers, R. Stahrenberg, F. Edelmann y B. Pieske (2012), “Impact of Obstructive Sleep Apnoea on Diastolic Function”, *European Respiratory Journal*, 40 (Published Online: July 12 2012).

Índice analítico

Actividad física: pp. 95, 179, 181, 184, 192 y 311.

Adhesión: pp. 28, 36, 43, 50, 84, 85, 106, 110, 101, 107, 152-157 y 159-169.

Afrontamiento: pp. 32, 36, 38, 40, 42-43, 50, 56, 99, 108, 154, 190 y 212.

Alcohol

Adicción al: pp. 63, 153, 159, 231, 283-284, 286-287 y 293.

Consumo de: pp. 63, 153, 159, 231, 283-284, 288-287 y 293.

Efectos conductuales del: pp. 63, 159, 286-287 y 291-292.

Efectos neurológicos del: pp. 63, 231, 283-284, y 287-292.

Disponibilidad de

Nutriente (como): pp. 283-287.

Alteraciones

Conducta de: pp. 28, 30-31, 38, 54, 55-57, 65, 95, 96, 98, 100-101, 103-108, 110, 121, 134, 137-139, 141-142, 146, 153-157, 159-168, 177-180, 182-192, 101-202, 209-218, 223, 225, 234-235, 237-338, 241-242, 244, 246, 248, 257-258, 260-261, 269, 284, 286 y 288.

Neurocognoscitivas: pp. 49-50, 63, 231, 283-284, y 287-292.

Ansiedad: pp. 32-36, 38-39, 43, 51-53, 55, 62, 85, 93, 98, 100, 102, 107-109, 130-133, 146, 153, 156, 178, 180, 182, 185, 187, 194-198, 202, 210, 231, 239, 242 y 245.

Apnea obstructiva: pp. 299-300, 303, 306 y 310.

Aprendizaje

Conocer (como): pp. 41, 52, 56, 82, 93, y 289.

Hacer (como): pp. 51-52, 82, 285, 289 y 293.

Ser (como): pp. 56, 93, 145, 188 y 293.

Vivir con los demás (como): pp. 93, 119, 145, 188-189.

Arousal: pp. 201-303, y 305.

Autoeficacia: pp. 65, 70, 72, 78-80, 93, 108, 191 y 307.

Bulimia: pp. 234, 236, 241-342, 258, 261, 263 y 269.

Cáncer: pp. 25-44, 47-49, 64-65, 66, 70-75, 77-80, 82, 84-86, 104, 176, 210-212 y 221.

CIE-10: pp. 34, 36, 40-41, 43 y 234.

Cirugía: pp. 28, 35, 39, 48, 50-52, 57, 61 y 305.

CPAP: pp. 305,-309.

Competencias conductuales: pp. 57, 153-154, 156-158, 160, 162, 163, 165-168 y 218.

Controlabilidad: pp. 221-222 y 224.

Cortisol salival: pp. 209, 219-222 y 225.

Cuidadores

Actividades de: 40, 54, 61-69, 74-77 y 79-83.

Áreas afectadas de: 70-75, 79, 82-86.

Edad de

Cuidados paliativos: pp. 25-26, 28-29, 31, 37-41, 43 y 91.

Depresión: pp. 32, 35-36, 43, 51, 55, 62, 96, 98-99, 102, 107-108, 139, 147, 153, 154-156, 167, 177, 280, 182, 187, 192, 194, 197, 202, 211, 236-237, 239, 241-242, 245 y 307.

Desarrollo

Psicosocial: pp. 26, 29, 34, 38, 39, 42, 48, 51, 53-54, 56, 63, 83, 99, 105, 106, 108-109, 177, 182, 185 y 288.

Diabetes: pp. 47, 62, 64, 65, 66, 70, 72-73, 76-77, 79-86, 175-202 y 301.

Disfunciones sexuales: pp. 34, 117-123, 126, 128, 134, 138 y 145-148.

Dolor crónico: pp. 91-100, 103, 105-106, 108 y 110-111.

DSM-IV-TR: pp. 34-36, 40-41, 118, 122, 221 y 235.

Duelo

Fases de: pp. 28, 38, 40-31 y 234.

Taller de: p. 41.

Efectos tardíos

Características: pp. 48, 49 y 50.

Factores de riesgo: pp. 48, 49 y 50.

Enfermedades crónicas

No transmisibles: pp. 62, 64, 66, 81, 176 y 225.

Transmisibles: pp. 62, 64, 66, 81 y 225.

Entrevista motivacional: pp. 101, 104, 107, 183-184 y 200.

Estilos interactivos: pp. 156, 214-220 y 225.

Estrés: pp. 27, 32, 35-37, 43, 51, 54, 56, 62-81, 93, 96, 98, 152-168, 178, 182, 210-213, 221, 223, 288 y 303.

Hábitos alimenticios: pp. 31, 62, 67, 69, 83, 94, 141, 179, 190, 192, 231, 234-249, 251-261, 268-270, 272, 275 y 285-287.

Hipo apnea: pp. 305-306 y 311.

Imagen corporal: pp. 34-35, 38, 50, 85, 137-138, 237, 239, 242, 245, 262, 264-265 y 273.

Inactividad física: pp. 176 y 311.

Incontrolabilidad: pp. 209 y 221-224.

Insulina: pp. 83, 177, 179, 190 y 192.

Intervención

Motivacional: pp. 28, 30, 33, 34, 36-38, 42, 56, 96, 100, 105, 107, 109-110, 134, 146-147, 167-168, 175, 189 y 191.

Psicológica: pp. 30, 33-34, 36-38, 48, 50, 52, 56, 91, 94, 94, 98, 100, 105, 107, 107-110, 120, 134, 146, 147, 153, 167-168, 183, 185-189, 191-192, 194, 196, 200, 202 y 306.

Psicosocial: pp. 29-30, 32, 56, 97, 153, 167-168, 183, 185-189, 191-192, 192, 196, 200 y 306.

Medicamentos

Antirretrovirales: pp. 152-154.

Hipoglucemicos: pp. 83-85 y 178-180.

Minuciosidad: pp. 219 y 221-223.

Modelo(s)

Autorregulatorio: p. 154

Conducta Planeada de la: pp. 154, 165.

Experimentales de consumo del alcohol: p. 287.

Información-Motivación-Habilidades Conductuales de

Miedo-Evitación de: pp. 94-95, 154 y 165-166.

Psicológico de Adhesión: pp. 154-155 y 168.

Psicobiológico de Dolor Crónico: p. 93.

Neuromatriz de la: p. 93

Solicitousness de: p. 95-96 y 101.

Modificación de conducta

Técnicas, de: pp. 33, 37,40, 43, 55, 95, 100-101, 103, 107,168, 182, 188, 192 y 284.

Motivación: pp. 103, 154, 159, 161-162, 165-166, 168, 239, 242, 261, 285, 287-288, 290, 291 y 293.

Motivos: pp. 107, 151, 154-163 y 165-168.

No minuciosidad: 219 y 221-223.

Perfil epidemiológico: 47, 92, 175 y 232

Persistencia: pp. 216 y 218.

Personalidad: pp. 34-36, 57, 107, 109-110, 120, 121-126, 129, 136, 154, 156, 157, 164-166, 209-216, 218, 221, 225, 2157 y 307.

Plan de estudios: pp. 43, 50, 53, 83, 92, 97, 117, 119-120, 134-135, 153, 154, 155, 157, 160, 161, 164-166, 168, 177, 182, 184-187, 202-203, 209, 211, 212, 213, 216, 219, 221-225, 233, 235-237, 239-240, 246-248, 258-260, 262, 272, 274-276, 286, 289-290, 300 y 311.

Polisomnografía: pp. 300 y 304.

Presión intratorácica: 301-303.

Prevención

Primaria: pp. 28-31.

Secundaria: p. 30.

Terciaria: pp. 28 y 30.

Promoción de la salud: pp. 28-39.

Psicología

Clínica: pp. 27, 32, 44, 48, 91, 98, 105-107, 109, 111, 153, 167, 211, 213 y 311.

Salud de la: pp. 26, 27, 32, 57, 135, 148, 21, 214, 224, 305 y 311.

Psicooncología: pp. 25-32, 34-39, 42, 44, 47-48, 50, 53-58, 61 y 65.

Psicoterapia

Apoyo de: pp. 32, 34 y 107.

Breve: pp. 33 y 34.

Familiar: pp. 33 y 34.

Quimioterapia: pp. 28, 34-35, 39, 48-49, 51-52, 55, 57, 82 y 85.

Radioterapia: pp. 27-28, 35, 39, 48-49, 51-52 y 57.

Sexualidad

Actitudes ante la: pp. 118-120, 235, 138-139 y 142-147.

Humana: pp. 117-123, 135-139, 142-145 y 147.

Temores a: pp. 119, 121, 124-132, 137, 139, 140 y 142-147.

Situaciones vinculadas con estrés: pp. 154-157, 159-163 y 167.

Tendencia al riesgo: pp. 216 y 218.

Teoría: pp. 93, 96, 165, 189, 213, 215, 225 y 308.

Compuerta del Dolor de la: p. 93.

Conducta de la: pp. 55, 96, 99-101, 107, 139, 154, 213, 215, 218, 235, 257, 260 y 269.

Prospectiva: p. 308.

Umbral del: p. 93.

Terapia

Aceptación y Compromiso: pp. 38, 55, 81, 96-97, 104, 148, 160, 184, 192 y 284

Cognoscitiva: pp. 37, 40, 100, 107, 182, 190 y 192.

Cognoscitivo-conductual: pp. 33, 37, 40, 43, 56, 94, 96, 100, 181-182, 186, 188, 190, 192 y 200-202

Conductual: pp. 185

Farmacológica: p. 221.

Toma de decisiones: pp. 25, 39-40, 103, 106, 154-155, 158-159, 161-163, 165n, 182-183, 190, 216 y 308.

Tolerancia a la ambigüedad: pp. 155, 158-160, 162, 163, 164, 165, 166 y 168.

Tolerancia a la frustración: pp. 154-155, 158-160, 162-163 y 216.

Transgresión de la norma: pp. 218-221, 223 y 224.

Trastorno(s)

Atracón por: pp. 231-232, 234-236, 239, 242, 247-248 y 269.

Comportamiento alimentario del: pp. 234, 347 y 272.

Emocional y social del ajuste: 31, 32, 34, 36, 38, 43, 50, 52, 54-56, 61-663, 65, 81, 85-86, 97, 99, 102, 107, 147, 178, 180, 186, 190, 192, 202, 210, 234, 259, 275, 288 y 309.

Psicológico(s)

Salud de: pp. 28, 30, 36-38, 42, 44, 53-54, 57, 61, 64, 84, 91, 92, 95, 96, 98, 109, 154-157, 160, 164, 165n, 178, 180-182, 209, 211, 221, 225, 232-233, 283-285, 291, 293, 299 y 301.

Tratamiento

Médico oncológico: pp. 39, 48, 51 y 54.

VIH/Sida: pp. 151-167.

Acerca de los autores

Leticia Ascencio Huertas. Estudió la licenciatura en psicología en la Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza (FES-Zaragoza) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); cursó una especialidad en psicología de la salud en la Secretaría de Salud y la maestría en psicología general experimental (con énfasis en salud) en la UNAM; actualmente se encuentra realizando estudios de doctorado en ciencias sociales y administrativas en la Universidad Chapultepec. Laboró como psicóloga clínica, psicóloga de la salud y psicooncóloga en el Hospital Juárez de México en el periodo 2000-2010. Actualmente es la responsable del Área Psicosocial en el Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología. Es supervisora *in situ* de los pasantes de la maestría en medicina conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM que realizan su residencia en el mencionado servicio. Desde 2003 es profesora de asignatura en la Universidad del Valle de México, en la licenciatura en psicología y la maestría en psicología clínica. Es integrante del Comité de Investigación de la Sociedad Mexicana de Psicooncología. Es coautora de libros y ha publicado trabajos de investigación y de divulgación científica en revistas especializadas, además de haber participado como ponente en congresos nacionales e internacionales.

Vania Barrientos Casarrubias. Obtuvo el grado de licenciatura en psicología y de maestría en psicología profesional con Residencia en Medicina Conductual por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Desde 2002 ha estado involucrada en investigaciones relacionadas con la psicología de la salud con instituciones como la UNAM y en el Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente, colaborando en la elaboración de manuales de terapia breve de corte cognoscitivo-conductual, en la capacitación a terapeutas y en el análisis costo-efectividad de dichos tratamientos. Desde 2010 a la fecha colabora con el equipo del Departamento de Medicina del Dolor y Paliativa del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), donde ha realizado actividades de docencia, investigación y práctica clínica. Forma parte del protocolo de Atención Psicosocial en Cuidados Paliativos, iniciativa conjunta entre el INCMNSZ y el Instituto Carlos Slim de la Salud, con el propósito de generar evidencia sobre la importancia de la atención psicológica en la población paliativa y sus cuidadores. Actualmente es alumna del Programa de Doctorado en Psicología de la UNAM, trabajando en un proyecto de investigación en población que experimenta dolor crónico.

Eliana Barrios de Tomasi. Estudió la licenciatura de química de alimentos en la Facultad de Química de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En 1997 ingresó como asistente al Laboratorio de Farmacología

y Conducta del Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara, donde actualmente labora como profesora-investigadora titular A. Realizó en dicho instituto la maestría y el doctorado en el posgrado de ciencias del comportamiento (opción neurociencias), donde a partir de 2005 se ha dedicado a la línea de investigación relacionada a la neurofisiología de la conducta alimentaria. Sus trabajos han sido presentados en congresos nacionales e internacionales. Es autora y coautora de diversos capítulos y artículos publicados en revistas internacionales. Actualmente es Perfil Promep y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (como candidata).

Alba Yvette Belmont Sánchez. Es licenciada en psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Desde 2009 y hasta la fecha colabora como becaria de investigación en el Instituto Nacional de Perinatología, en el protocolo de investigación intitulado *Estudio de la pareja en distintas etapas de la vida y ante distintos eventos reproductivos*, con una beca otorgada por la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta especialidad (CCINSHAE).

Everardo Camacho Gutiérrez. Es licenciado en psicología por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y estudió la maestría y el doctorado en ciencia del comportamiento en la Universidad de Guadalajara. Asimismo, cursó el postgrado en psicología general experimental (opción en psicología de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México) y una especialidad en gerontología en la Universidad del Norte de Texas. Es coordinador, junto con el doctor Gerardo Leija Alva, de la Red Nacional de Investigación en Procesos Psicosociales, Clínica y de la Salud, adscrita al Sistema Mexicano de Investigadores en Psicología. Ha desarrollado investigación sobre estrés por ruido en humanos y comportamiento social. Es coeditor del libro *Estrés y salud: investigación básica y aplicada* (2012) y sus investigaciones han sido publicadas en la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, Psicología y Salud* y *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, en ésta colaborando en calidad de coeditor. Sus trabajos han sido presentados como ponencias en congresos nacionales e internacionales. Actualmente es Profesor-Investigador de tiempo completo en el Departamento de Salud, Psicología y Comunidad del ITESO de Guadalajara.

Ricardo Castillo Ayuso. Estudió la licenciatura en psicología y la maestría en psicología educativa en la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Actualmente es profesor de tiempo completo con perfil Promep y coordinador de la salida terminal en psicología clínica para adultos del Programa de Maestría en Psicología Aplicada, de la UADY. Ha publicado en *Aletheia, la Revista Científica Electrónica de Psicología* y capítulos en libros editados por el Consorcio de Universidades Mexicanas.

Judith Galdós Cruz. Cursó estudios de licenciatura en psicología en la Facultad de psicología de la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó su tesis de licenciatura en el área de la familia y los trastornos de la conducta alimentaria.

Ismael García-Cedillo. Es egresado de la Escuela Nacional de Maestros. Estudió la licenciatura, la maestría y el doctorado en psicología clínica en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Ha trabajado como docente en ésta, la Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo (AMPAG), la Universidad de las Américas y la Escuela Normal de San Luis Potosí, entre otras; actualmente es profesor-investigador en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Es perfil Promep y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, en el Nivel I. Cuenta con una extensa obra publicada en el área de la integración educativa. Trabajó un par de años en el Latin American Health Institute (Boston, Massachusetts) con pacientes con VIH/sida. Ha publicado diversos artículos sobre el tema de la adhesión terapéutica en pacientes adultos y niños con VIH/sida. Ha dirigido numerosas tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Es presidente de Apoyare, asociación que ayuda a familias y niños con VIH/sida y otros grupos vulnerables.

Raquel García Flores. Estudió la licenciatura y la maestría en psicología, con Residencia en Medicina Conductual en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es educadora en diabetes por la Federación Mexicana de Diabetes y la Universidad Anáhuac. Actualmente es candidata a doctora en psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Se desempeña como docente en el Instituto Tecnológico de Sonora en el Departamento de Psicología, en la Unidad Obregón. Sus líneas de investigación versan sobre adhesión al tratamiento en personas con diabetes *mellitus* tipo 2, entrevista motivacional, intervención cognoscitivo-conductual y enfermedades crónicas.

Samuel Jurado Cárdenas. Realizó estudios de licenciatura en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, de maestría en psicobiología y de doctorado en investigación en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente se desempeña como profesor titular C de tiempo completo, definitivo, en la División de Estudios de Postgrado de la misma facultad. Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores en el Nivel I. Es miembro de la Sociedad Mexicana de Psicología, del Colegio Nacional de Psicólogos, afiliado a la Internacional American Psychological Association y *full member* de la Association for Behavioral and Cognitive Therapies. Dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM ha desempeñado diversos cargos académico-administrativos. De 1996 a 1998 fue integrante de la comisión responsable

de creación e inicio del Módulo Cognitivo-Conductual dentro de la maestría en psicología clínica de la Facultad de Psicología. Ha impartido cursos extracurriculares en diversas instituciones de educación y salud en el ámbito nacional.

Xochitl López Aguilar. Estudió la licenciatura en psicología en la Facultad de Estudios Superiores FES-Iztacala y el doctorado en psicología, ambos programas pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es candidata a investigadora nacional por el Sistema Nacional de Investigadores (SIN) y desde 1995 se desempeña como docente en la FES-Iztacala, UNAM. Desde este mismo año su labor académica incluye el trabajo de investigación sobre obesidad y trastornos del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia y trastorno por atracón. Cuenta con nueve capítulos en libros y 44 artículos en revistas nacionales e internacionales.

Juan Manuel Mancilla Díaz. Es profesor titular C de tiempo completo, definitivo, de la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (FES-Iztacala) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); se ubica, asimismo, en la categoría Pride D. Obtuvo la licenciatura en psicología y la maestría en neurociencias en la FES-Iztacala, así como el doctorado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Imparte docencia en los programas de licenciatura y posgrado. Es miembro del SNI en el nivel II y sus investigaciones han sido financiadas por PAPIIT y el CONACYT. Ha dirigido 30 tesis de licenciatura, tres de maestría y seis de doctorado. Ha publicado 12 artículos en revistas arbitradas de difusión nacional, 82 artículos en revistas arbitradas de difusión internacional, 21 capítulos de libros y ha editado cuatro libros. Ha recibido diferentes distinciones: el mérito académico de la FES-Iztacala 2002 y el primer lugar a la mejor investigación en nutrición por Jóvenes Investigadores, tanto en el área aplicada como en el área básica 2005 (coautor).

Héctor Martínez Sánchez. Egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde realizó estudios de licenciatura y maestría en psicología. El Doctorado lo obtuvo en la Universidad de Sevilla, España. Ha sido profesor en la Facultad de Estudios Superiores-Iztacala (FES-Iztacala). En 1992 se incorporó como profesor-investigador al Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento y a partir 2006 en el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara. Ha obtenido el perfil Promep y ha sido miembro del SIN (Nivel I). Ha sido profesor invitado y realizado estancias de investigación en diferentes universidades extranjeras y ha sido profesor de doctorado en la Universidad Autónoma de Madrid. Ha publicado más de 50 artículos en diversas revistas especializadas nacionales e internacionales, así como varios capítulos en libros. Ha sido editor asociado y pertenecido a diversos consejos y comités editoriales de varias revistas nacionales e internacionales.

Luis Fernando Méndez Castruita. Psicólogo por la Universidad Intercontinental y actualmente estudiante de la maestría en psicología clínica por la Universidad del Valle de México. Adscrito al Servicio de Psicooncología Pediátrica del Hospital Central Militar. Diplomado de formación Intermedia en cuidados paliativos por la Secretaría de Salud, la Universidad Autónoma de México y la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.

José Méndez Venegas. Licenciatura en psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Maestría de psicología general experimental con énfasis en salud, con estudios de doctorado en psicooncología por el Instituto Nacional de Cancerología. Diplomado de cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales por el Instituto Canario de Estudios y Promoción Social y Sanitaria (La Gran Canaria, España). Es coordinador de psicooncología en el Instituto Nacional de Pediatría desde 1995. También es profesor en el Departamento de Psicofisiología, en la Facultad de Psicología de la UNAM desde 1985 a la fecha. Secretario de la Sociedad Mexicana de Psicooncología de 2001 a 2004. Investigador asociado del Centro de Estudios e Investigación en Psicología de la Salud (NEMETON de São Paulo, Brasil, desde julio de 2005). Presidente de la Sociedad Mexicana de Psicooncología de 2006 a 2007, así como de 2011 a 2013. Autor de al menos 10 capítulos en libros de temas relacionados con psicooncología y psicología de la salud; tiene más de 30 artículos publicados en revistas de salud.

Xolyanetzin Montero Pardo. Estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Autónoma de Sinaloa. Realizó estudios de maestría en psicología, con residencia en terapia familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México. Actualmente cursa el Programa de Doctorado en Psicología en la UNAM en el área de psicología y salud, centrándose la investigación en la sobrecarga emocional de pacientes pediátricos con enfermedades crónicas.

Jesús Moo Estrella. Estudió la licenciatura en psicología y la maestría en investigación en psicología en la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), así como el doctorado en el área de neurociencias en la Universidad Nacional Autónoma de México. Es profesor con perfil Promep y actualmente es el responsable del Laboratorio de Sueño en la Facultad de Psicología de la UADY. Ha publicado en revistas como *The Medical Research*, *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, *Mexicana de Psicología y Salud Mental*.

Ana Olivia Ruiz Martínez. Es licenciada en psicología por la FES-Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México y doctora en psicología (con énfasis en psicología y salud) por la misma institución. Es investigadora

nacional Nivel I y su labor de investigación se centra en el área de psicología y salud, especialmente sobre los trastornos de la conducta alimentarios y la familia. Ha participado en congresos nacionales e internacionales y cuenta con ocho artículos de investigación arbitrados en torno a la psicopatología alimentaria en revistas como *Psicología Conductual*, *Mexicana de Psicología* y *Universitas Psychologica*. Como parte de su experiencia profesional ha cumplido actividades relacionadas con docencia, capacitación y psicoterapia. Actualmente es profesora-investigadora en la Universidad Autónoma del Estado de México, en el Centro Universitario Zumpango, así como profesora en la Universidad del Valle de México, campus Toluca, en los niveles de licenciaturas ejecutivas y maestría.

Julio Alfonso Piña López. Cursó estudios de maestría en psicología por la Universidad de Sonora, donde ha sido profesor-investigador y en la cual hoy día es jefe administrativo del programa de salud institucional; asimismo, fungió como responsable del área de investigación en el Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA (Secretaría de Salud Pública de Sonora) y como investigador invitado en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud (Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo). Ha publicado ocho libros sobre tópicos relacionados con la psicología y la salud, así como más de 100 artículos teóricos y de investigación. En 1991, 1994 y 2006 se hizo merecedor de reconocimientos y premios por su labor de investigación en el ámbito de la salud en el estado de Sonora.

Claudia Sánchez Bravo. Psicóloga por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde también cursó la especialidad en psicología clínica y psicoterapia de grupo en instituciones, así como la maestría y el doctorado en psicología. Es investigadora de tiempo completo en el Instituto Nacional de Perinatología, donde desarrolla la línea de investigación sobre sexualidad humana y parejas. Es profesora de asignatura en la Universidad Iberoamericana en la carrera de psicología. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores en el Nivel I. Es autora y coautora de 60 artículos y capítulos en libros.

Sofía Sánchez Román. Estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Anáhuac del Norte y el doctorado en psicología (en el área de neurociencias de la conducta) en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente es la responsable del Área de Psicología en el Departamento de Neurología y Psiquiatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMN), lugar en el que ha estado adscrita desde el año 2000, realizando actividades de asistencia, docencia e investigación relacionadas con la psicología clínica en el ámbito hospitalario. Es supervisora *in situ* de los

pasantes de la maestría en medicina conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM que realizan su residencia en aquel departamento. Ha sido profesora asociada del curso de posgrado de alta especialidad en medicina en algología, así como profesora invitada en el curso de especialización en psiquiatría de enlace del INCMN. Es candidata a investigador nacional por el Sistema Nacional de Investigadores. Es autora de un libro y ha publicado trabajos en diferentes revistas arbitradas, entre las que destacan the *Journal of the International Neuropsychological Society*, *The Journal of Headache and Pain*, la *Revista Chilena de Neuropsicología*, la *Revista de Investigación Clínica y Salud Mental*.

Juan José Sánchez-Sosa. Es psicólogo por la Universidad Nacional Autónoma de México y cuenta con estudios de maestría y doctorado en psicología por la Universidad de Kansas en Estados Unidos; asimismo, realizó estudios de actualización en la Clínica y Fundación Menninger, en el Hospital General de Massachusetts y en la Facultad de Medicina de Harvard. Actualmente es profesor-investigador de tiempo completo en la Facultad de Psicología de la UNAM, donde es profesor Promep e integrante del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel III). Es autor-coeditor de 11 libros y ha publicado más de 100 trabajos en libros y revistas arbitradas, donde destacan *Avances en Psicología Latinoamericana*, *The Journal of Clinical Psychology*, *The Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *Latinoamericana de Psicología*, *Mexicana de Análisis de la Conducta*, *Mexicana de Psicología*, *Salud Mental*, *Terapia Psicológica* y *Universitas Psychologica*. Ha dirigido más de 100 tesis de licenciatura, maestría y doctorado.

Rosalía Vázquez Arévalo. Es psicóloga por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y realizó estudios de maestría en psicopatología infanto-juvenil y de doctorado en psicología en la Universidad Autónoma de Barcelona. Ha trabajado en temas de salud y trastornos de la conducta alimentaria desde 1996. Es profesora titular C en el campus FES-Iztacala de la UNAM; es integrante del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel II) desde 1998. Ha colaborado en más de 45 trabajos de investigación en revistas y 11 capítulos en libros. En 2002 recibió el premio Distinción Universidad Nacional para Jóvenes Académicos en el área de Ciencias Sociales por la UNAM.

Claudia Vega-Michel. Es licenciada en psicología por el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO) y estudió la maestría en neurociencias en el Instituto de Neurociencias de la Universidad de Guadalajara. Coordina el Laboratorio de Psiconeuroinmunología y los proyectos de aplicación profesional de la licenciatura en psicología en su institución. Ha desarrollado investigación relacionando los niveles de cortisol y otras hormonas con el comportamiento en los niveles básico y aplicado. Ha presentado trabajos en diversos

congresos nacionales e internacionales, como la Conferencia Anual de la Sociedad Internacional de Psiconeuroendocrinología. Tiene trabajos publicados en *Psicología y Salud*, la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* y *The Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Es profesora-investigadora de tiempo completo en el Departamento de Salud, Psicología y Comunidad en el ITESO.

Héctor Julián Velázquez López. Estudió la licenciatura en psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), campus FES-Iztacala. Actualmente cursa el Programa de Doctorado en Psicología en la UNAM en el área de psicología y salud, centrándose en la investigación sobre el trastorno por atracón.

Alejandra Watty Martínez. Licenciada en psicología por la Universidad Iberoamericana, cursó la maestría en psicoterapia general en la Asociación Psicoanalítica Mexicana, A. C. Actualmente es coordinadora del programa “Atención psicológica a mujeres embarazadas con trastorno mental” en el Departamento de Psicología del Instituto Nacional de Perinatología, al cual se encuentra adscrita desde 2007. Realiza actividades de investigación, docencia y asistencia relacionadas con la psicología clínica en el ámbito hospitalario. Es profesora de la licenciatura en Psicología del Centro Eleia. Autora y coautora de artículos de investigación y crítica literaria en revistas especializadas, ha participado también como ponente en congresos nacionales e internacionales.

José Luis Ybarra Sagarduy. Estudió la licenciatura y el doctorado en psicología de la salud en la Universidad de Almería (España). Desde 2005 trabaja como profesor-investigador de tiempo completo en la Unidad de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, donde es líder del cuerpo académico de estudios en psicología. Es profesor con perfil PROMEP y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (Nivel I). Ha publicado tres libros como coautor y coeditor (España y México), así como trabajos teóricos y de investigación en *Annals of Behavioral Medicine*, *The International Journal of Clinical and Health Psychology*, *The International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, *Psicothema*, *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, *The Spanish Journal of Psychology* y *Terapia Psicológica*.