

Psicología y salud

EN POBLACIONES VULNERABLES

Francisco Javier Rosas Santiago

María Luisa Marván

(coordinadores)

Corpus
UNIVERSITARIO



Universidad Veracruzana

Esta obra se encuentra disponible en Acceso Abierto para copiarse, distribuirse y transmitirse con propósitos no comerciales. Todas las formas de reproducción, adaptación y/o traducción por medios mecánicos o electrónicos deberán indicar como fuente de origen a la obra y su(s) autor(es). Se debe obtener autorización de la Universidad Veracruzana para cualquier uso comercial. La persona o institución que distorsione, mutile o modifique el contenido de la obra será responsable por las acciones legales que genere e indemnizará a la Universidad Veracruzana por cualquier obligación que surja conforme a la legislación aplicable.

PSICOLOGÍA Y SALUD EN POBLACIONES
VULNERABLES

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

MARTÍN GERARDO AGUILAR SÁNCHEZ

Rector

ARTURO AGUILAR YE

Secretario Académico

LIZBETH MARGARITA VIVEROS CANCINO

Secretaria de Administración y Finanzas

YOLANDA F. GONZÁLEZ MOLOHUA

Secretaria de Desarrollo Institucional

AGUSTÍN DEL MORAL TEJEDA

Director Editorial

Psicología y salud

EN POBLACIONES VULNERABLES

Francisco Javier Rosas Santiago
María Luisa Marván
(Coordinadores)



Universidad Veracruzana
Dirección Editorial

Clasificación LC: R726.7 P7495 2026
Clasif. Dewey: 616.0019
Título: Psicología y salud en poblaciones vulnerables / Francisco Javier Rosas Santiago, María Luisa Marván (coordinadores).
Edición: Primera edición.
Pie de imprenta: Xalapa, Veracruz, México : Universidad Veracruzana, Dirección Editorial, 2026.
Descripción física: 257 páginas : ilustraciones (algunas en color), gráficas (algunas en color) ; 21 cm.
Serie: (Corpus Universitario)
Nota: Incluye bibliografías.
ISBN: 9789689735786
Materias: Psicología clínica de la salud--Investigaciones--América Latina.
Hábitos de salud--Investigaciones--América Latina.
Salud--Aspectos psicológicos--Investigaciones--América Latina.
Autores relacionados: Rosas Santiago, Francisco Javier.
Marván, María Luisa.

DGBUV 2026/15

Primera edición, 18 de marzo de 2026

D. R. © Universidad Veracruzana
Dirección Editorial
Nogueira núm. 7, Centro, CP 91000
Xalapa, Veracruz, México
Tels. 228 818 59 80; 228 818 13 88
direccioneditorial@uv.mx
<https://www.uv.mx/editorial>

ISBN:978-968-9735-78-6
DOI: 10.25009/uv.9735786

Este libro fue editado bajo un proceso certificado por la Norma ISO 9001:2015

Diseño de colección y forros: Aída Pozos Villanueva

PRÓLOGO

El título del libro que me place prologar ya es en sí mismo un llamado a la atención, pues considera la interacción de tres grandes variables de interés para quienes trabajamos vinculados a la salud de las personas y de las comunidades, ya sea desde la formación, la investigación o el ejercicio profesional: la propia salud y la capacidad que tiene la persona de mantenerla, dada la interacción entre sus propias competencias y los riesgos ante los que se ve expuesta en determinados contextos y ante diversos factores sociales; esto es, su vulnerabilidad. Así, y parafraseando la propuesta de Araujo (2015) para el término, podría denominarse como vulnerable a aquella persona que, por distintas causas, no ostenta la capacidad de prevenir, resistir y sobreponerse a un impacto, por lo que está en situación de riesgo, en este caso en cuanto a su salud y su bienestar.

El origen etimológico de la palabra vulnerabilidad lo encontramos en el latín *vulnus*, que puede ser traducido como ‘herida’; en la partícula *abilis*, que se entiende como ‘que puede’, y en el sufijo *dad*, que significa ‘cualidad’. Así, la definición más básica de la vulnerabilidad se refiere a la cualidad que tiene alguien de poder ser herido o dañado.¹ Así, cuando hablamos de vulnerabilidad en el campo de la psicología o en otras ciencias de la salud, nos referimos principalmente a que una persona o un grupo de personas tienen una mayor probabilidad de ser afectados en su salud y en su bienestar, al estar expuestos a diversos determinantes sociales y/o eventos negativos/estresantes. Tal como plantean los editores de este libro, la vulnerabilidad no solo implica una mayor exposición a riesgos, sino también una menor capa-

¹ <https://etimologias.dechile.net/?vulnerabilidad>

cidad para enfrentarlos y para recuperarse de los eventuales daños, lo que impacta significativamente en el bienestar y en la calidad de vida.

Tal como lo plantea la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2002) –que utiliza el concepto de vulnerabilidad social–, para que una persona (asumo que es aplicable también a un grupo) pueda ser considerada bajo esta categoría, deberían concurrir tres factores: por un lado, la exposición a riesgos; en segundo lugar, la incapacidad de enfrentarlos; y, finalmente, la inhabilidad para adaptarse.

En este contexto, los doctores Francisco Rojas Santiago y María Luisa Marván, editores de este libro, han seleccionado un conjunto de trabajos, empíricos y de reflexión, que tienen el potencial de presentar, siempre desde la perspectiva psicológica, diversas temáticas alrededor de las cuales exploran el papel que pueden tener diversos factores psicológicos y sociales en distintos contextos de vulnerabilidad, aportando evidencia referida al rol que estos tienen en la interacción de las personas y grupos de riesgo y señalando los factores socioculturales en los que se encuentran inmersos y que potencian un posible daño a la salud y al bienestar.

Creo que uno de los grandes aportes de este libro es que no solo se evidencia el efecto (muchas veces negativo) que los determinantes sociales o su medio ambiente (físico, social, ambiental, cultural, relacional, entre otros, además de las múltiples interacciones entre estos) tienen sobre la salud y el bienestar de las personas, sino que aportan luces basadas en evidencia en cuanto a factores que, en caso de ser potenciados, permitirían abrir una pequeña ventana al ser desarrollados, ya que aumentarían la potencialidad de una persona para enfrentar de mejor manera su contexto de riesgo.

Los estudios presentados en este libro comprenden diversos grupos que, en determinados contextos y situaciones, pudieran ser considerados como vulnerables. Así, podemos encontrar evidencia de cómo los roles de género y la evitación emocional pueden incidir en el riesgo suicida en jóvenes con atracción sexual por el mismo sexo, o cómo, en lo referido a la población general, el maltrato infantil, especialmente el emocional, podría incrementar la vulnerabilidad a la esquizotipia. En cuanto a la población universitaria, se reflexiona sobre la vulnerabilidad de esta población ante los riesgos que incrementan la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad y se proponen estrategias que podrían incrementar las capacidades individuales; se analiza también el rol de diversos factores como la regulación emocional, la ansiedad, la

depresión y el estrés en relación con el bienestar de los estudiantes. Los cuidadores de personas con problemas de salud son evidentemente un grupo vulnerable; existe mucha evidencia acerca de su mayor propensión a desarrollar una sintomatología asociada a problemas de salud mental. En este contexto, se presentan dos trabajos referidos a esta población, que exploran diversas situaciones asociadas a disminuir dicho riesgo, como la gestión emocional del duelo anticipado en cuidadores de personas con demencia, y la prevención del *burnout*² y los estilos de afrontamiento en cuidadores de pacientes de psiquiatría.

De igual manera, existe abundante evidencia acerca del impacto de una enfermedad, desde el diagnóstico y, a veces, hasta la etapa terminal, sobre las personas que la sufren. En este grupo de trabajos, los autores nos llaman a reflexionar sobre la importancia de controlar los síntomas y de minimizar las experiencias de sufrimiento en el campo de los cuidados paliativos, de poner especial atención a personas en un mayor contexto de vulnerabilidad, como los pacientes con cáncer afectados con problemas de salud mental, que muestran posibles factores que contribuyen a la poca visibilidad de este grupo y que, por ende, potencian su riesgo. Por último, en esta línea se nos presenta una revisión narrativa, la cual tiene como propósito describir el papel de las expectativas parentales y del niño con enfermedad crónica en la configuración de su vida y de su tratamiento, y una reflexión acerca de cómo el arte puede constituirse en una herramienta de evaluación que promueva la apertura y la participación del paciente pediátrico con cáncer.

El último grupo de trabajos aporta evidencia en un área muchas veces silenciada por factores socioculturales y por nuestra cultura predominantemente androcéntrica, como los de la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres. Un primer estudio explora la presencia de violencia obstétrica en madres primigestas y aporta evidencia de cómo una situación natural, como el parto, puede constituirse en una experiencia de vulnerabilidad para un grupo de mujeres. En otra instancia, se explora cómo un grupo de mujeres con menarquia temprana resignificó sus experiencias y superó esta etapa de su vida. Finalmente, un último estudio indaga sobre el posible efecto de una legislación sobre el aborto, y cómo las reacciones ante

² Estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el estrés crónico, generalmente en el ámbito laboral.

esta podrían finalmente incidir en un eventual aborto inseguro que atentara contra la salud de la mujer.

Como se ve visto, los temas son diversos y podría pensarse que no están relacionados; sin embargo, lejos de ello, todos develan la presencia de distintas amenazas para la salud y el bienestar de diversos grupos humanos, y también la presencia de factores que, en el caso de ser potenciados, pueden generar la capacidad de afrontar el medio adverso y, aunque no necesariamente se elimine el daño, puede disminuirse el efecto tan negativo de los determinantes sociales en la salud.

Este libro es un llamado a aportar al trabajo que hacemos en torno a las personas y a los grupos vulnerables. Es un llamado a trabajar en disminuir las desigualdades en salud que muchas veces, al estar asociadas a situaciones estructurales, hemos normalizado. Es un llamado a no seguir apoyando situaciones de discriminación, ya que, tal como lo plantean Labora y Fernández, "... la vulnerabilidad comprende a todos los seres humanos expuestos a diferentes amenazas entendidas desde un punto de vista interseccional, es decir, una serie de sistemas de opresión que pueden sumarse, intersectar e interactuar involucrando distintas realidades sociales, materiales, individuales y simbólicas, para provocar distintas discriminaciones interseccionales..."

Este es un llamado a trabajar por la salud de todos y de todas...

ALFONSO URZÚA M.
Antofagasta, Chile, enero de 2025

REFERENCIAS

- Araujo González, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades en Población*, 11(21), 89-96.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2002). *Vulnerabilidad socio-demográfica. Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*. CEPAL. <https://hdl.handle.net/11362/13051>

AGRADECIMIENTOS

A los autores de los capítulos, por compartir sus conocimientos con profunda sensibilidad y empatía hacia quienes enfrentan situaciones de desigualdad en el ejercicio de sus derechos relacionados con la salud y el bienestar.

Al artista gráfico e ilustrador Gerardo Vargas Frías, por el diseño de portada que encabeza los interiores de este libro. A Edna Karime Zubia Medrano, por su valiosa colaboración en los procesos de arbitraje y en el seguimiento de los capítulos de este libro.

ADVERTENCIA

Las investigaciones presentadas en los capítulos de esta obra se desarrollaron conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki, en las Pautas Internacionales de Ética para la Investigación en Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por sus siglas en inglés) y en el Informe Belmont. Se salvaguardaron en todo momento la dignidad, los derechos y el bienestar de las personas participantes, asegurando la confidencialidad y la protección de sus datos. Asimismo, se procuró una evaluación independiente y la proporcionalidad entre riesgos y beneficios, en concordancia con los más altos estándares internacionales en investigación con poblaciones en situación de vulnerabilidad.

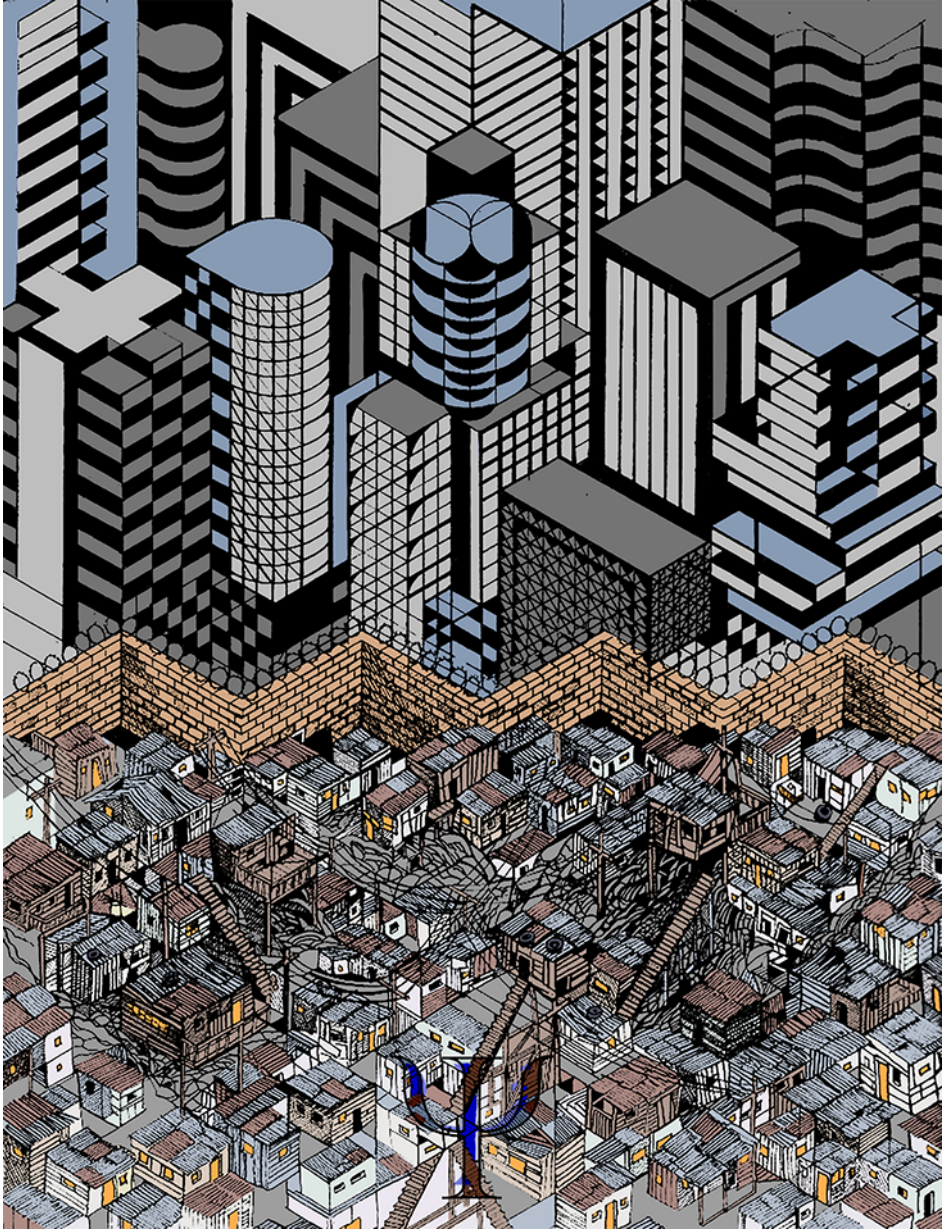


Ilustración de Gerardo Vargas Frías.

MEDIACIÓN DE LOS ROLES DE GÉNERO Y LA EVITACIÓN EMOCIONAL SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ATRACCIÓN SEXUAL Y RIESGO SUICIDA EN JÓVENES ESCOLARIZADOS COLOMBIANOS

CARLOS ALEJANDRO PINEDA ROA¹
ADALBERTO CAMPO ARIAS²

INTRODUCCIÓN

Los comportamientos suicidas, desde la ideación hasta la muerte por suicidio, representan un desafío para las diferentes políticas públicas en contextos internacionales, dada la diversidad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales involucrados (Campo Arias, 2022; Turecki *et al.*, 2019). El riesgo de suicidio se define como la probabilidad de que una persona considere, intente o cometa suicidio (Hernández Bello *et al.*, 2020).

La teoría del estrés minoritario supone que las personas gais, lesbianas, bisexuales, transgénero, transexuales, intersexuales y queers (LGBTIQ+) experimentan niveles de estrés superiores a los de personas heterosexuales, debido a la permanente necesidad de ocultar en mayor o menor grado una identidad socialmente devaluada (Dentato, 2012; Meyer, 2003). Esta teoría soporta la mayor prevalen-

¹ Centro de Asesorías en Metodologías de la Investigación en Ciencias del Comportamiento (Cenami), Bogotá, Colombia, y Tecnológico de Antioquia Institución Universitaria, Medellín, Colombia.

² Programa de Medicina, Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia.

cia de problemas de salud mental en personas LGBTQ+ que en personas heterosexuales (Mann *et al.*, 2022).

Se ha encontrado que las personas LGBTQ+ presentan mayor probabilidad de informar ideación suicida que la población heterosexual (Goldsmith *et al.*, 2002). Además, se identificó un aumento significativo de pensamientos suicidas en población LGBTQ+ en contraste con una población heterosexual (Zhao *et al.*, 2010). En Latinoamérica, se encontró que la mayor frecuencia de ideación suicida a lo largo de la vida en población LGBTQ+ se asoció a las experiencias discriminatorias y a la falta de apoyo social (Henry, 2021).

LOS ROLES DE GÉNERO Y EL IMPACTO EN LOS COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

Los roles de género han sido poco estudiados en jóvenes con comportamientos suicidas. Esta variable puede ser tan importante como la orientación sexual, e inclusive mayor, como lo demuestran los datos en los que se destaca mayor prevalencia de ideas, planes e intentos de suicidio según el género. Kohlbrenner *et al.* (2016) evaluaron la prevalencia de ideación suicida, el suicidio planificado y el intento de suicidio entre hombres que tenían relaciones sexuales con hombres y transgéneros en Nepal y observaron que, en el curso de la vida, 26.8% de los participantes había experimentado ideación suicida; 12.0% había hecho un plan de suicidio y 9.0% había intentado el suicidio.

Street y Kromrey (1995) observaron que los individuos identificados con el género opuesto manifestaron más ideación suicida en comparación con individuos andróginos y de género concordante con el sexo al nacer, lo cual se ha relacionado con estrategias de afrontamiento menos adaptativas en personas discordantes entre el sexo y el género asignado al nacer (Radecki y Jaccard, 1996).

Por su parte, Fitzpatrick *et al.* (2005) resaltan la influencia de los roles de género en la sintomatología suicida más allá de la orientación sexual. Ellos encontraron que el género explica un mayor porcentaje de varianza de los comportamientos suicidas, en particular de la ideación suicida, en comparación con la orientación sexual. Además, hallaron que aquellos que se identificaban con género distinto al asignado al nacer informaron más síntomas suicidas que los otros grupos. Estos hallazgos

ameritan la evaluación de esta variable en el presente estudio, en tanto que la evidencia acerca del papel de los roles de género y su efecto en el riesgo suicida en el contexto latinoamericano es muy escasa.

Además, de forma más frecuente se llama la atención por un mayor involucramiento del hombre en su cuidado y en el derribamiento de los estereotipos asociados a la homofobia y a la perpetuación de la dominación. En efecto, el informe sobre el *Panorama Social* de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señala que “la incorporación de los hombres en los cuidados puede contribuir a transformar el modelo predominante de masculinidad, lo que —añade el organismo— ayuda a disociar la fuerza y la violencia del ser varón y adquirir roles donde es fundamental la atención emocional y la orientación hacia el bienestar de otras personas” (CEPAL, 2022, p. 235). Además, Barrios *et al.*, (2016, p. 34) señalaron que “el objeto de la investigación de los estudios de género de los hombres y las masculinidades no son los hombres en sí mismos o las masculinidades de manera aislada, sino las dinámicas socioculturales y de poder (androcéntricas y/o heterosexistas)...”. Por lo tanto, el presente trabajo se centró únicamente en los roles de masculinidad hegemónica.

LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes (*coping*) se definen como aquellos “intentos constantes, tanto a nivel cognitivo como comportamental, que realiza una persona para gestionar una situación en la que se perciben con recursos insuficientes para su superación” (Ortega Maldonado y Salanova, 2016, p. 286). De esta forma, se puede hablar de al menos tres tipos de afrontamiento: resolución de problemas de forma individual, estilos de afrontamiento basados en la búsqueda de apoyo para hacer frente a la demanda que requiere el afrontamiento y estilos improductivos que suelen ser ineficaces para el bienestar psicosocial (Uribe Ursola *et al.*, 2018).

En cuanto a estrategias de afrontamiento, hay dos tipos de respuestas: el afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en el problema. El primero busca reducir la respuesta emocional negativa asociada, sin prestar mayor atención a la causa o erradicación del problema. El segundo se centra en la dis-

minución o la eliminación del estresor agente de la situación (Lazarus y Folkman, 1984). Cuando las estrategias de afrontamiento son utilizadas de forma reiterativa o constante, se denominan *estilos* de afrontamiento (Viñas *et al.*, 2015).

En el primer caso, la resolución de problemas tiene como objetivo doble de intervención equilibrar la balanza entre las demandas internas y externas del ambiente mediante un cambio de las creencias, valoraciones y expectativas de un individuo en cuanto a una “orientación al problema” negativa –al considerar los problemas como amenazas que no pueden resolver– hacia una postura más positiva, es decir, volverse más optimista sobre la capacidad de hacer frente a los problemas (D’Zurilla *et al.*, 2004). En segundo lugar, la reevaluación positiva es una estrategia de afrontamiento referida al cambio de interpretación de una situación emocional para alterar a su vez las diferentes respuestas evocadas. Esto comprende una relación con las formas de control cognitivo, compuesto por al menos tres subprocesos relacionados: cambio del conjunto mental, actualización y control de la información e inhibición de las respuestas prepotentes (McRae *et al.*, 2012, como fue citado en Liang *et al.*, 2017). Finalmente, Blalock y Joiner (2000) sugieren que el afrontamiento cognitivo basado en la evitación o el “distanciamiento” del factor estresante puede ser depresógeno.

En cuanto a variables mediadoras, Hayes (2017, p. 68) explica que *mediación* es definida como “el mecanismo (*M*, variable mediadora) biológico, emocional, cognitivo u otro, por el cual una variable *X* influye sobre otra variable *Y*”. Desde el punto de vista de los estilos de apego, el estilo evitativo se caracteriza primordialmente por la supresión emocional y la inhibición de búsqueda de proximidad. Estudios previos señalan que la supresión e inhibición de las emociones, es decir, la evitación emocional, producen efectos perjudiciales en la salud física y mental de las personas (Garrido Rojas, 2006; Karademas *et al.*, 2011; Moral y Hervás, 2017). Además, poco se conoce acerca del impacto de la variable evitación emocional en el riesgo de suicidio según sexo.

En consecuencia, la investigación en torno al efecto mediador de los roles de género masculino y la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y riesgo suicida es relevante en el marco del desarrollo de mecanismos psicológicos de influencia que permitan comprender terceras variables que tengan algún efecto sobre la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales en jóvenes. Existe un déficit importante en la investigación de la mediación de las estra-

tegias de afrontamiento sobre la relación entre atracción sexual y el riesgo suicida en Latinoamérica. La relación de la atracción sexual con la evitación emocional puede indicar que la forma como se experimenta la orientación sexual de las minorías es otro estresor para la población sexualmente diversa (Hatzenbuehler, 2009; Lazarus y Folkman, 1984; Meyer, 2003).

Sin embargo, hay pocos estudios sobre el efecto mediador de las estrategias de afrontamiento sobre el riesgo suicida en personas LGBTIQ+. Más específicamente, la evidencia actual acerca de cómo se comporta el afrontamiento y cada una de las dimensiones que lo componen en los comportamientos suicidas de personas LGBTIQ+ es escasa. Fonseca de Freitas *et al.* (2021) concluye que en 195 adolescentes y adultos jóvenes LGBTIQ+ y heterosexuales no se encontraron diferencias significativas en salud mental y en las estrategias de afrontamiento de culpabilidad y de reevaluación positiva. Sin embargo, documentaron que los jóvenes que se autoidentificaron como LGB reportaron mayores niveles de discriminación y que esta tuvo un efecto indirecto en la salud mental, parcialmente mediado por las estrategias de afrontamiento.

Sandfort *et al.* (2009) estudiaron la salud mental de 9 684 individuos de la población general en Estados Unidos y encontraron que los individuos homosexuales puntuaron más alto en problemas de salud, tanto física como mental. Adicionalmente, las estrategias de afrontamiento se asociaron a orientación sexual en hombres, pero no en mujeres. Específicamente, hombres homosexuales reportaron mayor uso de estrategias centradas en la evitación y en la emoción, en comparación con hombres heterosexuales.

Autores como Riley *et al.* (2016) examinaron las diferencias en estilos de afrontamiento entre adolescentes LGB y adolescentes heterosexuales y los papeles mediadores potenciales del estrés y estilos de afrontamiento y hallaron que los adolescentes LGB reportaron mayor uso de estilos de afrontamiento desadaptados (negación y culpa), menor uso de estilos de afrontamiento (reevaluación y religión) y mayores experiencias de estrés, en comparación con sus homólogos heterosexuales. Adicionalmente, los estilos de afrontamiento y el estrés mediaron la relación entre la orientación sexual y la sintomatología depresiva y ansiosa. Esto quiere decir, específicamente, que los estudiantes LGB experimentan un mayor estrés y dependen más frecuentemente de los estilos de afrontamiento desadaptativos de negación y culpa,

y menos frecuentemente de estilo de afrontamiento adaptativo como reevaluación que los estudiantes heterosexuales.

Es necesario realizar investigaciones en jóvenes colombianos dada la creciente tasa de comportamientos suicidas en este grupo de edad (Medicina Legal, 2022). En consecuencia, es necesario profundizar en el conocimiento acerca del papel de los roles de género y en la influencia sobre evitación emocional en la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio, en particular en jóvenes con atracción por el mismo sexo.

El presente estudio tuvo varios objetivos. Primero, establecer la relación entre atracción sexual y riesgo suicida; segundo, identificar la mediación conjunta de los roles de género y las estrategias de afrontamiento sobre la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio; tercero, evaluar si los roles de género masculino y la evitación emocional tienen un efecto directo sobre el riesgo de suicidio; y cuarto, si los roles de género y la evitación emocional por separado cumplen una función mediadora entre la atracción sexual y el riesgo suicida, aun después de controlar por la edad.

Por todo lo anterior, en el estudio actual se proponen las siguientes hipótesis: *a)* existe una relación entre atracción sexual y riesgo suicida tanto en hombres como en mujeres; *b)* hay un efecto de mediación conjunta de los roles de género y la evitación emocional sobre la atracción sexual y el riesgo suicida; *c)* los roles de género y la evitación emocional tienen un efecto directo sobre la probabilidad de ocurrencia de comportamientos suicidas; *d)* luego de controlar por la edad, los efectos mediadores de los roles de género y de la evitación emocional se mantienen.

MÉTODO

Diseño

El enfoque metodológico es de tipo cuantitativo. Se emplea un diseño transversal de tipo explicativo mediante el uso de modelamiento de ecuaciones estructurales (SEM, por sus siglas en inglés) (Ato *et al.*, 2013).

Participantes

El diseño muestral se realizó por conglomerados multietápicos, en los cuales hubo tres etapas: selección de ciudades, colegios y universidades, y estudiantes. Se eligieron tres ciudades capitales (Bogotá, Villavicencio y Área Metropolitana de Barranquilla) mediante el criterio de tener tasas de suicidios por encima de la tasa nacional para 2018, según la publicación *Forensis* del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. En cada una de las tres ciudades se identificó el número total de colegios públicos y privados, a partir de la información suministrada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

Dentro del sector educativo se buscó mantener afijación proporcional según el sector público y el privado, así como proporcionalidad en las variables sexo y grado de escolaridad de los grados 9o., 10o. y 11o. de educación básica secundaria y media vocacional. Para el caso de las universidades se buscaron aleatoriamente al menos tres carreras dentro de cada universidad, una pública y una privada en cada ciudad. El resultado del cálculo de tamaño muestral arrojó $n = 2\ 000$ estudiantes de colegios y al menos $n = 1\ 050$ estudiantes de universidades. Los criterios para la selección de este tamaño muestral fueron $\beta = 95\%$, $\alpha = 0.05$, tamaño del efecto mínimo esperado de 2 (OR = 2.0) y $z = 1.96$, el total de muestra prevista de 3 289 jóvenes. Los criterios de inclusión fueron *a)* autorización de parte de colegios y universidades para realizar la aplicación de pruebas en las tres ciudades, *b)* ser jóvenes escolarizados matriculados en los colegios y universidades seleccionados de las tres ciudades, *c)* edades comprendidas entre 14 y 24 años, *d)* autorización de los padres en el caso de menores de edad, mediante el consentimiento informado y *e)* asentimiento informado para los menores de 18 años. Una descripción completa de la muestra se presenta en la tabla 1.

Instrumentos

Atracción sexual. De acuerdo con Coker *et al.* (2010), la mejor manera de evaluar la orientación sexual en la adolescencia es mediante la pregunta ¿cuál de las siguientes opciones describen mejor tus sentimientos? Las opciones de respuesta fueron: me atraen solamente las chicas, me atraen principalmente las chicas y un poco los chicos, me atraen igualmente las chicas y los chicos, me atraen principalmente los chicos

y un poco las chicas, me atraen solamente los chicos y, finalmente, no estoy seguro. Con base en estas seis opciones, se formaron dos grupos: jóvenes con atracción por el sexo opuesto (heterosexuales) y jóvenes con atracción por el mismo sexo (estatus de minoría sexual), y se ordenaron de manera que a mayor puntuación está la homosexualidad masculina exclusiva (6) y a menor puntuación están los hombres con heterosexualidad exclusiva (1). Para el caso de las mujeres, a menor puntaje en la variable atracción sexual están las mujeres con atracción por el mismo sexo y en el otro extremo las mujeres con atracción por el sexo opuesto. Los jóvenes que se autodefinen como *no seguros* de su atracción sexual tienen comportamientos de salud mental muy parecidos a las *minorías sexuales*, por lo que se mantuvieron en los análisis y se les dio el tratamiento de minoría sexual (Bouris, *et al.*, 2015).

Riesgo de suicidio. La versión original de este instrumento fue diseñada por Plutchik y Van Praag (1989). La prueba aplicada es una adaptación y validación en población adolescente colombiana (Suárez *et al.*, 2019) e indagó acerca de si el joven había tenido conductas suicidas en el último año. El instrumento consta de tres ítems: ¿ha pensado alguna vez en acabar con su vida?, ¿le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse? y ¿ha intentado alguna vez quitarse la vida? Los tres ítems conformaron un único factor y su consistencia interna fue buena ($\alpha = .76$). La prueba puntúa de modo dicotómico, asignando uno si la respuesta al ítem es *sí* y cero si la respuesta al ítem es *no*. El puntaje total de riesgo de suicidio se obtuvo mediante el promedio de las respuestas a cada ítem. A mayor puntaje mayor es el riesgo de suicidio.

Escala de estrategias de afrontamiento de Chorot y Sandín (1993). La prueba evalúa el afrontamiento en una escala Likert con puntuaciones entre uno a seis, desde *nunca* hasta *siempre*. En el presente estudio se empleó la dimensión *evitación emocional* (8 ítems); véase la validación en Colombia por Londoño *et al.* (2006) con excelente consistencia interna ($\alpha > 0.84$). Cada dimensión es el promedio de las puntuaciones en los ítems y toma valores en el intervalo [1.6], es decir, a mayor puntuación mayor nivel de afrontamiento.

Escala de adherencia a roles tradicionales de masculinidad, validación en población de Tunja, Colombia, por Pineda-Roa et al. (2019). Evalúa el arraigo de los jóvenes hombres y mujeres hacia los roles tradicionales de masculinidad mediante una puntuación que va desde totalmente de acuerdo (1) hasta totalmente en desacuerdo (5), de tal forma que a menor puntaje mayor adherencia a los roles de

masculinidad tradicionales. Para el presente estudio se emplearon dos dimensiones altamente correlacionados ($r = 0.71$) y se agruparon en un único factor que mide el rechazo hacia los homosexuales (tres ítems, *un hombre no debe continuar la amistad con otro hombre si descubre que este es homosexual, hay ciertos temas que los hombres no deben hablar con otros hombres, es decepcionante enterarse de que un atleta famoso es homosexual*), evitación de conductas femeninas (tres ítems, *los niños deben preferir jugar con camiones en vez de jugar con muñecas, los niños no deben tirar las canicas [bolitas, maras] como las niñas, un hombre debe evitar en todo momento cargar la cartera de su esposa*), los cuales se agruparon en un solo factor ($\alpha = 0.80$).

PROCEDIMIENTO

En un primer momento, se enviaron las solicitudes de permiso a los directores de 24 colegios y a profesores y decanos de programas de pregrado de universidades públicas y privadas. Cuando un colegio o una universidad no respondieron a la invitación para participar en el estudio o negaron el permiso, dicha unidad muestral fue reemplazada dentro de las demás unidades muestrales en cada ciudad.

En un segundo momento, en aquellos colegios interesados en participar en el estudio y que autorizaron la ejecución del proyecto de investigación se procedió a coordinar con los coordinadores y psicólogos orientadores las fechas y los horarios para la entrega de los consentimientos informados dirigidos a los padres, los cuales se enviaron con los estudiantes menores de edad. Adultos jóvenes consintieron por sí mismos su participación.

En un tercer momento, se realizó la aplicación de los instrumentos psicológicos mediante lápiz y papel, en las aulas de clase de los colegios y de las universidades participantes. Esta aplicación contó con la asistencia de estudiantes de psicología de últimos semestres, entrenados en la resolución de las dudas que pudieran surgir en dicha aplicación por parte de los estudiantes. El tiempo promedio empleado en responder el cuestionario fue de 20 minutos. Asimismo, se contó con un protocolo de atención de crisis en caso de que algunas preguntas produjeran alteraciones del estado de ánimo en algunos estudiantes. No obstante, no se observó ninguna movilización o alteración psicológica en los estudiantes.

ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad del Norte en Colombia (Acta N° 174 del 31 de mayo de 2018) y cumplió con los requerimientos de la resolución 8430 de 1993 y del Código Bioético y Deontológico del Psicólogo en Colombia; en particular, en lo relacionado con la confidencialidad de la información se busca procurar el máximo bienestar y no exponer a los participantes a daño alguno. Dado que no hubo intervención física o psicológica y algunas preguntas involucraron algún nivel de sensibilidad respecto al joven, el nivel de riesgo en la presente investigación fue mínimo.

Los estudiantes diligenciaron las pruebas, previa firma del consentimiento informado por parte de los padres para el caso de menores de edad. Estos decidieron participar o no el día de la aplicación. El porcentaje de retorno de consentimientos informados firmados en colegios fue de 52% y en universidades fue de 94 por ciento.

ANÁLISIS DE DATOS

Para establecer si una variable era mediadora, se siguieron las recomendaciones de Hayes (2018), conforme lo hemos implementado en otro estudio ya publicado (Pineda Roa *et al.*, 2022). Se planteó un análisis de mediación serial múltiple en la muestra de hombres y de mujeres, bajo la postulación de que los roles de género masculino y la evitación emocional serían las variables mediadoras entre la atracción sexual y el riesgo de suicidio (Hayes, 2018). Se implementó el software Rstudio mediante los paquetes Lavaan y LavaanPlot, y se estimó el modelo de mediación a través de la función Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante la aplicación del método mínimos cuadrados ponderados diagonalizables (Diagonally Weighted Least Squares [DWLS, por sus siglas en inglés]), más conveniente cuando las puntuaciones son categóricas y se incumple el supuesto de normalidad multivariada. Las variables latentes fueron roles de género masculino, riesgo de suicidio y la evitación emocional. La atracción sexual era una variable observable.

Para evaluar el ajuste del modelo, se tomaron en consideración los siguientes índices: chi-cuadrado normalizado (chi-cuadrado entre los grados de libertad, X^2/df), se considera óptimo un valor por debajo de tres, el índice de ajuste comparativo,

CFI (Comparative Fit-Index), el TLI (Tucker Lewis Index) con un punto de corte esperado igual o superior a .95. Por último, el error cuadrático medio de aproximación, RMSEA (Root Mean-Square Error of Approximation), indica una bondad de ajuste bueno a partir de valores iguales o inferiores a .06, al igual que el índice SRMR (Standarized Root Mean-Square) (Hu y Bentler, 1999). Todos los efectos de las variables del modelo se presentan de manera estandarizada. Los modelos de mediación en hombres y en mujeres se controlaron por edad y el porcentaje de datos faltantes fue muy bajo: 2.8% en hombres y 2.7% en mujeres, aunque el paquete Lavaan solo tuvo en cuenta casos con variables sin datos perdidos.

RESULTADOS

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de la muestra de jóvenes escolarizados (N = 3064)

Variable		Femenino		Masculino	
		<i>M</i> (DE)		<i>M</i> (DE)	
Edad		17(2.2)		16.6(2.1)	
Riesgo suicida		0.24(0.3)		0.16(0.2)	
Roles de masculinidad		1.9(0.8)		2.5(0.9)	
Evitación emocional		3.8(1.0)		3.7(1.0)	
	<i>Categorías</i>	<i>n</i>	%	<i>p</i>	<i>n</i>
Atracción sexual	Heterosexual	1574	84.0%	0.00	1 039
	Estatus de minoría sexual	299	16.0%		152
Nivel socioeconómico	1	403	21.5%	0.00	218
	2	525	28.0%		326
	3	657	35.1%		463
	4	144	7.7%		97
	5	46	2.5%		23
	6	20	1.1%		10
	No contestaron	78	4.16		54

Continúa

Región de residencia	Interior (Bogotá, Villavicencio)	1 394	74.5%	0.00	875
	Costa (Área Metropolitana Barranquilla)	479	25.5%		316
Colegio vs. Universidad	Colegio	1 394	74.5%	0.00	922
	Universidad	479	25.5%		269
Vives con: mamá, papá y hermanos (sí vs. no)	Sí	1 199	64.0%	0.00	748
	No	674	36.0%		443
<i>Total</i>		1 873	100.0%	1 191	

La tabla 1 muestra que la mayoría de los estudiantes tenía una edad promedio similar. Las mujeres puntuaron más alto en promedio en riesgo de suicidio y, sorprendentemente, reportaron un promedio más alto en roles de género masculino en comparación con los hombres. El nivel promedio de evitación emocional en hombres y en mujeres fue muy similar; la mayoría de los jóvenes convivían con sus padres y sus hermanos; adicionalmente más de 90% era de nivel socioeconómico bajo o medio y 75% era de colegios. Las figuras 1 y 2 muestran los efectos indirectos y directos de los roles de género masculino y la evitación emocional sobre el riesgo de suicidio. Se presentan los índices de ajuste de cada uno de los modelos, tanto en hombres como en mujeres. Los resultados se presentan en el mismo orden que las hipótesis planteadas.

MODELO DE MEDIACIÓN DE LOS ROLES DE GÉNERO Y LA EVITACIÓN EMOCIONAL SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ATRACCIÓN SEXUAL Y RIESGO DE SUICIDIO

Los índices de ajuste para este modelo son excelentes ($N = 1\ 045$; $\chi^2 = 207.70$; $p < 0.001$; $gl = 130$; $CFI = 0.99$; $TLI = 0.98$; $RMSEA = 0.02$, IC 90% (0.02-0.03); $SRMR = 0.03$; $\chi^2/gl = 1.59$; $ECVI = 0.27$) e indicaron que el modelo propuesto se ajustaba adecuadamente a los datos observados.

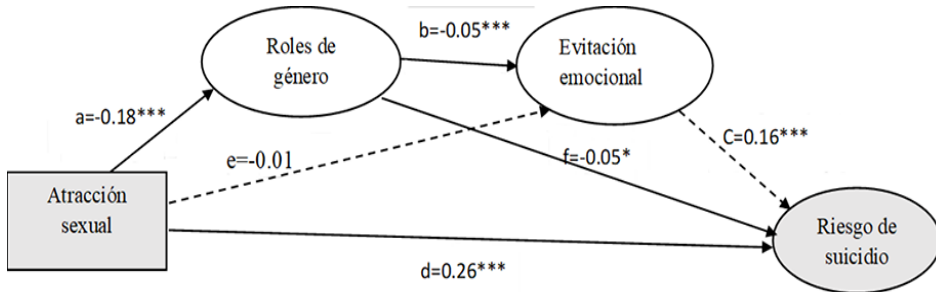


Figura 1. Modelo de ecuación estructural que predice el riesgo de suicidio en varones jóvenes.

Notas: efecto directo: d. Efectos indirectos: [$a*b*c = 0.001$, $p < 0.05$]; [$a*f = 0.009$, $p < 0.05$]; [$e*c = -0.002$, $p > 0.05$]; modelo sin ajustar por edad. $R^2 = 0.11$; * $p < .05$. ** $p < .01$ *** $p < .001$

Como lo ilustra la figura 1, el efecto directo de la atracción sexual sobre el riesgo de suicidio fue superior en hombres ($d = 0.26$; $Z = 5.55$; $p < 0.001$) en comparación con las mujeres ($d = -0.15$; $Z = -5.83$; $p < 0.001$). Este hallazgo indica que los hombres con atracción por hombres experimentaron mayor riesgo de suicidio en comparación con los hombres con atracción por mujeres, y que las mujeres con atracción por mujeres experimentan mayor riesgo suicida que las mujeres con atracción por hombres. Seguidamente, se obtuvo mediación conjunta de los roles de género masculino y la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio.

Este resultado implica que existe un efecto indirecto de la atracción sexual sobre el riesgo de suicidio a través de los roles de género masculinos y la evitación emocional simultáneamente ($\beta = 0.001$; $Z = 3.11$; $p = 0.002$). La figura 1 también señala un efecto directo y significativo de los roles de género masculinos ($f = -0.05$; $Z = -2.35$; $p < 0.001$) y de la evitación emocional sobre el riesgo de suicidio ($c = 0.16$; $Z = 10.0$; $p < 0.001$). Por último, al controlar por edad, la mediación conjunta de los roles de género masculinos y la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio se mantuvo. Algo similar ocurrió con la mediación de los roles de género sobre dicha relación: se mantuvo en mujeres, pero no en hombres.

MODELO DE MEDIACIÓN DE LOS ROLES DE GÉNERO Y LA EVITACIÓN EMOCIONAL SOBRE LA RELACIÓN ENTRE ATRACCIÓN SEXUAL Y RIESGO DE SUICIDIO EN MUJERES JÓVENES ESCOLARIZADAS

Los índices de ajuste para este modelo son excelentes ($N = 1.690$; $\chi^2 = 280.77$; $p < 0.001$; $gl = 130$; $CFI = 0.99$; $TLI = 0.98$; $RMSEA = 0.02$, IC 90% (0.02-0.03); $SRMR = 0.03$; $\chi^2/gl = 2.15$; $.ECVI = 0.21$) e indicaron que el modelo propuesto se ajustaba adecuadamente a los datos observados.

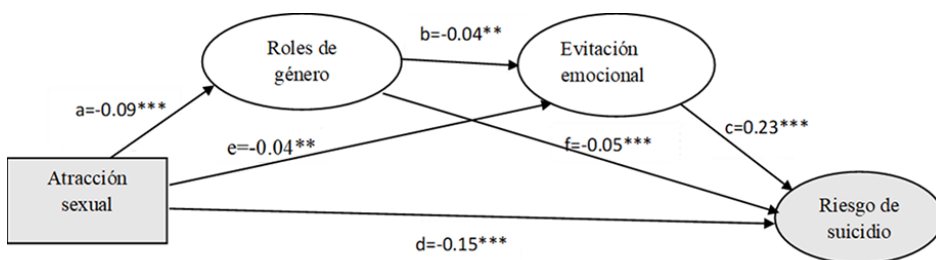


Figura 2. Modelo de ecuación estructural que predice el riesgo de suicidio en mujeres jóvenes.

Notas: efecto directo: d. Efectos indirectos: $[a*b*c = 0.001, p < 0.00]$; $[a*f = 0.005, p < 0.00]$; $[e*c = -0.010, p < 0.00]$; modelo sin ajustar por edad. $R^2 = 0.08$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

De particular importancia es el hallazgo del efecto significativo ($b = -0.05$; $z = -6.68$; $p < 0.001$) de los roles de género masculinos sobre la evitación emocional en las minorías sexuales. Este hallazgo puede ser interpretado como la ansiedad producida en las personas LGBTQ+ por experimentar discordancia en los roles de género socialmente aceptados y la incongruencia con los propios roles de género, lo que se traduce en afrontamiento de tipo evitativo. Este patrón se mantiene en hombres y mujeres con magnitudes del efecto muy similares y significativas ($b = -0.05$ y $b = -0.04$; $p < 0.001$, respectivamente). Seguidamente, se obtuvo mediación conjunta de los roles de género masculino y la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio también en mujeres ($\beta = 0.001$; $z = -3.48$; $p = 0.000$).

Igualmente, se encontró un efecto directo de los roles de género masculino tradicional sobre el riesgo de suicidio tanto en hombres ($\beta = -0.04$; $z = -2.35$

$p = 0,01$) como en mujeres ($\beta = -0.05$; $z = -4.08$; $p < 0.001$). Análogamente, se encontró un efecto directo y significativo de la evitación emocional sobre el riesgo de suicidio superior en mujeres ($\beta = 0.23$; $z = 18.85$; $p < 0.001$) en comparación con los hombres ($\beta = 0.16$; $z = 10.05$; $p < 0.001$). Por último, una vez que se controlaron las regresiones por la edad, se encontró que el efecto directo de la evitación emocional sobre el riesgo de suicidio se mantuvo en hombres y mujeres; no obstante, el efecto de los roles de género sobre el riesgo de suicidio se mantuvo solo en mujeres. Asimismo, luego de controlar por la edad, los efectos indirectos o mediadores de los roles de género masculinos sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio se mantienen en mujeres, pero no en hombres, mientras que el efecto indirecto de la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio continúa siendo no significativo.

DISCUSIÓN

Los niveles de riesgo de suicidio fueron significativamente más altos en hombres LGBTQ+ en comparación con hombres heterosexuales, lo que concuerda con otros estudios (Henry *et al.*, 2021; Kohlbrenner *et al.*, 2016; Zhao *et al.*, 2010). Análogamente, esta misma tendencia se encontró en mujeres LGBTQ+, quienes reportaron mayor riesgo de suicidio que las mujeres heterosexuales.

En segundo lugar, se encontró la mediación conjunta de los roles de género y la evitación emocional. No obstante, el efecto indirecto es muy pequeño. Efectivamente, el porcentaje de varianza explicado en cada uno de estos modelos es relativamente bajo, con valores entre 8% en mujeres y 11% en hombres.

En tercer lugar, se encontró un efecto directo de los roles de género sobre el riesgo de suicidio tanto en hombres como en mujeres. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Kohlbrenner *et al.* (2016), Street y Kromrey (1995) y Fitzpatrick *et al.* (2005): el efecto mediador de los roles de género sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio es pequeño tanto en mujeres como en hombres. Estas diferencias de género implican que las mujeres se perciben “igualmente preocupadas” que los hombres en la expectativa de cumplir los ideales de la cultura en cuanto a ser hombre o mujer, lo que puede afectar más su salud mental (Granato *et al.*, 2015).

En particular, el efecto más elevado de los roles de género masculino sobre el riesgo de suicidio se da en las personas LGBTIQ+, ya que en los jóvenes heterosexuales constituye un factor protector. Este efecto, siempre es de signo negativo y se entiende de modo distinto en hombres que en mujeres LGBTIQ+. Por ejemplo, en los hombres con atracción por hombres se podría interpretar como “ansiedad por la falta de hombría”, lo que los hace comportarse de modo evitativo y/o emocional; esto coincide con lo encontrado por Sandfort *et al.* (2009) en el sentido de que los hombres homosexuales reportaron mayor uso de estrategias centradas en la evitación y en la emoción, en comparación con hombres heterosexuales.

En concordancia con lo anterior, en el contexto de la homosexualidad, ser viril o ‘macho’ es altamente valorado. Sánchez *et al.* (2010), en una muestra de 622 homosexuales autoidentificados, encontraron que el grado en que estaban preocupados por violar los ideales masculinos se asoció positivamente a los sentimientos negativos acerca de ser gay. Además, los resultados mostraron que la mayoría de los participantes valoraban la apariencia pública de la masculinidad; e, idealmente deseaban ser más masculinos de lo que creían que eran.

Desde un punto de vista teórico, el presente estudio constituye un aporte a la propuesta de Kimmel (1997), quien postuló que los roles de masculinidad son una forma de homofobia que afecta directamente a las personas LGBTIQ+. En particular, el grado de afectación es superior en los hombres con atracción por hombres en comparación con las mujeres con atracción por mujeres, como lo sugieren los datos del este estudio. Poco se conoce al respecto en Latinoamérica, pero es altamente probable que sea similar o mayor.

En particular, la situación de homofobia y de discriminación en Latinoamérica es aún precaria, a pesar de los avances a nivel legal en favor del colectivo LGBTIQ+. De Lange *et al.* (2022) encontraron que los estilos de afrontamiento evitativo se asociaron a mayor ideación e intento de suicidio, lo cual es consistente con los hallazgos del este estudio, en el que el efecto directo de la evitación emocional sobre el riesgo de suicidio es significativo tanto en hombres como en mujeres, pero el efecto es más alto en las mujeres que en los hombres. Por su parte, el efecto indirecto de la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y riesgo de suicidio fue significativo en mujeres, pero no en hombres, lo que confirma la tendencia de las mujeres a comportarse de modo más emocional que los hombres (Yi *et al.*, 2021).

Este trabajo deja lecciones claras para la psicología de la salud. Primero, la necesidad de un abordaje diferencial por sexo y categorías de atracción sexual que permitan un tratamiento terapéutico acorde a hombres y mujeres, así como a jóvenes con atracción por el mismo o por el sexo opuesto (Lam *et al.*, 2004). Segundo, la evitación emocional es un mediador clave en mujeres adolescentes y en adultos jóvenes, mediante el cual aumenta la probabilidad de riesgo suicida; puede estar influenciada por los roles de género tradicionales, que perjudican particularmente a adolescentes LGBTQ+, en comparación con adultos jóvenes (Li *et al.*, 2021). Por último, desde el punto de vista de la sexualidad de los jóvenes es importante señalar que la asociación entre atracción sexual y riesgo suicida es más fuerte en hombres que en mujeres, lo cual sugiere las dificultades de afrontar una sexualidad diversa en los varones, en una cultura en la que persiste la homofobia, como es el caso de Latinoamérica, y de Colombia en particular.

En efecto, la publicación de Colombia Diversa (2023) señaló que los crímenes de odio, los abusos policiales, las amenazas y los chantajes contra personas LGBTQ+ aumentaron en Colombia entre 2017 y 2022 y su crecimiento en medio de la violencia política del país es preocupante para los activistas de derechos humanos LGBTQ+. Por su parte, en cuanto al mayor nivel de roles de masculinidad hegemónica observado en las jóvenes en este trabajo, el estudio realizado por Barrios *et al.* (2016, p. 9) en Guatemala señala que el efecto de los roles tradicionales de masculinidad en las niñas, adolescentes y jóvenes tuvo un impacto negativo. Las autoras concluyeron que la evidencia demostró que “la masculinidad hegemónica como una construcción social permite la reproducción del sistema patriarcal, a partir de la naturalización de la violencia, el control de la sexualidad y los cuerpos de las mujeres, limitando su autonomía y toma de decisiones propias” y que América Latina es la región con menos avances en esta materia.

El trabajo que aquí presentamos tiene varias fortalezas. Primero, se contó con una muestra grande de participantes de distintas regiones de Colombia, lo que garantiza la representatividad de adolescentes y de jóvenes colombianos. Segundo, los índices de ajuste encontrados fueron óptimos. Tercero, se emplearon pruebas psicológicas previamente validadas en población colombiana. Por otra parte, la investigación tuvo varias limitaciones. Primera, el estudio solo obtuvo una medida de la orientación sexual: la *atracción sexual*. Futuros estudios deberán indagar otras dimensiones de la orientación sexual, como los comportamientos (relaciones sexua-

les) y la identidad sexual. Segunda, el diseño fue transversal, el cual sugiere importantes hipótesis, pero imposibilita la obtención de explicaciones causales y ofrece únicamente de relaciones de influencia. Tercero, dado que la muestra en este estudio es esencialmente adolescente, los resultados deberán tomarse con precaución, dado que se ha encontrado que ellos experimentan inestabilidad en su regulación emocional e incrementada vulnerabilidad, debido a cambios físicos, neuronales y sociales durante este periodo (Ahmed *et al.*, 2015). Finalmente, las magnitudes del efecto betas estandarizados y R^2 's fueron significativos, pero pequeños, lo cual sugiere que otras variables no analizadas en la investigación juegan un papel crucial, dada la multifactorialidad del riesgo suicida.

CONCLUSIÓN

Se concluye que los hombres con atracción por hombres reportan mayor riesgo suicida que los hombres con atracción por mujeres. Asimismo, las mujeres con atracción por mujeres informan mayor riesgo de suicidio que las mujeres con atracción por hombres. Existe un efecto mediador conjunto de los roles de género masculino y la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y el riesgo de suicidio, tanto en hombres como en mujeres, incluso luego de controlar por la edad. No obstante, al analizar el efecto directo de los roles de género masculino y la evitación emocional por separado sobre el riesgo de suicidio, dicho efecto se da en mujeres, aun después de controlar por la edad; mientras que, en los hombres, solo la evitación emocional ejerció un efecto directo sobre el riesgo de suicidio, aun después de controlar por la edad. Por consiguiente, son necesarias investigaciones longitudinales que muestren el impacto del tiempo en que se mantengan estos hallazgos.

REFERENCIAS

- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience* 15, 11-25. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2015.07.006>
- Ato, M., López, J. J. y Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.

- Barrios, W., y Ramazzini, A. L. (2016). La masculinidad hegemónica y su impacto en la vida de las niñas, adolescentes y jóvenes. *¿Cuál es el problema? Cuaderno 1. Cuadernos de la UNFPA*.
- Blalock, J. A. y Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive Therapy and Research* 24, 47-65. <https://doi.org/10.1023/A:1005450908245>
- Bouris, A., Everett, B. G., Heath, R. D., Elsaesser, C. E. y Neilands, T. B. (2015). Effects of victimization and violence on suicidal ideation and behaviors among sexual minority and heterosexual adolescents. *LGBT Health*, 3(2), 153-161. <http://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0037>
- Bunney, W. E., Kleinman, A. M., Pellmar, T. C. y Goldsmith, S. K. (eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press.
- Campo Arias, A. (2022). *Comportamientos suicidas: Perspectivas del siglo XXI*. Editorial Unimagdalena.
- Coker, T. R., Austin, S. B. y Schuster, M. A. (2010). The health and health care of lesbian, gay and bisexual adolescents. *Annual Review of Public Health*, 31, 457-477.
- Colombia Diversa (2023). La realidad de la discriminación. Situación de derechos humanos de las personas LGBTQ+ en Colombia. <https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2023/11/Resumen-ejecutivo-Informe-Colombia-Diversa.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2022). *Panorama Social de América Latina*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/ps>
- Chorot, P. y Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). UNED.
- Dentato, M. (2012). The minority stress perspective. *Psychology & AIDS Exchange*, 37, 12-15.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu Olivares, A. (2004). Social problem solving: Theory and assessment. En E. C. Chang, T. J. D’Zurilla y L. J. Sanna (eds.), *Social problem solving: Theory, research, and training* (pp. 11-27). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10805-001>
- Fitzpatrick, K. K., Euton, S. J., Jones, J. N. y Schmidt, N. B. (2005). Gender role, sexual orientation and suicide risk. *Journal of Affective Disorders*, 87(1), 35-42. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2005.02.020>
- Fonseca de Freitas, D. F., Silva, C. y Coimbra, S. (2021). Discrimination and mental health: Mediation effects of coping strategies in LGB and heterosexual youth. *Psyche*, 30(1), 1-18. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2018.22185>

- Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Granato, S. L., Smith, P. N. y Selwyn, C. N. (2015). Acquired capability and masculine gender norm adherence: Potential pathways to higher rates of male suicide. *Psychology of Men & Masculinity*, 16(3), 246-253. <https://doi.org/10.1037/a0038181>
- Goldsmith, S. K., Institute of Medicine (U. S.), Committee on Pathophysiology and Prevention of Adolescent and Adult Suicide. (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press.
- Hatzenbuehler, M. L. (2009). How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychological Bulletin*, 135(5), 707-730. <https://doi.org/10.1037/a0016441>
- Hayes, A. F. (2017). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford publications.
- Henry, R. S., Hoetger, C., Rabinovitch, A. E., Aguayo Arellis, A., Rabago Barajas, B. V. y Perrin, P. B. (2021). Discrimination, mental health, and suicidal ideation among sexual minority adults in Latin America: Considering the roles of social support and religiosity. *Trauma Care*, 1(3), 143-161. <https://doi.org/10.3390/traumacare1030013>
- Hernández Bello, L., Hueso Montoro, C., Gómez Urquiza, J. L. y Cogollo Milanés, Z. (2020). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento de suicidio en adolescentes: revisión sistemática. *Revista Especializada de Salud Pública*, 94(10), 1-15.
- Hu, L. y Bentler, P. M. (1999). Cut-off criteria for fit indices in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Karademas, E. C., Tsalikou, C. y Tallarou, M. C. (2011). The impact of emotion regulation and illness- focused coping strategies on the relation of illness-related negative emotions to subjective health. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 510-519. <https://doi.org/10.1177/1359105310392093>
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2018). *Forensis. Datos para la vida*, 20, 267-294. <https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/386932/Forensis+2018.pdf>
- Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2022). *Forensis. Datos para la vida*, 24, 166-182. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/989825/Forensis_2022.pdf
- Kimmel, M. (1997). Masculinity as Homophobia: Fear, shame, and silence in the construction of gender identity. En Mary Gergen y Sara Davids (eds.), *Toward a new psychology of gender*. Routledge.

- Kohlbrener, V., Deuba, K., Karki, D. K. y Marrone, G. (2016). Perceived discrimination is an independent risk factor for suicidal ideation among sexual and gender minorities in Nepal. *Plos One*, *11*(7), e0159359. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0159359>
- Lam, T. H., Stewart, S. M., Leung, G. M., Lee, P. W., Wong, J. P., Ho, L. M. y Force, Y. S. T. (2004). Depressive symptoms among Hong Kong adolescents: Relation to atypical sexual feelings and behaviors, gender dissatisfaction, pubertal timing, and family and peer relationships. *Archives of Sexual Behavior* *33*, 487-496 <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000037429.79394.c6>
- Lange, J. de, Baams, L., Bos, H., Bosker, R., Dumon, E., Portzky, G., Robinson, J., y van Bergen, D. (2022). Moderating role of coping in the association between minority stress and suicidal ideation and suicide attempts among sexual and gender minority young adults. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *52*(6), 1178-1192. <https://doi.org/10.1111/sltb.12913>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Li, W., Guo, L., Zhang, S., Wang, W., Chen, X., Li, Q. y Lu, C. (2021). Association among emotional and behavioural problems, sexual minority status and suicidal behaviours in adolescents: A cross-sectional study from Guangdong Province in China. *British Medical Journal Open*, *11*(9), e051485. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051485>
- Liang, Y., Huo, M., Kennison, R., & Zhou, R. (2017). The role of cognitive control in older adult cognitive reappraisal: Detached and positive reappraisal. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2017.00027> Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, *5*(2), 327-349.
- Londoño, N., Henao López, G., Puerta, I., Posada, S., Arango, D. y Aguirre Acevedo, D. (2006).
- Mann, A., Chan, A., Rohatgi, A., Caesar, M. A., Obedin-Maliver, J. y Kapp, D. S. (2022). Comparison of depressive symptoms and inflammation between sexual minorities and heterosexuals using NHANES study of 8538 participants. *Scientific Reports*, *12*(1), 3792. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07702-6>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>

- Ministerio de Salud (1993). Resolución 8430 de 1993: normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en Salud. Minsalud.
- Moral, G. y Hervás, G. (2017). Regulación emocional aplicada al campo clínico. *Formación continuada a distancia*, 30. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11-FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Ortega Maldonado, A. y Salanova Soria, M. (2016). Evolución de los modelos sobre el afrontamiento del estrés: hacia el coping positivo. *Àgora de Salut*, 3, 285-293. <https://doi.org/10.6035/agorasalut.2016.3.30>
- Pineda Roa, C. A., Galindo Ascanio, G. K., González Moreno, D. P. y Chaparro Clavijo, R. A. (2019). Validación de un Inventario de roles de masculinidad hegemónica en varones colombianos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(2), 257-270. <https://doi.org/10.15332/22563067.5401>
- Pineda Roa, C. A., Campo Arias, A. y Bello-Villanueva, A. M. (2022). Association between sexual attraction and suicide risk: The mediating role of spirituality. *Mental Health, Religion & Culture*, 25(8), 739-754. <https://doi.org/10.1080/13674676.2022.2032625>
- Plutchik, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 13, 23-34.
- Radecki, C. M. y Jaccard, J. (1996). Gender-role differences in decision-making orientations and decision-making skills. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(1), 76-94. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1996.tb01839.x>
- Riley, T. J., Kirsch, A. C., Shapiro, J. B. y Conley, C. S. (2016). Examining stress and coping as a mediator for internalizing symptomatology: A comparison between sexual minority and majority first-year college students. *Journal of Adolescence*, 49, 124-133. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.005>
- Sánchez, F. J., Westefeld, J. S., Liu, W. M. y Vilain, E. (2010). Masculine gender role conflict and negative feelings about being gay. *Professional Psychology*, 41(2), 104-111. <https://doi.org/10.1037/a0015805>
- Sandfort, T. G., Bakker, F., Schellevis, F. y Vanwesenbeeck, I. (2009). Coping styles as mediator of sexual orientation-related health differences. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 253-263. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9233-9>
- Street, S., Kromrey, J. D. (1995). Gender roles and suicidal behavior. *Journal of College Student Psychotherapy*, 9(3), 41-56. https://doi.org/10.1300/J035v09n03_04
- Suárez, Y., Caballero, C., Palacio, J. y Pineda Roa, C. A. (2019). Adaptación, validez de constructo y confiabilidad de la escala de Riesgo Suicida Plutchik en adolescentes

- colombianos, Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53(3), 1-8. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.1>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J. y Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 74. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0121-0>
- Uribe Urzola, A., Ramos Vidal, I., Villamil Benítez, I. y Palacio Sañudo, J. E. (2018). La importancia de las estrategias de afrontamiento en el bienestar psicológico en una muestra escolarizada de adolescentes. *Psicogente*, 21(40), 440-457. <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3082>
- Viñas Poch, Ferran, González Carrasco, Mónica, García Moreno, Yolanda, Malo Cerrato, Sara y Casas Aznar, Ferran (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.1.163681>
- Yi, S., Chang, E. C., Chang, O. D., Seward, N. J., McAvoy, L. B., Krause, E. R., Schaffer, M. R., Novak, C. J., Ip, K. y Hirsch, J. K. (2021). Coping and suicide in college students. *Crisis*, 42(1), 5-12. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000662>
- Zhao, Y., Montoro, R., Igartua, K. y Thombs, B. D. (2010). Suicidal ideation and attempt among adolescents reporting “unsure” sexual identity or heterosexual identity plus same-sex attraction or behavior: forgotten groups? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 104-113. <https://doi.org/10.1097/00004583-201002000-00004>

EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MADRES PRIMIGESTAS: UN ANÁLISIS DEL DISCURSO

MARÍA AMANDA JULIETA TELLO BELLO¹
MARLEN Y. MORALES MARTÍNEZ²
FRANCISCO JAVIER ROSAS SANTIAGO³

INTRODUCCIÓN

El proceso de embarazo, parto y puerperio es una etapa crucial en la vida de una mujer, y se caracteriza por una amalgama de emociones, expectativas y desafíos. Sin embargo, para muchas madres primerizas, este periodo puede verse empañado por una realidad alarmante: la violencia obstétrica. Este fenómeno, adquiere una dimensión aún más preocupante, dado que estas mujeres enfrentan una serie de cambios y desafíos desconocidos, y a menudo se encuentran en una posición de vulnerabilidad frente al sistema de atención médica. La violencia obstétrica ha emergido como una preocupación fundamental en el ámbito de la salud pública y de los derechos humanos, ya que no solo compromete la salud y el bienestar de las mujeres, sino que también socava su dignidad y autonomía. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), se trata de un fenómeno en el que la mujer experimenta un trato irrespetuoso, abusivo y negligente durante el cuidado prenatal, el parto y el posparto por parte de los profesionales con los cuales se atiende. Este tipo de violencia puede manifestarse de varias formas, abiertas o veladas, como

¹ Instituto Nacional de Salud Pública, México.

² Egresada de la licenciatura en Psicología, Universidad Veracruzana, México.

³ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México.

el maltrato, la humillación, la agresión verbal, las burlas, las amenazas, la hipermedicalización, la patologización de procesos naturales como el parto, así como la negación al acceso a los servicios de salud, la atención sin consentimiento, bajo presión o sin información suficiente y la ejercida con discriminación por motivos de etnicidad-racialidad, estatus socioeconómico o estatus migratorio (OMS, 2014). En las últimas décadas, se ha reconocido cada vez más la importancia de abordar la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género y como una violación de los derechos reproductivos (Al Adib Mendiri, 2017).

Desde 2008, la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) en México incluyó el término violencia obstétrica, inicialmente en el estado de Veracruz y posteriormente en 20 entidades federativas más. En Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, este tipo de violencia contra las mujeres durante la atención en sus procesos reproductivos es considerada un delito (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017). A pesar de que la violencia obstétrica está tipificada en el Código Penal del estado de Veracruz desde 2010, es preocupante que el estado ocupe el séptimo lugar entre las entidades con mayor incidencia de maltrato en la atención obstétrica contra mujeres de 15 a 49 años. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (2021) indica que, para Veracruz, en los últimos cinco años, 36.1% de las mujeres de 15 a 49 años que han tenido un parto o una cesárea ha experimentado algún tipo de maltrato por parte del personal de salud que las atendió durante el proceso, cifra por arriba de la media nacional que es de 31.4%. Las formas más comunes de este maltrato incluyen ser objeto de gritos o regaños, la presión para someterse a procedimientos quirúrgicos como la colocación de dispositivos o la esterilización, así como la demora en la atención debido a las quejas de las pacientes. Además, se ha documentado la falta de autorización para intervenciones médicas como cesáreas, sin una explicación adecuada de por qué son necesarias (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021). Respecto al parto por cesárea, este procedimiento solo debe llevarse a cabo cuando es médicamente necesario y cuando el parto vaginal pudiera poner en peligro la salud de la madre o del bebé. La cesárea puede salvar vidas cuando está justificada desde el punto de vista médico. Por el contrario, cuando se utiliza sin las indicaciones correctas, los riesgos sobrepasan los beneficios (OMS, 2015). Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2019), ha habido una tendencia mundial hacia el uso excesivo de la cesárea; México es uno

de los países con mayores tasas de cesáreas a nivel mundial, y llega casi a equipararse con el número de partos vaginales. Respecto a esto, la OMS (1985) recomienda una tasa de cesárea que oscile entre 10% y 15%, mientras que la Norma Oficial Mexicana 007 (NOM 007, 1995) establece un límite máximo de 15% en hospitales de segundo nivel de atención y de 20% en los de tercer nivel. A pesar de estas directrices, en México se registró una alarmante tasa de cesáreas de 48.2% para el año 2021 (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2021). La creciente frecuencia de cesáreas ha generado una discusión sobre si su uso extensivo es una forma de violencia obstétrica que viola los derechos reproductivos de las mujeres (Murrieta, 2021).

Uno de los procedimientos que realizan los médicos para evaluar y monitorear la dilatación del cuello uterino de las mujeres es el tacto vaginal, que se recomienda realizar en intervalos de cuatro horas (OMS, 2019). A pesar de ello, Valdez *et al.* (2016) señalan que el número de tactos vaginales realizados por los médicos con frecuencia supera la norma; el personal médico calificado y responsable del parto es el que debe realizar este procedimiento, pero es común que los practicantes lo realicen. Otro procedimiento que es llevado a cabo de forma rutinaria es la episiotomía; la OMS declaró en 2019, en el numeral 39, que “no se recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo”. No obstante, Valdez *et al.* (2016) señalan que esta práctica se sigue realizando de manera rutinaria en la mayoría de los casos. Además, diversos autores mencionan que la primiparidad es uno de los principales factores de riesgo asociados a la realización de episiotomías (Camacho Morell *et al.*, 2017; Amorim, *et al.*, 2014; García Lorca *et al.*, 2020).

Por otro lado, Jardim y Modena (2018) afirman que el personal médico con frecuencia no escucha a las mujeres, minimizan su dolor, incluso cuando están listas para dar a luz, y las hacen víctimas de violencia verbal y psicológica; las parturientas reciben humillaciones, regaños, gritos y frases intimidatorias, lo que les limita el derecho a expresar sus emociones y el dolor que produce el proceso natural del parto (Jardim y Modena, 2018; Valdez *et al.*, 2016).

A pesar de que existe una variedad de manifestaciones de violencia obstétrica, una de las principales preocupaciones es que frecuentemente las mujeres no logran distinguir si han sufrido o no violencia, debido a que la jerarquía dentro del sistema de salud propicia que la autoridad médica no sea cuestionada (Borges *et al.*, 2020),

de manera que el personal médico puede imponer su autoridad, sus comentarios despectivos, sus normas y valores morales y decidir lo que cree que es mejor para las mujeres debido a la pasividad de esas, así como al desconocimiento de sus derechos (Jardim y Modena, 2018, p. 9).

Por lo anterior, es fundamental destacar que este estudio adopta una perspectiva de género como marco analítico, que se define como una estructura compleja de símbolos culturales, normas sociales, prácticas institucionales y aspectos identitarios subjetivos que diferencian los sexos y los insertan en relaciones de poder (Lagarde, 2005). La apropiación del conocimiento obstétrico por parte de los médicos ha llevado a la institucionalización del parto, promoviendo la concepción de las mujeres como frágiles y centradas en su papel reproductivo, lo que refuerza la necesidad de la intervención médica para proteger tanto a la mujer como al feto de las supuestas vulnerabilidades del cuerpo femenino (Diniz, 1996). Como consecuencia, la violencia obstétrica se convierte en una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos muchas veces ignorada por la legitimación del saber médico, lo que implica un trato deshumanizado y la medicalización y la patologización de los procesos reproductivos (Shabot, 2021).

Y como lo menciona Laverde y Parada (2022), esto se acentúa en las mujeres primerizas debido a que no tienen experiencia ni conocimiento del proceso del parto y solo tienen referencias sociales (madres, amigas) al respecto, por lo que es más fácil confiar en el conocimiento de los médicos, ya que este se asume como el resultado logrado por años de estudio. Lo anterior también se corrobora con el discurso del personal de salud, reportado en un estudio realizado por Flores Romero *et al.* (2022), según el cual la mayoría de las mujeres refirieron estar asustadas durante el proceso de nacimiento; esta experiencia fue más común en madres primerizas y en menores de edad, así como en mujeres sin conocimiento o sin entrenamiento previo en relación con el proceso de alumbramiento. En concordancia con ello, en el estudio realizado por Sadler *et al.* (2016) se encontró que ser madre primeriza es un factor de riesgo frente a la violencia obstétrica.

Por lo anterior, es de suma importancia lo que mencionan Trajano y Barreto (2021) en tanto la atención durante el parto debe centrarse en las necesidades y deseos de las mujeres como sujetos de derechos, reconociendo el parto como un proceso fisiológico que incorpora la experiencia sexual femenina. Esta perspectiva implica comprender el parto como un evento que abarca aspectos fisiológicos, antro-

pológicos, sociales y psicológicos, más allá de ser simplemente un acto médico. Al adoptar este enfoque, se subraya la importancia de colocar a la mujer en el centro del proceso de parto, lo que representa un cambio significativo en la relación de poder históricamente arraigada entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Es en este contexto que se hace necesario el estudio de la violencia obstétrica, no solo desde una perspectiva individual, sino también desde una perspectiva sistémica y de derechos humanos. Por consiguiente, el objetivo de esta investigación fue analizar el discurso de la experiencia de violencia obstétrica en madres primerizas atendidas en hospitales públicos de Xalapa, Veracruz, desde una perspectiva de género. Cabe mencionar que este documento emerge de los datos recabados como parte del desarrollo del trabajo de campo para la elaboración de una tesis de licenciatura en psicología.

METODOLOGÍA

Para efectos de esta investigación, la metodología utilizada fue de carácter cualitativo con un enfoque fenomenológico, lo que permitió abordar las experiencias de las mujeres participantes para profundizar y comprender lo que ocurre con las madres primerizas y la violencia obstétrica, a nivel personal.

De acuerdo con el objetivo de la investigación, el muestreo fue de tipo propositivo (Patton, 1990) y el tamaño de la muestra fue de 10 madres primerizas que cumplieron con cuatro criterios para elegir a las informantes en función de la problemática a explorar: madres primerizas, que fueron atendidas en hospitales públicos, que radicaban en la ciudad de Xalapa, Veracruz, y que quisieron participar voluntariamente en la investigación.

Para recopilar los datos se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas de manera individual, con el apoyo de una guía conformada por tres ejes temáticos: expectativas de la mujer (maternidad-madres primerizas), violencia contra la mujer (violencia de género y obstétrica) y atención-reacción posparto (vínculo madre-bebé). La guía de entrevista fue revisada por tres expertas en el tema para su validación. Posteriormente se llevó a cabo una entrevista como forma de pilotaje y se realizaron los ajustes correspondientes hasta llegar a la versión final de la misma.

Las participantes fueron atendidas en tres unidades de la capital de Xalapa: el Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio (CAE), la clínica 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Hospital Civil de Xalapa, las cuales ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente y no derechohabiente y pertenecen al sector público. La recolección de los datos se realizó de enero a abril de 2022; el procedimiento para entrar en contacto con las participantes se llevó a cabo mediante redes sociales, a través de la publicación de una convocatoria para participar en la investigación (Facebook, Instagram); y con la técnica de bola de nieve, las mismas participantes sugerían la participación de conocidas que cumplieran con los criterios. Después se acordó el día y la hora de la entrevista, teniendo en cuenta el horario disponible de cada una de las mujeres.

Antes de la entrevista, las mujeres firmaron un consentimiento informado donde se especifica cada uno de los aspectos que conformaron el estudio, incluyendo la voluntariedad y confidencialidad de los datos que se recabarían. También se les aclaró que podrían abandonar el estudio en el momento en que así los desearan y que, si experimentaban algún malestar emocional durante su participación, podrían informarlo a la entrevistadora, quien les asistiría en caso necesario para enfrentar cualquier emergencia psicológica. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera individual; el tiempo de cada una osciló entre 50 y 60 minutos por participante; fueron registradas en grabadora digital y posteriormente se transcribieron. Estas narraciones se analizaron y se codificaron de forma escrita y descriptiva. Para el análisis de datos se usó la técnica de análisis de contenido con el apoyo del programa Atlas.ti versión 9.

RESULTADOS

Al momento del parto, la edad de las participantes oscilaba entre 17 y 23 años de edad; el estado civil actual de 8 de ellas es unión libre, una es casada y una es madre soltera. En cuanto a la escolaridad, 5 habían cursado licenciatura y 5 preparatoria. Respecto al tipo de parto, 7 fueron vía cesárea y 3 por vía vaginal; 6 de ellas fueron atendidas en el CAE, 3 en la clínica 11 del IMSS y una en el Hospital Civil. Después del análisis de las narrativas, emergieron 82 códigos con 851 citas. De la codificación llevada a cabo, la categoría principal es la violencia obstétrica, la cual es una

forma de violencia que existe dentro de la atención hospitalaria del embarazo, el parto y el posparto, degradando, oprimiendo e intimidando a las mujeres. Estas vivencias tienen diversas connotaciones simbólicas, explícitas; sin embargo, aún existe invisibilización de estas prácticas debido a la poca o nula información de las usuarias de los servicios de salud, lo que conlleva a una normalización de los tratos, la patologización, la medicalización, entre otras, que se da durante el proceso del parto (Shabot, 2021; Shabot, 2016; Espinoza Reyes *et al.*, 2020).

Las subcategorías que emergieron en el discurso con mayor fuerza en todas las entrevistas fueron: violencia verbal, violencia física, violencia psicológica, procedimientos obligados, violencia naturalizada y secuelas de la atención (véase la figura 1), las cuales se definen a continuación; se presentan asimismo fragmentos de los discursos de las participantes.

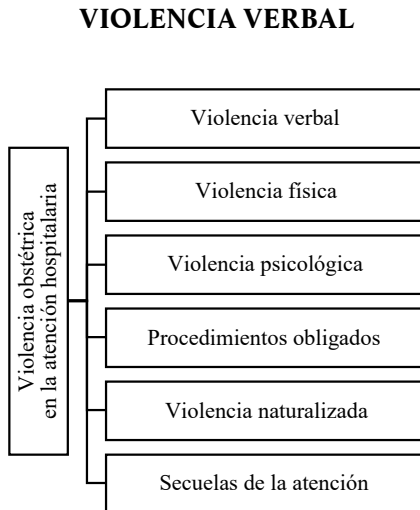


Figura 1. Categorías de análisis derivadas del discurso de las participantes.

Fuente: elaboración propia.

Autores como Belli (2013) afirman que las agresiones verbales se manifiestan a través de muestras de insensibilidad ante el dolor de la mujer, manteniendo silencio ante sus preguntas, o a través de la infantilización, los insultos y los comentarios

humillantes. Las mujeres participantes refirieron manifestaciones de violencia verbal en diferentes momentos del proceso de atención al parto, especialmente antes de dar a luz, instante en el que el agotamiento y las emociones se intensifican. Comúnmente, las declaraciones violentas denotan insensibilidad y falta de empatía hacia el dolor que padecen las mujeres, instándolas a callar las emociones a través de reprimendas o de comentarios sarcásticos:

Una enfermera se regresa y nos calla todas... “¿Qué carajos se quejan? ¿A qué vienen a quejarse? O sea, ustedes decidieron eso, ustedes saben que tener un parto duele; entonces ¿de qué se quejan? Guarden silencio, porque tienen que guardar silencio y al momento que les toque les va a tocar; así pasen dos horas se tienen que esperar, porque no hacemos maravillas con todas”... Y fue así una contestación, pero en un tono muy brusco (P-2).

Una vez con una enfermera fue algo muy fuerte, porque te plantean las cosas muy feas y te dicen “Es que por qué no te cuidaste, no le pensaste, y es que estás muy joven y ni siquiera vas a poder parir; o sea, estás muy joven, hubieras abortado mejor... usted póngase a pensar que no tiene los recursos suficientes para traer niños al mundo, está muy joven, le puede causar más problemas o bien puede morir” (P-4).

VIOLENCIA FÍSICA

La violencia obstétrica puede ser manifestada de forma física cuando atenta contra la integridad corporal de la persona; incluye prácticas invasivas, el suministro innecesario o no justificado de medicamentos y la alteración en cuanto al tiempo requerido que impide un parto biológico (Casadiego y Contreras, 2022). A medida que las participantes compartían sus experiencias, destacaron haber acusado empujones, curaciones descuidadas y tactos vaginales invasivos e innecesarios. Estas prácticas conllevan el riesgo de causar daño físico tanto a las mujeres como al producto. En estos casos, las pacientes expresaron su malestar al personal de salud, pero sus preocupaciones fueron ignoradas y desestimadas, atribuyendo la causa del malestar únicamente a las mujeres.

Ese tipo fue tosco [tacto vaginal] y cuando me quise parar empecé a sangrar, y aun así me regresaron; ese tipo sí me lastimó y después regresé y le dije a otro que me contestó: “Es normal, no pasa nada, como la dilatación no la tenías a tanto [centímetros] y al meter la mano te la hizo más grande [la dilatación]...”, y yo así de pero si no tenía la dilatación bien para qué hacen ese proceso, lo único que hizo fue lastimarme (P-3).

Una de las enfermeras me decía como “Siéntate aquí, es que no es así, ven y acuestate aquí”, y yo con mi panza ni me podía mover bien y me empujó; después le dije que no me podía mover mucho y me dijo: “No, ese no es mi problema, así no estás bien acomodada, parece que no sabes”, y yo así de es mi primer hijo, ¿cómo voy a saber? (P-6).

Cuando me tocaba la limpieza de la sutura eran muy bruscas; luego terminaba casi llorando y nada más me decían que no llorara, que me tenía que aguantar, porque yo quise tener a mi bebé (P-8).

VIOLENCIA PSICOLÓGICA

Según Soto Toussaint, (2016), la violencia psicológica se define como un acto u omisión que dañe la estabilidad psicológica, que puede consistir en negligencia, abandono, descuido reiterado, insultos, humillaciones, devaluación, marginación, indiferencia, comparaciones destructivas, rechazo, restricción a la autodeterminación y amenazas. Desde el momento en que las mujeres ingresan a la institución de salud, son expuestas a una serie de mensajes que enfatizan la importancia de seguir las indicaciones médicas; esta presión se intensifica cuando acceden a las salas de parto. El personal de salud puede reaccionar con firmeza ante cualquier discrepancia respecto de estas instrucciones, buscando desalentar cualquier comportamiento que perciban como insubordinación y haciendo responsables a las mujeres por las dificultades que puedan surgir durante el proceso de alumbramiento.

Este tipo de violencia a menudo pasa desapercibida debido a la normalización de esta, arraigada en las mujeres a lo largo de décadas:

Me dijo: “No se duerma, porque yo le voy a decir una cosa: yo aquí vengo y ahorita le voy a enseñar a su hijo; ahorita en un minuto se lo voy a enseñar, le voy a enseñar qué

es, qué sexo es, le voy a dar su peso, su talla y usted se lo tiene que memorizar; si no está cuerda póngase cuerda, porque aquí tiene que estar al pendiente de su hijo, porque ya tiene un hijo, una responsabilidad; y, si saliendo del quirófano usted no se acuerda y si le cambian a su bebé o se lo roban, el hospital no se hace responsable” (P-2).

Escuché que una chica tuvo a su bebé, pero nació muerto; entonces fue todo un impacto cuando la pasan a recuperación, porque la pusieron con otras mamás que tenían a sus hijos y no sé si sea o no, pero yo sí considero que es un tipo de violencia, porque el no poder tener a tu hijo y solo estar viendo cómo están las otras mamás con sus hijos, se me hace un acto agresivo; no me tocó ella, pero te enteras de lo que pasa en los otros cuartitos; lo escuché de las otras pasantes, que esa mujer estaba en *shock* (P-6).

PROCEDIMIENTOS OBLIGADOS

Al describir los procedimientos obligados en la atención de las mujeres, las narrativas están centradas principalmente en dos aspectos cruciales. En primer lugar, se destaca la presión ejercida por el personal de salud para que las mujeres acepten algún método anticonceptivo, a menudo sin facilitar un consentimiento informado adecuado, sino más bien forzándolo. Este aspecto es fundamental, ya que el consentimiento informado es un pilar central en las normas de bioética y constituye un aspecto vital en la relación médico-paciente (Secretaría de Salud, 2010, p. 60).

En segundo lugar, se hace referencia a la práctica de llevar a cabo ciertos procedimientos como la cesárea o la episiotomía, a menudo en momentos de vulnerabilidad durante el parto. Es crucial destacar cómo estas prácticas socavan el derecho de las mujeres a recibir atención médica respetuosa y centrada en sus necesidades y preferencias individuales. Además, afectan la percepción de las mujeres sobre su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud y bienestar durante el parto.

Pues así me la cantaron en el hospital: “De aquí tú no sales sin un método y es obligatorio que tienes que salir con un método y que lo cumplas”, y, al ver que no quería la pastilla, optaron por darme el implante y fue el implante o el implante... Fue de “No, sales con el implante porque no queremos... Usted póngase a pensar que no tiene los

recursos suficientes para traer niños al mundo, está muy joven, le puede causar más problemas o bien puede morir” (P-2).

Cuando ya por fin llegué a ocho centímetros de dilatación se me rompió la fuente y empiezo a dilatar, pero no había nadie conmigo, hasta que llegó una doctora y me dijo: “Ay, estás coronando, ¿cuánto llevas así?”, y yo ni sabía, se supone que yo era primípara; entonces me trasladaron y me acosté en la camilla, yo ya ni me podía mover; llegó la anestesióloga y me dijo que me iba a anestesiar; no me consultó nada, solo me puso la epidural y también ahí me dijeron que me iban a hacer la episiotomía; en ese momento como que no piensas en nada más que tu bebé salga bien, todo pasa muy rápido; cuando me hacen el corte, el doctor me dijo que me había movido y que por eso me había cortado mal, que ellos no se iban a hacer responsables de eso (P-10).

VIOLENCIA NATURALIZADA

Esta se da cuando la violencia obstétrica ha sido internalizada tanto por el personal de salud como por las propias mujeres que la sufren. Al igual que otros tipos de violencia contra las mujeres, la violencia obstétrica ha sido naturalizada e invisibilizada, de tal suerte que muchas de las mujeres que la viven creen que es normal o natural, porque, al desconocer sus derechos humanos, reproducen actitudes de sumisión, en algunos casos, frente al personal de salud (Soto Toussaint, 2016). La mayoría de las entrevistadas expresaron su preferencia por dejar atrás las incomodidades y los maltratos experimentados durante el parto, enfocándose en la alegría de que su bebé hubiera nacido saludable y en las expectativas de la maternidad. Esta actitud puede explicar la escasez de denuncias y de quejas sobre este tipo de violencia.

Las enfermeras me decían: “Señora, no se adelante, va a hacer las cosas mal, luego nos van a echar la culpa a nosotras y usted es la que no entiende; si no quiere que nazca bien su bebé, pues haga lo que se le dé la gana...”, hasta que pues ya pudo salir mi bebé; lo escuché llorar y es como alivio total, o sea, todas las preocupaciones, todo enojo, todo se me fue y solo me concentro en escuchar eso y lo quería ver, lo quería tocar, lo quería... no sé, tenerlo conmigo (P-9).

Yo ahorita soy un poco más grande de edad, mayor de edad, pero escuchaba a chicas que estaban en mi misma situación y con problemas aún peores y te preguntan: “¿Cuál es tu experiencia?” o “¿Qué guardas de esto?”, ¿no?, y les cuentas todo, o al menos yo les contaba todo, y les decía es que te van a tratar horrible, pero tú te tienes que quedar con lo bonito de esa experiencia, o sea, vas a tener a tu bebé, vas a poder tener la familia que algún día planeaste y que ahora se te está haciendo realidad (P-4).

Unas enfermeras se ponían groseras y decían comentarios que ni al caso, que si estás muy chica, que si haces esto, que si haces lo otro, que si no sabes pa' qué abres las piernas... Al final de cuentas te terminas acostumbrando (P-7).

SECUELAS FÍSICAS DE LA ATENCIÓN

La violencia obstétrica puede provocar consecuencias físicas, las cuales pueden ser cambios, lesiones o huellas que podrían percibirse a corto o a largo plazo, con distintos grados de severidad, que en algunos casos puede llegar a causar daños irreversibles (Valiente *et al.*, 2023). En este contexto, las participantes hacen referencia al descuido y a la negligencia que el personal de salud tuvo en algún momento del proceso. Es importante destacar que estas pueden variar en gravedad y en duración, y que algunas mujeres refirieron experimentar consecuencias a corto plazo mientras que otras tienen que enfrentar problemas de salud a largo plazo:

Las enfermeras me canalizaron mal al ponerme los sueros y me quedó adolorido este brazo para toda mi vida yo creo; yo le dije a la enfermera que me dolía y solo me fue a aplastar donde lo tenía; nada más me lo aplastó y me dijo: “¿Aquí?”, y yo de sí, ahí me duele; nada más como que lo meneó [movió], y me dijo que ya; pero yo sentía que me dolía y me ignoró; no hizo por cambiarlo, moverlo o quitarlo (P-5).

A mí algo que me molestó mucho fue que había un doctor nuevo, fue el que atendió mi parto y me hizo una episiotomía horrible, dolorosa, y que me había dejado hematomas; entonces... fue muy difícil; yo no sentía de las piernas para abajo y supuestamente yo no tenía epidural, era un parto sin anestesia, pero no sentía las piernas; entonces yo decía es que algo está mal aquí, algo no está bien (P-4).

DISCUSIÓN

La violencia obstétrica impacta la experiencia de las mujeres durante el parto, llegando a afectar su bienestar emocional y psicológico. Según Arnao Bergero *et al.* (2018), las experiencias durante el parto y en las primeras horas después pueden dejar una huella profunda en la memoria de las madres, sean positivas o negativas. Aquellas mujeres que enfrentan un parto marcado por la violencia experimentan una serie de emociones y de consecuencias adversas, como sentimientos de culpa, baja autoestima, dificultades en el vínculo con su bebé, problemas de adaptación psicosocial, obstáculos en la lactancia, pérdida de confianza en su imagen corporal, estrés postraumático, ansiedad y depresión (Bohren *et al.*, 2015). Algunas investigaciones han evidenciado resultados similares a los obtenidos en el este estudio, tales como que las mujeres no son conscientes del término ‘violencia obstétrica’ (Nascimento *et al.*, 2019) y/o ‘derechos sexuales y reproductivos’ (Flores *et al.*, 2019), ya que muchas veces la violencia obstétrica ocurre de manera encubierta, debido a la falta de conocimiento sobre su existencia y sobre los derechos de parto (Pereira Lima Melo *et al.*, 2022), normalizando el maltrato durante la atención (Castro y Savage, 2018), impregnado de sumisión, abusos físicos, verbales y psicológicos (Trajano y Barreto, 2021; Barcelar Evangelista Guimarães *et al.*, 2018; Jojoa Tobar *et al.*, 2019; Nascimento *et al.*, 2019). Esta situación se ve agravada por la falta de rendición de cuentas por parte del personal de salud, lo que responde a un sesgo sistemático y de género que genera relaciones de poder inequitativas entre el personal de salud y las pacientes (Ramos *et al.*, 2023). Si bien es cierto que los resultados anteriores provienen de estudios con mujeres en general, como se mencionó con anterioridad, en el caso de las madres primerizas estos aspectos se intensifican debido a la nula experiencia o conocimiento del proceso del parto, ya que solo tienen referencias sociales al respecto (madres y amigas).

Por otro lado, con este estudio se evidencia la necesidad de llevar a cabo una mayor exploración en este sector, para visibilizar la violencia obstétrica que, por su condición de primigestas, hace a las mujeres más vulnerables. Por otro lado, es evidente que la falta de conocimiento sobre la violencia obstétrica y sobre los derechos de las pacientes puede llevar a que las mujeres normalicen el maltrato como parte del proceso de parto, llegando a naturalizar los actos de violencia obstétrica. Aunque en sus relatos puedan describir actos de diversos tipos de maltrato, rara

vez los etiquetan como tal. El personal de salud debe tener en cuenta las implicaciones del trato, respaldarse en la evidencia científica y cumplir con la obligación de respetar los derechos de las mujeres y sus productos, incluso cuando estas no estén conscientes o no estén capacitadas para reclamarlos, tal como sostienen Iglesias *et al.* (2019).

Es crucial considerar, como refieren Leinweber *et al.* (2022), un enfoque inclusivo y centrado en la mujer, que podría ayudar a estas a identificar y validar sus experiencias de parto traumático. Este enfoque no solo ofrecería beneficios para la práctica clínica, la educación y la investigación, sino también para la formulación de políticas y en el activismo en los ámbitos de la salud mental perinatal y de la atención materna respetuosa.

Luego de analizar y de contrastar todos los resultados obtenidos, se observa que el género y la posición del personal médico actúan ambos como mediadores significativos en estas dinámicas, debido a la representación de los cuerpos como territorios intervenidos y conquistados por la materialización del enfoque médico hegemónico, en lo que a los procesos de gestación y de parto o cesárea se refiere (Queiruga, 2022).

Como lo menciona Arguedas (2014), el saber de las mujeres es descalificado por la institucionalidad médica; es definido como un saber ingenuo, insuficiente y acientífico (convirtiéndose en un saber subyugado); a las mujeres no se les asume como interlocutoras válidas, debido a que no hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica.

Es en este contexto donde la violencia obstétrica se manifiesta en los mecanismos de control y de opresión que se desarrollan en situaciones donde se dan relaciones de poder desiguales entre los profesionales de la salud y la mujer gestante, con una asistencia patentada por el autoritarismo desde una relación de dominación/subordinación que las convierte en objetos (Borges *et al.*, 2020).

Por lo tanto, con este estudio queda evidenciada la limitada autonomía de las mujeres en cuanto a tomar decisiones en momentos cruciales, así como la falta de educación y de habilidades técnicas para afrontar los aspectos emocionales del parto por parte de los profesionales de la salud; este es un factor medular para la atención obstétrica actual y la resiliencia al cambio (Rodríguez y Martínez, 2021).

CONCLUSIÓN

Los hallazgos revelan la presencia sistemática de prácticas violentas, donde el género y la posición de poder del personal de salud juegan un papel crucial. La falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones importantes durante el parto, así como la subordinación en los procesos de atención, son aspectos preocupantes que requieren una atención inmediata. Es evidente la necesidad de implementar medidas que promuevan una atención obstétrica respetuosa y centrada en las necesidades de las mujeres. Esto implica una revisión exhaustiva de las estructuras de poder dentro de las instituciones de salud, así como la capacitación del personal médico en materia de derechos reproductivos y de género.

Además, es fundamental empoderar a las mujeres para que puedan reconocer y denunciar la violencia obstétrica, así como participar activamente en la toma de decisiones relacionadas con su salud y la de sus bebés. En última instancia, abordar la violencia obstétrica no solo es una cuestión de derechos humanos, sino también de salud pública. Al garantizar una atención obstétrica respetuosa y libre de violencia, se contribuye al bienestar físico, emocional y psicológico de las madres y de sus hijos, sentando las bases para una maternidad más segura y saludable.

REFERENCIAS

- Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M. y Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
- Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J. y Vargas Vite, V. (2010). La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 4-20.
- Amorim M. M., Franca Neto A. H., Leal N. V., Melo F. O., Maia S. B. y Alves J. N. (2014). Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol.* 125(1), 38.
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1),145-69.
- Arnao Bergero, M., Galván, V. L. y Roso, F. (2018). Parir y nacer: trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología-Tercera época*, 17(2), 3-13. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe017>

- Barcelar Evangelista Guimarães, L., Jonas, E. y Rute Oliveira Gurgel do Amaral, L. (2018). Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins. *Revista Estudos Feministas*, 26(1).
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos [Obstetric violence: another form of Human Rights violation]. *Revista Redbioética/UNESCO*, 25.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Araújo Diniz, A. L., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J. y Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities. Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Borges, D. L., Sánchez, M. R., Peñalver, S. A. G. y González, P. A. (2020). Violencia hacia la mujer durante el parto: ¿realidad desconocida o naturalizada? *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 46 (3).
- Camacho Morell F., García Barba, I., López Simó, A., Belda Pérez, A. (2017). Factors affecting the performance of an episiotomy in spontaneous vaginal deliveries. *Matronas Profesion. 18(3):98-104*.
- Casadiego, Y. P. y Contreras, P. M. C. (2022). *Una mirada hacia la violencia obstétrica: “Por un parto más digno”*. Universidad Cooperativa de Colombia. <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/896410a0-d5f9-4742-97a6-282a5b962ff4/content>
- Castro, A. y Savage, V. (2018). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123-136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2017). Recomendación General No. 31/2017, sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud. México.
- Diniz, C. (1996). *Assistência ao parto e relações de gênero: elementos para uma releitura médico-social [dissertação]*. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo.
- Espinoza Reyes, E. y Solís, M. (2020). Decolonizing the womb: Agency against obstetric violence in Tijuana, Mexico. *Journal of International Women's Studies*, 21(7), 189-206.
- Flores Romero, L., Viñas Velázquez, B. M., Treviño Siller, S., Islas Limón, J. Y. y Cejudo Espinosa, L. (2022). Violencia obstétrica en la atención del parto en Baja California: Percepciones del personal de enfermería. *Frontera Norte*, 34, e2243. <https://doi.org/10.33679/rfn.v1i1.2243>

- Flores, Y., Ledezma, A. G. M., Hernández Ibarra, L. E. y Acevedo, C. E. G. (2019). Construcción social de la violencia obstétrica en mujeres tének y náhuatl de México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03464.
- García Lorca, A. I., Viguera Martínez, M. D. L. Á., Ballesteros Meseguer, C., Fernández Alarcón, M. D. L. M., Carrillo García, C. y Martínez Roche, M. E. (2020). Tasa de episiotomía en el Hospital Clínico Universitario de La Arrixaca y factores que influyen en su práctica. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201907040.
- Iglesias, S., Conde, M., González, S. y Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2021). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2021. Cuernavaca: INSP, 2022. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021. Resultados nacionales. INSP. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/>
- Jardim, D. M. B. y Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3069.
- Jojoa Tobar, E., Cuchumbe Sánchez, Y. D., Ledesma Rengifo, J. B., Muñoz Mosquera, M. C., Paja Campo, A. M. y Suárez Bravo, J. P. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146.
- Lagarde, M. (2005). *Para mis socias de la vida: claves feministas para el poderío y la autonomía de las mujeres, los liderazgos entrañables y las negociaciones en el amor*. Vol. 48, Horas y horas.
- Laverde Alfonso, G. y Parada Prieto, L. D. (2022). *Dar a luz es el único dolor que vale la pena sufrir: un análisis fenomenológico interpretativo sobre la violencia obstétrica en madres colombianas*. Universidad de Los Andes <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/64c05a1f-6b85-4c22-8de9-fc3320c00fe9/content>
- Leinweber, J., Fontein Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E. y Stramrood, C. (2022). Developing a

- woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth* (Berkeley, Calif.), 49(4), 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Murrieta, A. P. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México. *MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 6(1), 59-76. <https://doi.org/10.1344/musas2021.vol6.num1.4>
- Nascimento, S. L. D., Pires, V. M. M. M., Santos, N. D. A., Machado, J. C., Meira, L. S. y Palmarella, V. P. R. (2019). Conhecimentos e experiências de violência obstétrica em mulheres que vivenciaram a experiência do parto. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (37), 66-79. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-45682019000200066&script=sci_arttext&tlng=pt
- Norma Oficial Mexicana 007 (1995). NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. *Diario Oficial de la Federación*. México.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet (London, England)*, 2(8452), 436-437.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Sexual and reproductive health: prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth*. WHO statement (No. WHO/RHR/14.23).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *Declaración de la OMS sobre la tasa de cesárea*. Ginebra: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2019. *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK591501/table/ch1.tab1/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2014). *Derechos sexuales y reproductivos*. Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos. <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Ginebra: ONU. <https://undocs.org/es/A/74/137>
- Patton, M. (1990). *Qualitative research and evaluation methods*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Pereira Lima Melo, B. L., Lira dos Santos Moreira, F. T., Moreira de Alencar, R., Castro Magalhães, B. de, Gomes Rocha Cavalcante, E., Rodrigues Maia, E. y Alencar

- Albuquerque, G. (2022). Violência obstétrica à luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. *Revista Cuidarte*, 13(1).
- Queiruga, M. F. (2022). *Entre el “parto respetado” y el activismo online: experiencias de gestación y nacimiento. Trayectorias individuales de mujeres integrantes de un grupo de Facebook*. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/16236>
- Ramos, B. E., Acuña González, A. G., García Verduzco, M. F. y Gómez Pérez, C. S. (2023). Violencia obstétrica: una revisión sistemática de literatura. *Opción*, 39(100), 60-93.
- Rodríguez Mir, J. y Martínez Gandolfi, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta sanitaria*, 35(3), 211-212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
- Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47-55.
- Secretaría de Salud (ss) (2010). Género y salud en cifras. *Revista Completa Género y Salud en Cifras*. 8(3), sep-dic, 2010.
- Shabot, S. Cohen (2016). Making loud bodies “feminine”: a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39, 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Shabot, S. Cohen (2021). We birth with others: Towards a Beauvoirian understanding of obstetric violence. *European Journal of Women’s Studies*, 28(2), 213-228. <https://doi.org/10.1177/1350506820919474>
- Soto Toussaint, L. H. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(S1), 55-60.
- Trajano, A. y Barreto, E. (2021). Violência obstétrica na visão de profissionais de saúde: a questão de gênero como definidora da assistência ao parto. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 25, e200689.
- Valdez Santiago, R., Hidalgo Solórzano, E., Mojarro Iñiguez, M. y Arenas Monreal, L. M. (2016). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista Conamed*, 21(Extra1), 26-31.
- Valiente, N. G. L., Guerra, G. D. L. Á. M., Najarro, D. A. P., Menéndez, A. F. A. y Flores, A. M. V. (2023). Consecuencias físicas y psicológicas de la violencia obstétrica en países de Latinoamérica. *Alerta. Revista Científica del Instituto Nacional de Salud*, 6(1), 70-77. <https://doi.org/10.5377/alerta.v6i1.15231>

ACTITUDES HACIA EL ABORTO DESDE DOS PERSPECTIVAS LATINOAMERICANAS: MÉXICO Y PARAGUAY

FABIOLA ORIHUELA CORTÉS¹
MARÍA LUISA MARVÁN²
KELLY MOJICA MARTÍNEZ³
THAMARA CÁCERES ACHUCARRO⁴

INTRODUCCIÓN

El aborto es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o la interrupción cuando el producto pesa menos de 500 gramos (Secretaría de Salud, 2022). Este puede ser espontáneo o inducido (voluntario). En este capítulo presentaremos una investigación sobre el aborto inducido por tratarse de un tema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social que ha generado mucha polémica en todo el mundo, además de ser un procedimiento común en la vida reproductiva de las mujeres (Singh *et al.*, 2018). A nivel mundial, se estima que seis de cada 10 embarazos no deseados terminan en un aborto inducido (Bearak *et al.*, 2020). Los abortos inducidos pueden clasificarse en tres tipos, según la seguridad con la que se realicen: seguros, si los realiza personal capacitado y se utiliza técnicas adecuadas; menos seguros, cuando cumplen solo con una de las características

¹ Facultad de Psicología, Universidad Veracruzana, México.

² Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México.

³ Instituto de Investigaciones Biológicas, Universidad Veracruzana, México.

⁴ Terapeuta privada en Asunción, Paraguay.

antes mencionada; y los nada seguros, que son los que no cumplen con ninguno de estos aspectos. Tanto los abortos menos seguros como los que son nada seguros se consideran inseguros ya que ponen en riesgo la salud o incluso la vida de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo (Singh *et al.*, 2018). En América Latina, 51% de los embarazos no deseados concluyen con un aborto inducido (Instituto Guttmacher, 2022), de los cuales cerca de la mitad son inseguros (Singh *et al.*, 2018).

El hecho de que existan restricciones legales en cuanto al aborto incrementa la posibilidad de que este sea inseguro (Singh *et al.*, 2018). De hecho, se estima que tres de cada cuatro abortos que se realizan en países donde se penaliza el aborto son inseguros (IPAS México, 2021). Existe gran variabilidad de legislaciones en América Latina; en cinco países es ilegal bajo cualquier circunstancia: El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana; en seis y en algunos estados de México se permite a petición de la mujer sin importar sus motivos: Cuba, Guyana, Puerto Rico, Uruguay, Argentina y Colombia; y en el resto de los países solo se permite bajo ciertas circunstancias específicas llamadas causales (Statista, 2024).

En este último grupo se encuentra Paraguay, país que tiene un contexto social y político altamente conservador respecto al aborto, influenciado fuertemente por la Iglesia Católica (Amnistía Internacional, 2016). No existen estudios publicados sobre la opinión pública acerca del aborto inducido en ese país, pero en 2010 se publicaron los resultados de una encuesta realizada a profesionales de la salud, en la que se encontró que la gran mayoría tenía una postura negativa hacia el aborto inducido (Rivarola, 2010). Es preocupante que entre los años 2008 y 2018, 20% de muertes maternas en Paraguay fue consecuencia de abortos inducidos (Mora Escobar *et al.*, 2020), los que se realizan de forma clandestina debido a que la Ley 3440 (2008) establece que el aborto solo se permite cuando la vida de la mujer está en “peligro serio”. Además, las leyes de ese país contemplan penas de cárcel para las mujeres que aborten por cualquier otro motivo (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2018).

En México existen más estudios sobre el tema, aunque estos son escasos. Algunos son cuantitativos, y en estos se han relacionado las actitudes antiaborto con otras variables como el estigma hacia la mujer que ha abortado y la religión (Orihuela Cortés *et al.*, 2023; Marván y Orihuela Cortés, 2023). Otros son cualitativos y han dado cuenta de las presiones sociales y de las barreras estructurales que

dificultan tener acceso a un aborto seguro en Ciudad de México, aunque este es legal en esa ciudad (Hernández y Estrada Hipólito, 2018; Sorhaindo *et al.*, 2014). Actualmente, el aborto está despenalizado en 19 estados del país, y se permite a petición de la mujer sin importar las causas por las que lo solicita; mientras que en los 13 estados restantes solo se puede acceder a este procedimiento bajo ciertas causales (Constantino, 2024; IPAS México, 2023, 2024).

El panorama de México está en constante cambio, ya que, aunque ha habido avances en la despenalización y en el acceso al aborto, también se han presentado retrocesos y dificultades en esta materia debido a la presión social y política de grupos en contra del aborto, incluidos sectores conservadores de la Iglesia católica. Un ejemplo de ello es Aguascalientes, en donde, un año después de haber despenalizado este procedimiento, se redujo a la mitad el plazo en que es posible acceder a un aborto (de 12 a 6 semanas), lo que hace casi imposible que las mujeres en ese estado puedan acceder a un aborto legal (Campuzano, 2024).

La legislación del aborto es un tema que ha causado y sigue causando intensos debates, pues intervienen múltiples factores tanto personales como sociales. En general, las personas que apoyan la despenalización del aborto presentan argumentos relacionados con salud pública, justicia social, derechos humanos de la mujer, así como derechos sexuales y reproductivos. En contraste, las personas que apoyan la penalización usualmente lo hacen con argumentos de tipo religioso, ya que la postura oficial de las iglesias con respecto al aborto suele ser condenatoria (Lerner, 2016).

Estos debates no están exentos de la influencia de las actitudes que cada persona tiene frente al aborto. Las actitudes son la evaluación favorable o desfavorable hacia un objeto actitudinal, y están determinadas por las creencias que se tienen hacia este (Ajzen y Fishbein, 1980). Las actitudes hacia el aborto se han clasificado en dos tipos que reflejan posturas opuestas: *a*) actitudes proelección; las personas que se adscriben a estas actitudes apoyan la despenalización del aborto a libre petición de la mujer, y argumentan que esta tiene derecho a decidir si interrumpir o llevar a término su embarazo. *b*) actitudes antiaborto (también conocidas como pro-vida); se trata de la oposición al aborto, apelando a la protección de la vida “desde la concepción” (Hans y Kimberly, 2014). Cabe mencionar que la mayoría de las personas no presentan ninguno de los extremos de estas posturas polarizadas, sino que apoyan el aborto dependiendo de las circunstancias que rodean la situación; estas pueden ser traumáticas o electivas. Algunos ejemplos de las traumáticas son

que el embarazo sea producto de una violación sexual, que haya malformación en el embrión o feto, o que esté en peligro la salud o la vida de la mujer. Estas suelen ser más apoyadas que las electivas, ya que en estas últimas el único motivo por el cual se realiza el aborto es porque la mujer no quiere continuar con el embarazo (Osborne *et al.*, 2022).

Debido a esto, Osborne *et al.* (2022) argumentan que, además de las actitudes antiaborto y proelección, deben de considerarse las actitudes condicionales antiaborto y las condicionales proelección. Quienes se adscriben a las primeras se oponen al aborto por razones electivas, pero sí lo apoyan cuando se trata de motivos considerados traumáticos; mientras que las actitudes condicionales proelección se refieren al apoyo del aborto por razones traumáticas, y en menor medida al apoyo por razones electivas, principalmente si la mujer no está casada. Comprender estas actitudes es fundamental en el diseño de programas de intervención que promuevan el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como el diseño de políticas públicas para evitar abortos inseguros, con lo que se garantizaría una adecuada salud sexual y reproductiva de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo.

En un estudio realizado en la Ciudad de México, primer sitio de México en el que se despenalizó el aborto, se encontró que, poco antes de su despenalización, únicamente 38% de la población tenía una opinión favorable en cuanto a este procedimiento, mientras que un año después de la despenalización este porcentaje se incrementó a 63%, y dos años después alcanzó 74% (Wilson *et al.*, 2011). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la despenalización legal del aborto no necesariamente implica una “despenalización social” (Cedeño *et al.*, 2019; LeTourneau, 2016), por lo que se necesita más investigación al respecto. Por lo tanto, el objetivo general de la presente investigación fue comparar las actitudes hacia el aborto en dos países, México y Paraguay, que tienen diferentes contextos legales en torno al aborto, a pesar de tener similitudes culturales y socioeconómicas por ser países latinoamericanos. Como se mencionó anteriormente, en Paraguay el aborto únicamente está permitido cuando la vida de la mujer está en “peligro serio”, y respecto a México, se estudiaron dos ciudades en donde el aborto es legal. Se espera que los participantes de Paraguay presenten más actitudes antiaborto y menos proelección que los de México.

Además, se compararon las actitudes de acuerdo con el hecho de profesar una religión o no, con el sexo, y con la edad de los participantes, ya que estas variables

se relacionan de alguna manera con las actitudes o prácticas en cuanto al aborto. Con respecto al sexo de las personas, los hallazgos han sido inconsistentes, ya que en algunos estudios se reporta mayor apoyo al aborto por parte de las mujeres, en otros por parte de los hombres, y en otros no se han encontrado diferencias; aunque la mayor parte de los estudios que se han llevado a cabo en México han encontrado que los hombres tienen más actitudes antiaborto (Marván *et al.*, 2018a; Lizotte, 2015; Vega Briones y Jaramillo Cardona, 2010). Con respecto a la edad, las estadísticas oficiales reportan que son las mujeres jóvenes, principalmente de 18 a 24 años, las que han tenido mayor número de abortos (Secretaría de Salud, 2024). Y respecto a la religión, se ha encontrado que un grado fuerte de religiosidad se asocia con actitudes en contra del aborto (Bird *et al.*, 2018; Reynoso 2021). Las hipótesis de estos objetivos secundarios fueron: *a*) los participantes que profesen una religión apoyarán más las actitudes antiaborto y menos las proelección; *b*) los hombres apoyarán más las actitudes antiaborto y menos las proelección; y *c*) los participantes de mayor edad apoyarán más las actitudes antiaborto y menos las proelección.

METODOLOGÍA

Se utilizó un diseño transversal, no experimental, cuantitativo multivariado.

Participantes

La muestra fue por conveniencia y se compuso de 606 personas adultas de la ciudad de Asunción, en Paraguay, y 648 de dos ciudades de México (Xalapa y Ciudad de México), en donde el aborto es legal. Los criterios de inclusión fueron que tuvieran al menos cinco años viviendo en la ciudad, que contaran con acceso a Internet, que tuvieran estudios universitarios (terminados o no), y que tuvieran entre 18 y 45 años. El último criterio se estableció para que los participantes fueran mayores de edad y que estuvieran en el rango de edad reproductiva de la mujer. Los criterios de exclusión fueron que los participantes formaran parte del clero o de alguna agrupación religiosa, o que fueran activistas sobre temas de género u otros temas relacionados con el aborto. Las características sociodemográficas de los participantes se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

	México		Paraguay	
	n	%	n	%
<i>Sexo</i>				
Mujer	344	53.1%	359	59.2%
Hombre	304	46.9%	247	40.8%
		100%		100%
<i>Edad</i>				
18-26 años	337	52.0%	297	49.0%
27 a 35 años	161	24.8%	217	35.8%
36 a 45 años	150	23.1%	92	15.2%
		100%		100%
<i>Estado civil</i>				
Soltero/a	441	68.1%	440	72.6%
Casado/a o unión libre	168	25.9%	165	27.2%
Divorciado/a o separado/a	38	5.9%	0	0.0%
Viudo/a	1	0.1%	1	0.1%
		100%		100%
<i>Tiene alguna creencia religiosa</i>				
Sí	421	65.0%	356	41.3%
No	227	35.0%	250	58.7%
		100%		100%

Instrumentos

Además de hacer varias preguntas de datos sociodemográficos y si profesaban alguna religión, se aplicó el Cuestionario de Actitudes hacia el Aborto, que es una escala Likert de 23 reactivos con cinco opciones de respuesta que van desde “Totalmente en desacuerdo” hasta “Totalmente de acuerdo”. Este cuestionario fue diseñado y validado en México por Marván *et al.* (2018b). Para ver si se sostenía la misma estructura factorial en los dos países, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) en México, y un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) junto con un AFC

en Paraguay. En los dos AFC se utilizó el estimador de Máxima Verosimilitud y se obtuvieron los siguientes indicadores:

- a) Para la muestra de México, la raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) fue de 0.076, el índice de bondad de ajuste global (GFI) de 0.909, el índice de ajuste comparativo (CFI) de 0.919, y el índice de Tucker-Lewis (TLI) fue de 0.903. La confiabilidad de los factores utilizando el coeficiente Omega de McDonald's fue de 0.94 para las actitudes antiaborto y de 0.89 para las actitudes proelección.
- b) Para la muestra de Paraguay se realizó un método de validación cruzada. Para ello, la muestra se dividió en dos submuestras; en la primera ($n = 403$) se llevó a cabo un AFE y en la segunda ($n = 403$) un AFC. Para el AFE se utilizó el método de extracción cuadrados mínimos no ponderados con rotación varimax, y se encontraron dos factores: antiaborto y proelección. La confiabilidad de estos factores, utilizando el coeficiente Omega de McDonald's, fue de 0.96 y 0.97, respectivamente. Los resultados del AFC fueron: RMSEA = 0.064, GFI = 0.907, CFI = 0.963, TLI = 0.958.

Los valores de los AFC tanto en México como en Paraguay mostraron un ajuste aceptable, ya que GFI, CFI y TLI > 0.90 y RMSEA < 0.08 (Browne y Cudeck, 1993; Hu y Bentler, 1999).

PROCEDIMIENTO

En los dos países, los participantes fueron reclutados a través de redes sociales digitales. Una vez que aceptaban participar, se les pedía que contestaran algunas preguntas para saber si cumplían o no los criterios de inclusión. Si los cumplían, se les proporcionaba una liga para que leyeran la carta de consentimiento informado, aclarando que la información era anónima, que no había respuestas correctas o incorrectas, y que podían abandonar la encuesta si así lo deseaban. Una vez que daban su consentimiento dando un clic, se les direccionaba a la encuesta completa. El tiempo medio de respuesta de los instrumentos fue de 15 minutos.

ANÁLISIS DE DATOS

Los análisis se realizaron con los programas SPSS AMOS 23 y JASP 0.19. Se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes, a fin de comparar las actitudes hacia el aborto entre los participantes de México y Paraguay. Se realizó un análisis multivariante de varianza (MANOVA) 2 x 2 (sexo x creencia religiosa), con las actitudes antiaborto y actitudes proelección como variables dependientes. Se utilizaron estas pruebas a pesar de la violación del supuesto de normalidad, debido al tamaño de la muestra y a que los datos siguieron una distribución monotónica (Wayne, 2005). También se realizaron correlaciones de Spearman entre la edad de los participantes y las actitudes hacia el aborto. Estos análisis se realizaron tanto para México como para Paraguay de manera independiente.

RESULTADOS

Al comparar los resultados de los participantes de los dos países, se encontró que los mexicanos mostraron más actitudes proelección que los paraguayos ($t = 12.93$, $p < .000$) y menos actitudes antiaborto ($t = 12.86$, $p < .000$), tal como se muestra en la figura 1.

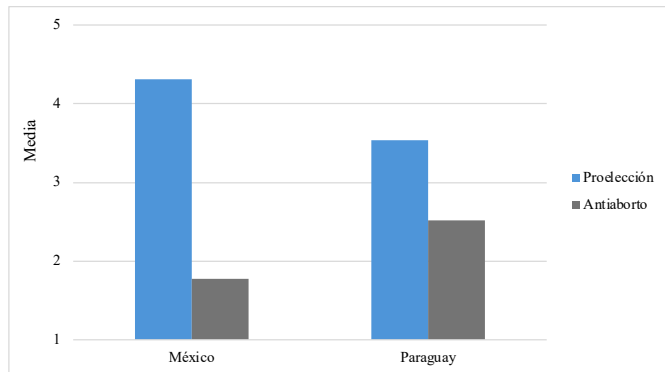


Figura 1. Actitudes hacia el aborto en México y en Paraguay.

Fuente: elaboración propia.

* $p < .000$

Los análisis multivariados –en los que se introdujeron el sexo y la creencia religiosas como variables independientes– indican que en México únicamente fue significativa la creencia religiosa (Traza de Pillai: $F = 31.27$, $p < .000$). Las pruebas de los efectos inter-sujetos indican que los participantes con creencias religiosas tuvieron más actitudes antiaborto ($F = 61.72$, $p < .000$) y menos actitudes proelección ($F = 113.98$, $p < .000$) que los participantes sin creencias religiosas (tabla 2). La R^2 corregida del modelo fue de .836 para las actitudes antiaborto y de .973 para las actitudes proelección.

Tabla 2. Medias estimadas de las actitudes hacia el aborto de acuerdo con las creencias religiosas en México

	Creencias religiosas	Media	Error estándar	95% I.C
Actitudes antiaborto	Sí	1.957	0.039	1.882-2.033
	No	1.442	0.053	1.338-1.546
Actitudes proelección	Sí	4.204	0.035	4.135-4.273
	No	4.513	0.048	4.418-4.608

Fuente: elaboración propia.

A diferencia de México, en Paraguay resultaron significativos tanto el sexo (Traza de Pillai: $F = 42.81$, $p < .000$) como las creencias religiosas (Traza de Pillai: $F = 78.38$, $p < .000$). Las pruebas de los efectos inter-sujetos indican que las mujeres presentan más actitudes proelección ($F = 82.19$, $p < .000$) y menos antiaborto ($F = 52.26$, $p < .000$) que los hombres (tabla 3).

Tabla 3. Medias estimadas de las actitudes hacia el aborto de acuerdo con el sexo en Paraguay

	Sexo	Media	Error estándar	95% I.C
Actitudes antiaborto	Mujer	2.167	0.057	2.055-2.280
	Hombre	2.805	0.067	2.674-2.937
Actitudes proelección	Mujer	3.993	0.062	3.871-4.115
	Hombre	3.122	0.073	2.979-3.265

Fuente: elaboración propia.

En cuanto a las creencias religiosas, de manera semejante a lo encontrado en México, los participantes con creencias religiosas tuvieron más actitudes antiaborto ($F = 156.98$, $p < .000$) y menos actitudes proelección ($F = 122.44$, $p < .000$) que los participantes sin creencias religiosas (tabla 4).

Tabla 4. Medias estimadas de las actitudes hacia el aborto de acuerdo con las creencias religiosas en Paraguay

	Creencias religiosas	Media	Error estándar	95% I.C
Actitudes antiaborto	Sí	3.038	0.058	2.925-3.151
	No	1.935	0.067	1.804-2.065
Actitudes proelección	Sí	3.027	0.063	2.904-3.150
	No	4.088	0.072	3.946-4.230

Fuente: elaboración propia.

La R^2 corregida para el modelo de Paraguay fue de .858 para las actitudes antiaborto y de .908 para las actitudes proelección. Por último, tanto en México como en Paraguay se encontró una correlación significativa entre la edad de los participantes y las actitudes hacia el aborto. La correlación fue positiva en el caso de las actitudes antiaborto, y negativa en el caso de las actitudes proelección (tabla 5). Es decir, a mayor edad más actitudes antiaborto y menos actitudes proelección.

Tabla 5. Correlaciones entre la edad y las actitudes hacia el aborto México y Paraguay

	México	Paraguay
Actitudes antiaborto	.267*	.316*
Actitudes proelección	-.193*	-.291*

Fuente: elaboración propia.

* $p < .000$

DISCUSIÓN

El principal objetivo de esta investigación fue comparar las actitudes ante el aborto en dos países con diferentes legislaciones en torno a este procedimiento: México

y Paraguay. La hipótesis sobre las diferencias entre los dos países se confirmó, ya que los participantes de México apoyaron más las actitudes proelección y menos las actitudes antiaborto que los de Paraguay. Estos resultados son consistentes con un estudio en el que se encuestaron a cerca de 70 000 personas de 51 países, algunos catalogados como “restrictivos”, ya que prohíben el aborto o lo permiten solo cuando la salud o la vida de la mujer está en peligro, y otros denominados “liberales”, que no penalizan el aborto o que tienen otras causales además de la de la salud/vida de la mujer. En ese estudio se encontró que las personas que vivían en contextos más liberales apoyaban más el aborto que los participantes de países con legislaciones más restrictivas hacia el aborto (Loll y Stidham, 2019). También coinciden con una investigación previa realizada en México sobre el estigma hacia la mujer que ha abortado –variable que se correlaciona con las actitudes hacia el aborto– en residentes de dos ciudades, una en la que el aborto era legal y otra en la que no lo era. Los participantes de la ciudad en la que el aborto era legal estigmatizaron menos a la mujer que ha abortado (Orihuela Cortés *et al.*, 2023).

Por su parte, Zamberlin (2015) hizo una revisión sistemática de la literatura sobre el estigma hacia el aborto en América Latina, y encontró que los lugares con leyes liberales hacia el aborto se relacionan con menor estigma y con una visión favorable hacia la interrupción del embarazo en determinadas circunstancias. Cabe la posibilidad de que en los lugares donde se ha despenalizado el aborto haya mayor apertura para hablar de este tema, tanto en los medios de comunicación como en círculos sociales y familiares, además de que existan más campañas con el objetivo de concientizar a la población sobre la autonomía reproductiva de la mujer, lo que podría impactar en una percepción más favorable hacia el aborto (Loll y Stidham, 2019; Wilson *et al.*, 2011). Otra posibilidad es que la apertura social en temas relacionados con la sexualidad y la salud reproductiva, que se han suscitado en las últimas décadas, contribuya a la creación de un entorno más favorable para la despenalización del aborto, tanto legal como social.

La hipótesis sobre la creencia religiosa y las actitudes hacia el aborto se confirmó en ambos países, ya que se encontró que los creyentes tuvieron más actitudes antiaborto y menos proelección que quienes declararon no tener una creencia religiosa. Este hallazgo concuerda con resultados previos en los que se ha encontrado que la religiosidad se asocia con actitudes antiaborto (Bird *et al.*, 2018; Pérez *et al.*, 2022). Es importante tener en cuenta que los dos países estudiados, así como la

mayoría de países latinoamericanos, tienen como religión predominante la católica, por lo que resulta fundamental dar a conocer los argumentos de posiciones religiosas, como es el caso de Católicas por el Derecho a Decidir (2014), que defienden la laicidad del Estado, los derechos humanos, así como los derechos sexuales y reproductivos y, por ende, el derecho de las mujeres a decidir si quieren llevar a término su embarazo o no.

Por otro lado, la hipótesis con respecto al sexo de los participantes solo se confirmó en Paraguay, ya que se encontró que las mujeres tuvieron más actitudes proelección que los hombres en Paraguay, y en México no hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres. Esta relación entre el sexo de las personas y las actitudes hacia el aborto ha sido ampliamente estudiada, pero los resultados han sido inconsistentes. Algunos autores han encontrado que las mujeres muestran más actitudes proelección que los hombres (Marván *et al.*, 2018a; Loll y Stidham, 2020; Patev *et al.*, 2019; Yegon *et al.*, 2016), tal como ocurrió en la presente investigación para los participantes de Paraguay. Esto podría tener diversas explicaciones: *a)* las mujeres son quienes potencialmente pueden vivir una experiencia de aborto, y por ello están más sensibilizadas hacia el tema; *b)* en ciertos contextos sociales, los roles tradicionales de género han sido debatidos y, por ende, algunas mujeres se cuestionan cómo quieren, o si quieren ejercer la maternidad; *c)* actualmente existe una gran difusión de los derechos de las mujeres, lo que también podría influir en que tengan actitudes más favorables hacia la interrupción del embarazo.

Otros autores no han encontrado diferencias en las actitudes hacia el aborto entre hombres y mujeres (Bilewicz *et al.*, 2017; Huang *et al.*, 2014; Valencia Rodríguez *et al.*, 2011), tal como ocurrió en este estudio para la muestra mexicana. Esto podría deberse a que, para algunas personas en ciertos contextos, sus actitudes hacia el aborto se deben a otras variables relacionadas con la construcción social del género, más que con el sexo *per se*, como son las creencias sexistas, o las creencias sobre igualdad y normas de género (Osborne *et al.*, 2022; Loll y Stidham, 2019). Finalmente, los hallazgos respecto a la edad de los participantes confirmaron la hipótesis planteada en ambos países, ya que se encontró que a mayor edad más actitudes antiaborto y menos actitudes proelección. En una investigación en la que participaron cerca de 50 000 personas de Estados Unidos y de Nueva Zelanda, también se encontró que el apoyo hacia el aborto suele ser mayor entre las personas más jóvenes, aunque solo entre quienes no son padres (Osborne *et al.*, 2022).

Esto podría deberse a que existe una brecha generacional relacionada con temas de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, promovidos principalmente por movimientos feministas, los cuales suelen impactar más a las generaciones jóvenes que a las más grandes. Cabe señalar que, en América Latina, el impacto de estos movimientos ha sido limitado y desigual, y tiene mayor fuerza en algunos países como México y Argentina.

Finalmente, los resultados de esta investigación deben interpretarse tomando en cuenta sus limitaciones, de las que se desprenden algunas sugerencias: *a)* solo participaron personas que tenían estudios universitarios y acceso a Internet, por lo que los hallazgos no pueden ser generalizados a otras poblaciones, y se hace necesario ampliar este tipo de investigación a personas que tengan un nivel de estudios menor y que no tengan acceso a Internet; *b)* en ambos países se encuestó a personas que vivían en zonas urbanas, por lo que en futuros estudios se sugiere que se incluya a poblaciones que vivan en áreas rurales, donde la cosmovisión relacionada con temas sobre la sexualidad es distinta a la de los ámbitos urbanos; *c)* la investigación fue cuantitativa, por lo que se sugiere que los resultados se complementen con estudios cualitativos que permitan profundizar los hallazgos; *d)* no se indagó sobre la identidad política de los participantes, variable que se ha relacionado con las actitudes hacia el aborto, siendo que las personas que se identifican con ideas conservadoras tienden más a presentar actitudes antiaborto (Chalmers *et al.*, 2024; Feinberg *et al.*, 2020), por lo que se sugiere que en investigaciones futuras se incluya esta variable; y *e)* sería recomendable que en un futuro se estudiaran las actitudes hacia el aborto en más países para tener una visión más completa sobre el tema en América Latina, pues en esta investigación únicamente se incluyeron participantes de dos países. A pesar de estas limitaciones, los resultados de esta investigación visibilizan la importancia de estudiar las actitudes hacia el aborto en distintos contextos sociales y políticos, ya que es necesaria una comprensión matizada sobre el tema en América Latina.

CONCLUSIÓN

La presente investigación confirma que las actitudes hacia el aborto están fuertemente influenciadas por el contexto en el que viven las personas. En donde la legis-

lación es más liberal se observan actitudes más favorables hacia el aborto, mientras que en contextos restrictivos prevalecen las actitudes antiaborto. Además, se identificaron otras variables que se relacionan con las actitudes hacia el aborto, como la religión, el sexo y la edad. Estos hallazgos subrayan la importancia de continuar investigando este tema en una variedad de contextos para obtener una comprensión más profunda sobre las actitudes hacia el aborto en países latinoamericanos.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall, Inc.
- Amnistía Internacional (2016). *Cómo el estado promueve la violencia contra las mujeres: salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe*. <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2016/09/violenciainstitucional.pdf>
- Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. y Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet*, 8, e1152-61. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)
- Bilewicz, M., Mikołajczak, G. y Babińska M. (2017). Speaking about the preborn: how specific terms used in the abortion debate reflect attitudes and (de)mentalization. *Personality and Individual Differences*, 111, 256-262.
- Bird, M., Begun, S. y McKay, S. (2018) Religiosity and personal beliefs regarding abortion: results from a survey of social work students in the United States. *Women's Reproductive Health*, 5(2), 117- 31. <https://doi.org/10.1080/23293691.2018.1463742>
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative Ways of Assessing Model Fit. En K. A., Bollen y J. S. Long (eds.), *Testing Structural Equation Models* (pp. 136-162). Sage.
- Campuzano, J. (2024). *Congreso de Aguascalientes reduce a 6 las semanas para un aborto legal*. <https://www.excelsior.com.mx/nacional/aborto-aguascalientes-congreso-reduce-semanas-interrupcion-embarazo/1670795>
- Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) (2014). *Católicas por el derecho a decidir México*. Recuperado de: <https://www.catolicasmexico.org/i/>
- Cedeño, L., Tena, O., Flores, F. y Rocha, T. (2019). Guardar/romper el silencio sobre la interrupción voluntaria del embarazo: narrativas de mujeres mexicanas. *Athenea Digital*, 19(2), e2313.

- Chalmers, J., Woodford, L. y Sutton, R. M. (2024). Punishing Women for Miscarriage: The role of Political Orientation and Hostile Sexism. *Sex Roles* 90, 613-627. <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01467-0>
- Constantino, P. (2024). *Estos 19 estados de México ya despenalizaron el aborto: Edomex y Chiapas, los últimos en sumarse*. <https://www.economista.com.mx/politica/19-estados-mexico-despenalizaron-aborto-edomex-y-chiapas-ultimos-sumarse-20241130-736374.html>
- Feinberg, M., Wehling, E., Chung, J. M., Saslow, L.R. y Melvæ, I. (2020). Measuring moral politics: How strict and nurturant family values explain individual differences in conservatism, liberalism, and the political middle. *Journal of personality and social psychology*, 118(4), 777-804. <https://doi.org/10.1037/pspp0000255>
- Hans, J. y Kimberly, C. (2014). Abortion attitudes in context: A multidimensional vignette approach. *Social Science Research*, 48, 45-56. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.06.001>
- Hernández, D. y Estrada Hipólito, R. (2018). Una etnografía del aborto clandestino en contextos de interrupción legal del embarazo. Estudio de caso entre estudiantes de la CDMX. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 30, 79-98. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.04.a>
- Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling: A multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Huang, Y., Davies, P., Sibley, C. y Osborne, D. (2014). The precious vessel: Ambivalent sexism and opposition to elective and traumatic abortion. *Sex Roles*, 71, 436-449. <https://doi.org/10.1007/s11199-014-0423-3>
- Instituto Guttmacher (2022). *Aborto inducido a nivel mundial*. <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-inducido-nivel-mundial>
- IPAS México (2021). *El aborto como un asunto de salud pública*. https://ipascam.org/uploads/1610636891309_ES_ARCHIVO_1.pdf
- IPAS México (2023). *Causales de aborto legal*. <https://ipasmexico.org/2023/06/01/causales-de-aborto-legal/>
- IPAS México (2024). *Tribunal ordena en Jalisco eliminar el delito de aborto del código penal*. <https://ipasmexico.org/2024/04/25/tribunal-ordena-en-jalisco-eliminar-el-delito-de-aborto-del-codigo-penal/>

- Lerner, S., Guillaume, A. y Melgar, L. (2016). *Realidades y falacias en torno al aborto: salud y derechos humanos*. El Colegio de México.
- LeTourneau, K. (2016). *El estigma en torno al aborto en el mundo: síntesis de la literatura cualitativa. Un informe técnico para integrantes de la Red Internacional por la Reducción de la Discriminación y el Estigma con relación al Aborto*. INROADS.
- Ley 3440/2008. Código penal, 16 de julio de 2008 (Paraguay).
- Lizotte, M. K. (2015). The abortion attitudes paradox: model specification and gender differences. *Journal of Women Politics Policy*, 36, 22-42.
- Loll, D. y Stidham, K. (2019). Differences in abortion attitudes by policy context and between men and women in the World Values Survey. *Women & Health*, 59(5), 465-480. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1508539>
- Marván, M. L., Lagunes Córdoba, R. y Orihuela-Cortés, F. (2018b). Diseño de un cuestionario de actitudes hacia el aborto inducido. *Salud Pública de México*, 60(6), 742-743. <https://doi.org/10.21149/9182>
- Marván, M. L., Orihuela Cortés, F. y Álvarez del Río, A. (2018a). Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(10), 1-10.
- Marván, M. L. y Orihuela Cortés, F. (2023). Actitudes hacia el aborto y religión como predictoras del estigma hacia la mujer que ha abortado. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 12(34), 97-114. <https://doi.org/10.36677/rpsicologia.v12i34.22513>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2018). *Solo se permite el aborto para salvar la vida de una mujer*. <https://www.mspbs.gov.py/portal/15132/solo-se-permite-el-aborto-para-salvar-la-vida-de-una-mujer-afirma-morinigo.html>
- Mora Escobar, G. E., Cusihamán Puma, A. U. e Insfrán, M. D. (2020). Análisis situacional de muertes maternas en Paraguay: alcances del 2008-2018. *Revista de Salud Pública del Paraguay*, 10, 10-22. <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.10-22>
- Orihuela Cortés F., Álvarez del Río A., Lagunes Córdoba R. y Marván M. L. (2023). Stigma towards women who have had an induced abortion and associated variables. *Women's Reproductive Health*, 10(2), 303-314.
- Osborne, D., Huang, Y., Overall, N., Sutton, R., Petterson, A., Douglas, K., Davies, P. y Sibley, C. (2022). Abortion attitudes: An overview of demographic and ideological differences. *Political psychology*, 41(S1), 29-76. <https://doi.org/10.1111/pops.12803>

- Patev, A., Hood, K. y Hall, C. (2019). The interacting roles of abortion stigma and gender on attitudes toward abortion legality. *Personality and individual differences*, 146, 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.005>
- Pérez, B., Concha Salgado, A., Aburto González, V., Mandiola Sandoval, C., Muñoz Henríquez, C. y Cerda Muñoz, D. (2022). Religiosity, abortion stigma and the mediating effect of gender attitudes. A study in the Chilean population. *International Journal of Social Psychology*, 37(2), 211-241. <https://doi.org/10.1080/02134748.2022.2034290>
- Reynoso, D. (2021). Explicando las actitudes hacia el aborto: religiosidad, ideología, región y educación. *Revista SAAP*, 15, 20-29.
- Rivarola, J. (2010). Conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud, sobre el aborto inducido en Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 43, 35-46.
- Secretaría de Salud (2022). *Lineamiento Técnico para la atención del Aborto Seguro en México*. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-atencion-del-aborto-seguro-en-mexico-274667>.
- Secretaría de Salud (2024). *Interrupción Legal del Embarazo (ILE)*. <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-jun2024.pdf>
- Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L. y Onda, T. (2018). *Abortion worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access*. Instituto Guttmacher.
- Sorhaindo, A., Juárez Ramírez, C., Díaz Olavarrieta, C., Aldaz, E., Mejía, M. C. y García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health*, 54 (7), 622-640 <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>
- Statista (2024). *El aborto en América Latina*. <https://es.statista.com/temas/10230/el-aborto-en-america-latina/#topicOverview>
- Valencia Rodríguez, J. V., Wilson, K., Díaz Olavarrieta, C., García, S. y Sánchez Fuentes, M. L. (2011). Public Opinion on Abortion in Eight Mexican States amid Opposition to Legalization. *Studies in Family Planning*, 42(3), 191-198. <https://doi.org/10.1111/j.17284465.2011.00281.x>
- Vega Briones, G. y Jaramillo-Cardona, M. C. (2010). Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México, en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9, 50-77.
- Wayne, D. (2005). *Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud*. 4a. ed., Limosa Wiley.

- Wilson, K., García, S., Díaz Olavarrieta, C., Villalobos Hernández, A., Valencia Rodríguez, J., Sanhueza Smith, P. y Burks, C. (2011). Public opinion about abortion in Mexico City after the landmark reform. *Studies in Family Planning*, 42(3), 175-82. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2011.00279.x>
- Yegon, E., Mwaniki, P., Echoka, E. y Osur, J. (2016). Understanding abortion related stigma: a case study of abortion stigma in regions with high and low incidences of unsafe abortion. *East African Medical Journal*, 107-116. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.258.7567>
- Zamberlin, N. (2015). Estigma y Aborto. En S. Ramos (ed.), *Investigación sobre aborto en América Latina y el Caribe. Una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad-Population Council.

ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: POBLACIÓN VULNERABLE SUSCEPTIBLE DE PADECER ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES A CAUSA DE UNA MALA ALIMENTACIÓN

MA. DE LOS ÁNGELES VACIO MURO
MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA¹

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), las enfermedades no transmisibles (ENT) o enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas son la principal causa de muerte en el mundo, debido a las consecuencias que tienen para la salud a largo plazo. Estas resultan de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, comportamentales y ambientales, entre los que se encuentran una alimentación poco nutritiva y la falta de actividad física, lo que puede dar lugar a la obesidad.

La obesidad es una condición caracterizada por una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo que afecta la movilidad y la calidad del sueño, e incrementa el riesgo de padecer ENT como diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), cardiopatías y algunos tipos de cáncer. La prevalencia de obesidad en personas mayores de 18 años para la región de las Américas es de 67% (OMS, 2024), mientras que, en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Continuidad 2022 (Campos Nonato *et al.*, 2023) reportó que en el grupo poblacional de 20 a 39 años la prevalencia de

¹ Ambas autoras están adscritas al Departamento de Psicología, Universidad Autónoma de Aguascalientes, México.

obesidad fue de 33.0%. Es a este grupo al que los estudiantes universitarios pertenecen, por lo que es crucial dedicar investigaciones al estudio de las causas del sobrepeso y la obesidad en este rango de edad.

Estudios realizados en Norteamérica reportan que los estudiantes universitarios ganan en promedio 15 libras de peso (6.8 kg) durante el primer año de la universidad (fenómeno conocido como “Freshman 15”) (Brown, 2008). Otros estudios han reportado un aumento promedio de 3.38 kg durante el primer año (Vadeboncoeur *et al.*, 2015) y un aumento promedio de 1.36 kg en un promedio de cinco meses. El aumento de peso también se ha registrado en el último año de la universidad (Deliens *et al.*, 2019), alrededor de 4.38 kg, y el porcentaje de estudiantes con sobrepeso u obesidad casi se duplica (Pope *et al.*, 2017).

Estudios con estudiantes mexicanos de nuevo ingreso reportan mayor prevalencia de sobrepeso y de obesidad en hombres que en mujeres (Manzanero Rodríguez *et al.*, 2018). Así también se ha registrado que 6.6% de los estudiantes de nuevo ingreso de la carrera de medicina calificó para la presencia del síndrome metabólico, cuyo principal factor de riesgo es la obesidad y las hipertriglicidemias (Salinas *et al.*, 2018). Campos Uscanga *et al.* (2017) estudiaron los dos primeros años universitarios y encontraron cambios significativos en los indicadores de peso y medidas antropométricas (índice de masa corporal y circunferencia de cintura) en hombres y en mujeres.

La transición de la preparatoria a la universidad es una etapa crítica para ganar peso y grasa corporal (Deliens *et al.*, 2019), por lo que se requiere analizar los factores individuales y del entorno alimentario en su conjunto, y evaluar cómo repercuten en el comportamiento alimentario de los estudiantes universitarios, incrementando el riesgo de padecer ENT a causa del sobrepeso y la obesidad.

En este capítulo, inicialmente se revisará el concepto de vulnerabilidad, los aspectos individuales que hacen susceptibles a los jóvenes de desarrollar sobrepeso u obesidad y los factores propios del entorno alimentario que han demostrado tener un impacto en las elecciones alimentarias y, por consecuencia, en el peso corporal de los estudiantes. También se analizan en conjunto los factores involucrados para determinar la condición de vulnerabilidad de los estudiantes universitarios y se esbozan estrategias para disminuir la susceptibilidad individual y los riesgos del entorno alimentario.

CONCEPTO DE VULNERABILIDAD

El diccionario de la Real Academia Española define *vulnerabilidad* como la *cualidad de ser vulnerable* y, define *vulnerable* como *aquello que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente* (RAE, 2023). *Vulnerabilidad* hace referencia a una cualidad de fragilidad de los individuos respecto a una amenaza o riesgo del contexto o del ambiente. Una persona vulnerable es aquella que tiene el riesgo de ser dañada o lesionada dados ciertos cambios en su contexto social o como resultado de ciertas limitaciones individuales para prevenir, enfrentar y reponerse ante una circunstancia (Araujo, 2015). El concepto de *vulnerabilidad* ha sido trasladado del lenguaje ordinario al lenguaje científico, por lo que su uso, ha tomado varios sentidos dentro de las ciencias sociales.

Valdés (2021) distingue dos enfoques teóricos que son incluyentes: *a) Enfoque vulnerabilidad-riesgo*, el cual indica la posibilidad de que suceda o no un evento amenazante y, según la proximidad de los individuos a dicho evento, mayor o menor será el riesgo, *b) Enfoque vulnerabilidad-fragilidad*, el cual se centra en los procesos de desigualdad social que conllevan vivencias de fragilidad, precariedad e incertidumbre.

Para las ciencias de la salud, lo importante es identificar el riesgo asociado a la probabilidad de ocurrencia, y la vulnerabilidad indica qué tan susceptible es una persona de tener daños o problemas; por lo tanto, la vulnerabilidad antecede al riesgo y determina el que un individuo se infecte, enferme y muera (Icumi *et al.*, 2008), aunque, al parecer, el análisis social de las causas de la situación de vulnerabilidad (situaciones de riesgo) se ha descuidado, dejando de lado el estudio de la individualidad y de pequeños grupos sociales (como la familia), ya que los factores de riesgo individuales están estrechamente relacionados con los factores de riesgo del grupo al que pertenece el individuo, y estos, a su vez, están delimitados por las condiciones sociales y del estatus social.

El comportamiento individual está vinculado con los estilos de vida, es decir, con reglas y hábitos que determinan el comportamiento cotidiano y con patrones de conducta con cierta consistencia en el tiempo y bajo condiciones más o menos constantes (Ribes, 2018). Dichos comportamientos individuales ocurren en un entorno social en el que el individuo queda expuesto a condiciones sociales precarias. Así, ante un mayor deterioro del entorno social, el individuo, población o comunidad estarán expuestos a un mayor riesgo (Araujo, 2015).

LA ADULTEZ EMERGENTE. LA TRANSICIÓN DE LA ADOLESCENCIA A LA ADULTEZ

La adultez emergente es la etapa de vida entre los 18 y 29 años durante la cual los individuos exploran diferentes opciones en la construcción de la identidad, reportan inestabilidad, la sensación de estar en medio de algo y entre múltiples opciones, así como el hecho de centrarse en sus propios intereses y decisiones, sin tener aún compromisos a largo plazo como estar casado o con un empleo estable (Arnett, 2015; Nuñez *et al.*, 2021).

Según Arnett (2015), una de las trayectorias de vida puede ser el ingreso a la educación superior, lo que supone cambiar de un estilo de vida estructurado en tiempo y actividades a otro que requiere de la capacidad de autogestionar el tiempo para cumplir con todas las responsabilidades, principalmente las de carácter académico (Leinberger Jabari *et al.*, 2023).

Otro cambio en el estilo de vida lo enfrentan quienes se mudan a vivir cerca de la escuela o en las instalaciones escolares. Vivir fuera de casa favorece que los estudiantes disminuyan el consumo de vegetales, frutas y leguminosas, e incrementen el consumo de alimentos dulces, de preparación rápida, botanas, refrescos y bebidas alcohólicas (Bernardo *et al.*, 2017), así como la omisión de algunas comidas y el consumo de refrigerios poco saludables entre ellas o para sustituir una comida principal (Muñoz Galeano y López Restrepo, 2024).

También es frecuente el aumento de comportamientos sedentarios y el estrés debidos a la falta de tiempo libre para ejercitarse o para participar en actividades extraacadémicas (Leinberger Jabari *et al.*, 2021). El estrés también aumenta debido a la mayor carga y rigor del trabajo académico, así como al consumo elevado de dulces y al bajo consumo de lácteos, alimentación que también se relaciona con la ansiedad y la depresión (Arbués *et al.*, 2019).

ENTORNO ALIMENTARIO Y SU RELACIÓN CON LA OBESIDAD

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, 2016), hablar de entornos alimentarios es referirse a la variedad de alimentos que una persona tiene a su alcance y disponibles en su vida cotidiana.

Estos pueden ser amplios y diversos o escasos y con opciones limitadas, según el contexto. Los alimentos disponibles, su costo, el grado de aceptación cultural y social determinan lo que las personas comen, aunado al estilo de vida (OMS, 2018).

Los entornos alimentarios son influenciados por los sistemas alimentarios responsables de la producción, elaboración, comercialización, consumo y eliminación de alimentos. Los sistemas alimentarios determinan que los alimentos necesarios para una buena nutrición estén disponibles, accesibles y aceptables, sean suficientes y de calidad adecuada. Los entornos alimentarios son considerados una interfaz entre los sistemas alimentarios y las dietas de los consumidores. Por tanto, ambos deben proporcionar opciones a los consumidores conforme a dietas saludables y de calidad nutricional (FAO, 2016; OMS, 2018).

El entorno alimentario ha sido implicado en la creación de una generación obesogénica (Li *et al.*, 2023). La cercanía de tiendas de conveniencia (Paulitsch y Dumith, 2021), la disponibilidad de puntos de venta de comida ultraprocesada y poco saludable (Pineda *et al.*, 2024) y mayor densidad de tiendas de conveniencia y restaurantes de comida rápida en las ciudades (Michimi y Wimberly, 2015) se asocian con una mayor probabilidad de tener sobrepeso y obesidad.

Cada vez más se reconoce la importancia de caracterizar los entornos alimentarios universitarios, considerando el incremento de sobrepeso y de obesidad en esta población. Sin embargo, los estudios aún son pocos (Muñoz Galeano y López Restrepo, 2024) y ausentes en nuestro país.

Algunos estudios realizados en otros países coinciden en que los entornos alimentarios universitarios se caracterizan por una alta disponibilidad de alimentos ultraprocesados y poco saludables (Barbosa *et al.*, 2020; Martínez Pérez *et al.*, 2022; Muñoz Galeano y López Restrepo, 2024), y por una baja disponibilidad y un alto costo de opciones saludables y de buena calidad nutricional (Muñoz Galeano y López Restrepo, 2024).

La oferta de alimentos ultraprocesados en mayor medida puede influir en las elecciones alimentarias de los estudiantes (Martínez Pérez *et al.*, 2022), pues los alimentos hipercalóricos son más accesibles por ser más económicos, convirtiéndose en la opción principal de los estudiantes universitarios (Manzanero Rodríguez *et al.*, 2018). En cambio, los principales determinantes de la compra de alimentos saludables son el sabor, el costo y la disponibilidad (Li *et al.*, 2023).

FACTORES QUE DETERMINAN LAS ELECCIONES ALIMENTARIAS DE LOS ESTUDIANTES

El estudio de las barreras percibidas por los estudiantes para alimentarse saludablemente es una alternativa para identificar los factores determinantes de una dieta poco nutritiva. Los hallazgos coinciden a pesar de que se han realizado en países como Arabia Saudita (Abdelhafez *et al.*, 2020), Colombia (Aguilera *et al.*, 2023; Duarte Cuervo *et al.*, 2015), Estados Unidos de Norteamérica (Amore *et al.*, 2019; Dhillon *et al.*, 2019; Leinberger Jabari *et al.*, 2023; Sogari *et al.*, 2018), España (de Moraes *et al.*, 2024; Vélez *et al.*, 2020), Bélgica (Deliens *et al.*, 2014), Alemania (Hilger Kolb y Diehl, 2019; Hilger *et al.*, 2017) y Reino Unido (Kelly *et al.*, 2023).

Las barreras más reportadas son la falta de tiempo, la alta disponibilidad de comida poco saludable y la poca disponibilidad de alimentos saludables (Abdelhafez *et al.*, 2020; Dhillon *et al.*, 2019; Duarte Cuervo *et al.*, 2015; Hilger-Kolb Diehl, 2019; Hilger *et al.*, 2017; Sogari *et al.*, 2018). La falta de tiempo disponible se relaciona con los horarios escolares (Abdelhafez *et al.*, 2020; de Moraes *et al.*, 2024; Duarte Cuervo *et al.*, 2015; Hilger-Kolb y Diehl, 2019; Vélez *et al.*, 2020) y con la falta de habilidad para autogestionar el tiempo (Leinberger Jabari *et al.*, 2023; Vélez *et al.*, 2020). También se percibe falta de tiempo para comprar y cocinar alimentos saludables (de Moraes *et al.*, 2024; Vélez *et al.*, 2020).

Otras barreras son la poca disposición para preparar alimentos saludables (Abdelhafez *et al.*, 2020; Dhillon *et al.*, 2019; Hilger Kolb & Diehl, 2019), falta de habilidades para cocinar (Kelly *et al.*, 2017; Vélez *et al.*, 2020) y falta de conocimiento sobre cómo alimentarse saludablemente (Aguilera *et al.*, 2023; Amore *et al.*, 2019; Kelly *et al.*, 2023; Vélez *et al.*, 2020).

Por otro lado, los alimentos saludables disponibles son poco variados (Dhillon *et al.*, 2019; Deliens *et al.*, 2014), sin sabor (Dhillon *et al.*, 2019; Duarte Cuervo *et al.*, 2015; Hilger Kolb y Diehl, 2019) y de alto costo (Abdelhafez *et al.*, 2020; Dhillon *et al.*, 2019; Deliens *et al.*, 2014; Hilger-Kolb y Diehl, 2019; Hilger *et al.*, 2017; Sogari *et al.*, 2018). A esta última barrera, se suma el bajo presupuesto con el que cuentan algunos estudiantes (Aguilera *et al.*, 2023; Deliens *et al.*, 2014; Kelly *et al.*, 2023).

Otra barrera tiene que ver con la influencia o presión por parte de amigos (Amore *et al.*, 2019; Deliens *et al.*, 2014; Duarte Cuervo *et al.*, 2015; Sogari *et al.*,

2018) y la influencia de familiares en las elecciones alimentarias (Duarte Cuervo *et al.*, 2015; Vélez *et al.*, 2020). En particular, se percibe la influencia de los hábitos y preferencias de alimentación de familiares (Amore *et al.*, 2019; de Moraes *et al.*, 2024; Deliens *et al.*, 2014; Dhillon *et al.*, 2019; Sogari *et al.*, 2018) y la ausencia del control parental (Deliens *et al.*, 2014).

Otras barreras menos reportadas se relacionan con la presentación e higiene de los alimentos y de quienes los preparan (Duarte Cuervo *et al.*, 2015), y con la cercanía de los lugares (Deliens *et al.*, 2014; Dhillon *et al.*, 2019; Vélez *et al.*, 2020). Finalmente, en los últimos años se ha reportado que los estados emocionales, en particular el estrés, son una barrera para alimentarse saludablemente (Leinberger Jabari *et al.*, 2023; Vélez *et al.*, 2020).

Actualmente no existe un criterio único para clasificar las barreras. Inicialmente se clasificaron en intrapersonales, interpersonales y ambientales (Greaney *et al.*, 2009); y posteriormente (Amore *et al.*, 2019; Deliens *et al.*, 2014), con base en el modelo socioecológico, se clasificaron en individuales, ambiental social, ambiental físico y del macrosistema. Sin embargo, esta última categoría no ha sido reportada con frecuencia, pues considera elementos propios del entorno alimentario. Por ello, se retoma la clasificación de Greaney *et al.* (2009) para agrupar las barreras aquí recopiladas (tabla 1).

Tabla 1. Clasificación de las barreras percibidas por los estudiantes

Categoría	Barreras reportadas
Individual	Falta de tiempo, falta de autodisciplina, falta de habilidad para manejar el tiempo, falta de motivación, tener pereza para preparar alimentos saludables, falta de conocimientos sobre nutrición, falta de habilidades para cocinar, no darle importancia a la alimentación nutritiva, y el estrés.
Interpersonal	La presión del grupo de amigos y pares, la influencia de los padres, y los hábitos de alimentación familiar.
Ambiental	Alta disponibilidad de comida no saludable, baja disponibilidad de comida saludable, alto costo de la comida saludable, poca variedad de alimentos saludables, bajo presupuesto individual, el sabor de los alimentos, la cercanía de los lugares, horarios académicos, y anuncios.

Fuente: elaboración propia.

POBLACIÓN VULNERABLE. ANÁLISIS DE LOS FACTORES INDIVIDUALES Y DEL ENTORNO ALIMENTARIO UNIVERSITARIO

De acuerdo con la definición de vulnerabilidad descrita previamente, en la que se hace referencia a una cualidad de fragilidad de los individuos respecto a una amenaza o riesgo del contexto o del ambiente (Araujo, 2015), nos preguntamos: *¿cuáles son los riesgos del contexto o del ambiente que amenazan a los estudiantes universitarios de padecer ENT?*

Los riesgos se encuentran principalmente en el entorno alimentario universitario, considerando que este proporciona acceso y disponibilidad de alimentos a los estudiantes en el día a día (FAO, 2016). Los alimentos con mayor disponibilidad son ultraprocesados, hipercalóricos y altos en azúcar (no saludables), pero son económicos y de buen sabor, lo que los hace más accesibles (Barbosa *et al.*, 2020; Martínez Pérez *et al.*, 2022). Entornos alimentarios con dichas características (Pineda *et al.*, 2024), sumados a estilos de vida caracterizados por baja actividad física y una mala alimentación, se asocian con una mayor probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad (Arbués *et al.*, 2019; Leinberger Jabari *et al.*, 2021), condiciones de salud asociadas con ENT (OMS, 2023).

Entonces, si los entornos alimentarios universitarios ofertan, en su mayoría, alimentos de baja calidad nutricional, entonces las elecciones alimentarias de los estudiantes se caracterizarán por una mayor ingesta de ese tipo de alimentos (Martínez Pérez *et al.*, 2022; Muñoz Galeano y López Restrepo, 2024), aumentando la probabilidad de padecer ENT (OMS, 2023). Recordemos que los entornos alimentarios funcionan como interfaz entre los sistemas alimentarios y las dietas de los consumidores (FAO, 2016; OMS, 2018).

Por otra parte, ante dichas características en el entorno alimentario de los estudiantes nos cuestionamos: *¿cuáles son las limitaciones individuales para prevenir y enfrentar los riesgos del entorno alimentario?*

Asumimos que las características de desarrollo psicológico de este grupo de edad (Arnett, 2015; Nuñez *et al.*, 2021) pueden limitar su capacidad para prevenir el ganar peso y grasa corporal mientras realizan sus estudios universitarios. La población estudiantil universitaria tiene mayores responsabilidades, el joven se ve limitado para autogestionar el tiempo y atender las exigencias académicas y responsabilidades del día a día (Leinberger Jabari *et al.*, 2023).

Las responsabilidades académicas se vuelven prioridad para los jóvenes y descuidan su alimentación (Bernardo *et al.*, 2017; Muñoz Galeano y López Restrepo, 2024), disminuyen su actividad física y la realización de actividades extraescolares (Leinberger Jabari *et al.*, 2021). Además, al ser comportamientos que se vuelven cotidianos y consistentes durante el tiempo que se cursa la universidad, se crea un estilo de vida (Ribes, 2018) guiado por reglas y hábitos insanos que causan sobrepeso y obesidad. Se va creando una cultura de la alimentación caracterizada por alimentos que sacian más, saben bien y son baratos (Manzanero Rodríguez *et al.*, 2018).

CONCLUSIÓN

Siguiendo la definición de vulnerabilidad de Araujo (2015), los estudiantes universitarios son vulnerables, en tanto que están expuestos constantemente a un entorno alimentario que se asocia con la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad. Dichas condiciones son factores para desarrollar ENT y, aunados a sus condiciones de desarrollo psicológico, limitan sus recursos para hacer frente a esos riesgos.

Las barreras individuales que los estudiantes perciben de su entorno alimentario representan las limitaciones en sus competencias conductuales para tomar las decisiones en un nuevo contexto, limitaciones propias del momento de vida por el que transitan. Las barreras interpersonales representan la capacidad de influencia que tienen los amigos y familiares en la forma de alimentarse, debido a que están en búsqueda de una identidad personal. Finalmente, las barreras de tipo ambiental tienen que ver con aspectos del entorno alimentario cotidiano, que funge como mediador de la dieta alimentaria adoptada por los estudiantes. De ahí la importancia de que las universidades regulen los alimentos que se ponen al alcance de los estudiantes.

Para lograr cambios en el entorno alimentario se requieren políticas públicas que garanticen el acceso a una alimentación saludable en las universidades (FAO, 2016). Puede pensarse en políticas que faciliten el acceso permanente a alimentos saludables a precios accesibles (Barbosa *et al.*, 2020); políticas que faciliten el acceso a alimentos saludables de preparación rápida (Lima *et al.*, 2021) o para minimizar el acceso a opciones no saludables (Vélez *et al.*, 2020).

Un entorno universitario que facilita el acceso constante a alimentos nutritivos puede garantizar la adecuación de la dieta entre los estudiantes (Dhillon *et al.*,

2019) y, con ello, evitar el incremento de peso y el riesgo de desarrollar ENT en el futuro (Hilger-Kolb y Diehl, 2019). Además, los cambios implementados a este nivel beneficiarían a toda la comunidad universitaria y no solo a los estudiantes (Lima *et al.*, 2021).

Respecto a las limitaciones individuales, las investigaciones podrían transitar a realizar evaluaciones de situaciones de alimentación más específicas, para determinar qué tan apropiadas son las prácticas alimentarias de los estudiantes, pues las características desvinculadas de una situación específica pierden su relevancia (Ribes, 2018). Por ejemplo, ante el riesgo que tienen los estudiantes de nuevo ingreso de adoptar una mala dieta (Dhillon *et al.*, 2019), podrían identificarse las situaciones específicas en las que se alimentan y las dificultades que enfrentan para elegir alimentos nutritivos.

Con base en los hallazgos, podrían diseñarse algunas estrategias que favorezcan la adaptación de los estudiantes a los cambios que acompañan la transición a la universidad y establecer un comportamiento alimentario saludable a lo largo de la universidad (Hilger Kolb y Diehl, 2019). Una estrategia puede ser la enseñanza de cómo cocinar alimentos saludables, de forma rápida, fácil y económica (Vélez *et al.*, 2020).

Avanzar en el estudio de relaciones más complejas entre los elementos hasta ahora reconocidos como relevantes impactará en el diseño de intervenciones más efectivas para que los estudiantes universitarios reconozcan los riesgos de su entorno alimentario y actúen con competencia para reducirlos. La prevención de riesgos por reducción de la vulnerabilidad se logra cuando se actúa sobre el grado de exposición, de protección, de reacción inmediata, de recuperación básica y de la reconstrucción (Araujo, 2015).

Por último, es importante que en México se realicen estudios de los entornos alimentarios y los determinantes de las elecciones alimentarias en universitarios, a fin de frenar el incremento en el porcentaje de jóvenes que, a causa de las características de las opciones alimentarias disponibles en las universidades, adoptan una dieta hipercalórica, alta en ingesta de azúcares y con alimentos ultraprocesados. Esta pone en riesgo a los universitarios de padecer una enfermedad crónica a largo plazo causa del sobrepeso u obesidad, desarrollada mientras cursa sus estudios profesionales.

REFERENCIAS

- Abdelhafez, A. I., Akhter, F., Alsultan, A. A., Jalal, S. M. y Ali, A. (2020). Dietary practices and barriers to adherence to healthy eating among King Faisal University students. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8945. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238945>
- Aguilera, S. E., Torres, P., García, A. R. y Ruiz, L. A. (2023). Imaginarios, barreras y creencias que limitan la adopción de hábitos y estilos de vida saludable en la población adulto joven de la zona urbana de Zipaquirá. *Ciencia Latina. Revista Científica Multidisciplinar*, 7(5), 5764-5782. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i5.8173
- Amore, L., Buchthal, O. V. y Banna, J. C. (2019). Identifying perceived barriers and enablers of healthy eating in college students in Hawai'i: a qualitative study using focus groups. *BMC Nutrition*, 5, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40795-019-0280-0>
- Araujo Gonzáles, R. (2015). Vulnerabilidad y riesgo de salud ¿dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades en Población*, 11(21), 89-96.
- Arbués, E. R., Martínez Abadía, B., Granada López, J. M., Serrano, E. E., Pellicer García, B., Vela, R. J., Guerrero Portillo, S., Sáez Guinoa, M., Ramón Arbués, E., Echániz Serrano, E., Juárez Vela, R. y Saéz Guinoa, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1330-1345. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.02641>
- Arnett, J. J. (2015). *Emerging Adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. 2a. ed., Oxford: Oxford University Press, 2015.
- Barbosa, R., Henriques, P., Guerra, H., Emerentino, J., Soares, D., Dias, P. y Ferreira, D. (2020). Entorno alimentario de una universidad pública brasileña: desafíos para promover una alimentación saludable. *Revista Chilena de Nutrición*, 47 (3), 443-448. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182020000300443>
- Bernardo, G. L., Jomori, M. M., Fernandes, A. C. y Proença, R. P. D. C. (2017). Food intake of university students. *Revista de Nutrição*, 30, 847-865.
- Brown, C. (2008). The information trail of the 'Freshman 15'—a systematic review of a health myth within the research and popular literature. *Health Info Libr J.*, 25, 1-12. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2007.00762.x>
- Campos Nonato, I., Galván Valencia, O., Hernández Barrera, L., Oviedo Solís, C. y Barquera, S. (2023). Prevalencia de obesidad y factores de riesgo asociados en adultos

- mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública de México*, 65, s238-s247. <https://doi.org/10.21149/14809>
- Deliens, T., Clarys, P., Bourdeaudhuij, I. de, y Deforche, B. (2014). Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. *BMC Salud Pública*, 14, 53 (2014). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-53>
- Deliens, T., Deforche, B., Chapelle, L. y Clarys, P. (2019). Changes in weight and body composition across five years at university: A prospective observational study. *PLoS ONE* 14(11): e0225187. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225187>
- Duarte Cuervo, C. Y., Ramos Caballero, D. M., Latorre Guapo, Á. C. y González Robayo, P. N. (2015). Factores relacionados con las prácticas alimentarias de estudiantes de tres universidades de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 17, 925-937. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.38368>
- Hilger Kolb, J. y Diehl, K. (2019). ‘Oh God, I have to eat something, but where can I get something quickly?’ –A qualitative interview study on barriers to healthy eating among university students in Germany. *Nutrients*, 11(10), 2440. <https://doi.org/10.3390/nu11102440>
- Hilger, J., Loerbroks, A. y Diehl, K. (2017). Eating behaviour of university students in Germany: Dietary intake, barriers to healthy eating and changes in eating behaviour since the time of matriculation. *Appetite*, 109, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.11.016>
- Icumi, L. Y., Bertolozzi, M. R., Ferreira, R. y Fraccolli, L. A. (2008). La utilización del concepto “vulnerabilidad” por enfermería. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 16(5), 4. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>
- Leinberger Jabari, A., Al-Ajlouni, Y., Ieriti, M., Cannie, S., Mladenovic, M. y Ali, R. (2021). Assessing motivators and barriers to active healthy living among a multicultural college student body: A qualitative inquiry. *Journal of American College Health*, 71(2), 338-342. <https://doi.org/10.1080/07448481.2021.1898403>
- Li, X., Braakhuis, A., Li, Z. y Roy, R. (2022) How Does the University Food Environment Impact Student Dietary Behaviors? A Systematic Review. *Front. Nutr.* 9:840818. <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.840818>
- Lima, J. P., Costa, S. A., Brandão, T. R. y Rocha, A. (2021). Food consumption determinants and barriers for healthy eating at the workplace –A university setting. *Foods*, 10(4), 695. <https://doi.org/10.3390/foods10040695>

- Manzanero Rodríguez, D., Rodríguez Rodríguez, A. M., García Esquivel, L. y Cortez- Solís, J. M. (2018). Estado nutricional, factores sociodemográficos y de salud en estudiantes de nuevo ingreso a la UAZ. *Enfermería Universitaria*, 15(4), 383-393. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.4.545>
- Martínez Pérez, N., Torheim, L. E., Castro Díaz, N. y Arroyo Izaga, M. (2022). On-campus food environment, purchase behaviours, preferences and opinions in a Norwegian university community. *Public Health Nutrition*, 25(6), 1619-1630. <https://doi:10.1017/S136898002100272X>
- Michimi, A. y Wimberly, M. C. (2015). El entorno alimentario y la obesidad adulta en las áreas metropolitanas de EE. UU. *Geospatial Health*, 10 (2). <https://doi.org/10.4081/gh.2015.368>
- Moraes Prata Gaspar de, M. C., Soar, C., Aguilera, M., Gomez, M. C., Celorio Sardà, R., Comas Basté, O. y Vidal Carou, M. C. (2024). What Is Considered Healthy Eating? An Exploratory Study among College Students of Nutrition and Food Science. *Nutrients*, 16(9), 1365. <https://doi.org/10.3390/nu16091365>
- Muñoz Galeano, M. E. y López Restrepo, S. (2024). Caracterización del entorno alimentario de una universidad en Medellín, Colombia: retos para la promoción de una alimentación saludable. *Revista Chilena de Nutrición*, 51(1), 76-85. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75182024000100076>
- Núñez, S., Dutra Thomé, L. y Koller, S. (2021). What do you really want? Change in goals and life satisfaction during emerging adulthood in Brazil. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 30-36. <https://doi.org/10.14349/rlp.2021.v53.4>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2016). *Influir en los entornos alimentarios en pro de dietas saludables. Resumen*. Roma. <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/09da448e-b995-429d-ab5e-89fba9f7c110/content>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (11 de diciembre de 2018). *El desafío de la nutrición: soluciones desde los sistemas alimentarios. Informe técnico*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-18-10>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (16 de septiembre de 2023). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1 de marzo de 2024). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

- Paulitsch, R. G. y Dumith, S. C. (2021). Is food environment associated with body mass index, overweight and obesity? A study with adults and elderly subjects from southern Brazil. *Preventive medicine reports*, 21, 101313. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101313>
- Pineda, E., Stockton, J., Scholes, S., Lassale, C. y Mindell, J. S. (2024). Food environment and obesity: a systematic review and meta-analysis. *BMJ nutrition, prevention & health*, 7(1), 204-211. <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2023-000663>
- Real Academia Española (RAE) (2023). Vulnerable. En *Diccionario de la lengua española*, 23a. ed., [versión 23.6 en línea]. <https://dle.rae.es>
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual. Una introducción a la Teoría de la Psicología*. Manual Moderno.
- Salinas, M. L. E., Vargas, J. E., Mendoza, K., Puig Nolasco, A. y Puig Lagunes, A. A. (2018). Prevalencia y factores de riesgo del síndrome metabólico en universitarios. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 37(1), 57-64. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002018000100006&lng=es&tlng=es
- Vadeboncoeur, C., Townsend, N. y Foster, C. (2015). A meta-analysis of weight gain in first year university students: is freshman 15 a myth? *BMC Obesity*, 2, 22. <https://doi.org/10.1186/s40608-015-0051-7>
- Valdés Gázquez, M. (2021). Vulnerabilidad social, genealogía del concepto. *Gazeta de Antropología*, 37(1), artículo 01.
- Vélez Toral, M., Rodríguez Reinado, C., Ramallo Espinosa, A. y Andrés Villas, M. (2020). “It’s Important but, on What Level?”: Healthy Cooking Meanings and Barriers to Healthy Eating among University Students. *Nutrients*, 12(8), 2309. <https://doi.org/10.3390/nu12082309>

EXPECTATIVAS PARENTALES Y DEL NIÑO CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN LA CONFIGURACIÓN DE SU VIDA Y TRATAMIENTO

ANA DELIA LÓPEZ SUÁREZ¹

INTRODUCCIÓN

El hombre es el único ser vivo que puede pensar y reflexionar sobre el mundo y sobre sí mismo. Esta actividad la realiza con información de su pasado y de su presente; igualmente, es capaz de hacer elaboraciones acerca de su futuro, pensando en aspectos que aún no existen, pero que su mente crea. Gracias a estas capacidades, inherentes al género humano, los sucesos que le acontecen son filtrados y matizados por procesos mentales, que, combinados con los afectivos, le permiten centrarse en ciertos aspectos y descartar otros, así como tomar una posición respecto de dicho suceso y actuar en consecuencia. El hecho de que alguien piense en el futuro se observa en constructos psicológicos de corte cognitivo, como las expectativas.

Las expectativas son creencias probabilísticas sobre el futuro, acerca de uno mismo, de los demás y del entorno que nos rodea. Estas dan forma e influyen la percepción, los pensamientos, las emociones y las conductas en diferentes contextos y, adicionalmente, cumplen la función de anticiparnos a experiencias esperadas para optimizar la conducta, comportándonos satisfactoriamente en el ambiente (Panitz *et al.*, 2021). Dicha anticipación nos lleva a perseguir las recompensas o a alejarnos de las amenazas. Es importante reconocer que las creencias, del tipo que

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México.

sean, pueden ser realistas (apegadas a la realidad) o distorsionadas. Por ello, las expectativas se confirman o se refutan a la luz de la evidencia existente, para mantenerlas o conformarlas a la realidad (Panitz *et al.*, 2021). Asimismo, las expectativas configuran lo que se espera en la vida, a partir de lo que constituye la particularidad de un individuo como tal: su sexo, su edad, las etapas de desarrollo que le tocaría atravesar y la cultura a la que pertenece, que enmarcará lo deseable, según las normas y los valores del grupo (Fine, 2005), por mencionar algunos aspectos.

Slaikeu (1996) explica que hay eventos que se esperan en cierta etapa de la vida, a partir de lo que le sucede a la mayoría; por ejemplo, lo común es que los padres mueran primero que los hijos y que lo hagan a una edad avanzada, generalmente debido a una enfermedad; estos se llaman normativos. Asimismo, ocurren eventos no normativos, que son aquellos que siguen un curso inesperado y que les acontecen a pocas personas, es decir, no forman parte del transcurrir habitual de la vida; tal es el caso de tener un hijo enfermo a corta edad, que no pueda independizarse o que muera joven. Cuando se presenta un evento no normativo, la persona ve negadas o descartadas las expectativas que ya poseía sobre la situación en cuestión.

Este capítulo tiene como propósito describir el papel de las expectativas parentales y del niño con enfermedad crónica en la configuración de su vida y de su tratamiento, pues la condición que porta es un evento no normativo que afecta no solo al infante, sino también a los padres y al resto de la familia, de manera personal, social y económica, e impacta al intercambio con los médicos y con los tratamientos.

LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN NIÑOS

Desde que se tiene noticia sobre la llegada de un bebé, la familia posee expectativas sobre distintos aspectos de la nueva vida: tratan de adivinar su sexo o, si ya lo saben, comienzan a pensar qué papel tendrá en el mundo, a qué se dedicará, entre otras cosas. Estas expectativas pueden ser implícitas (inconscientes) o explícitas (conscientes; Umbach *et al.*, 2012), pero casi siempre se dan en términos positivos sobre la vida del bebé. Por otro lado, algunos padres experimentan preocupación por la posible presencia de enfermedades, especialmente quienes han tenido experiencias negativas con embarazos problemáticos (*i.e.* abortos espontáneos, malfor-

maciones o enfermedades genéticas en otros hijos o miembros de la familia y dificultad para embarazarse).

En general, es más común que un niño nazca sin enfermedades que con ellas; asimismo es menor la cantidad de niños que padecen una enfermedad que quienes no, pero, cuando sucede, los sueños y las expectativas parentales sobre recibir un hijo sano se ven rotas con el diagnóstico de enfermedad crónica (Pinto *et al.*, 2023). Al recibir la noticia de padecer una enfermedad, las personas pasan por un proceso de asimilación; en ocasiones se presenta la negación o una irreal exacerbación de la positividad, que sobrepasa en gran medida la prognosis del paciente. El diagnóstico de una enfermedad crónica pasa por las mismas etapas que un duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación (Kübler Ross y Kessler, 2007).

Este diagnóstico se vive como una crisis, que es un estado temporal de perturbación, desorganización emocional y trastornos, en el cual las estrategias previas de enfrentamiento no son efectivas (Slaikou, 1996), pues las capacidades personales se ven rebasadas por tratarse de un evento no esperado o con el cual no se estaba familiarizado. Tener un hijo con una enfermedad crónica se trata de un evento no normativo que provoca una crisis, cuyo impacto dependerá de aspectos como: la edad en que se presenta, la enfermedad en cuestión, su severidad, su duración, si es curable o manejable, si es incapacitante o si progresará, si es hijo único, entre otras. En razón de lo anterior, recibir el diagnóstico de una enfermedad infantil requiere una mayor cantidad de recursos para hacerle frente.

Una enfermedad crónica es una afección que puede durar al menos seis meses (Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica, s. f.); otra fuente indica que dura al menos un año (Psychology Today, 2024) y otra, que puede durar entre tres meses y toda la vida (Healthy children.org, 2024). Este tipo de enfermedad es de larga duración, generalmente tiene un avance lento (Ichikawa *et al.*, 2014) y requiere atención médica constante en mayor o menor medida (Leite *et al.*, 2021); es susceptible de controlarse, pero no se cura (Center for Managing Chronic Disease, University of Michigan, 2024), puede empeorar con el tiempo (Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica, s. f.) e incluso conducir a la muerte.

Las enfermedades crónicas en los niños son asma, fibrosis quística, diabetes mellitus, deficiencia visual o auditiva, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, depresión, parálisis cerebral, cardiopatía congénita (véanse Blatt, 2023;

Consolini, 2022), obesidad (Barrio Cortés *et al.*, 2020); trastornos del espectro autista, retrasos en el desarrollo, daño cerebral, síndrome de Down (Pinto *et al.*, 2023), cáncer e insuficiencia renal. Las más comunes en niños mexicanos son asma bronquial, cardiopatía congénita, parálisis cerebral, malnutrición, epilepsia, diabetes mellitus e infecciones respiratorias (Comisión Nacional de Bioética, 2015).

LAS CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA INFANTIL

Las secuelas por una enfermedad crónica en los niños pueden ser neurológicas, ortopédicas, urinarias, respiratorias entre otras; las neurológicas refieren alteraciones motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales y de comunicación (Grau y Fernández Hawrylak, 2010). Es probable que presenten inmovilización parcial o total, lo que hará necesario recibir ayuda hasta para las tareas más básicas. Algunas enfermedades o sus tratamientos alteran la apariencia física (véase Baker y Claridge, 2023; Capurso *et al.*, 2024; Lee *et al.*, 2019) o bien, dan lugar a que los niños no asistan a la escuela, lo cual afecta el aspecto psicológico del niño y su convivencia social.

La severidad de una enfermedad crónica de un niño varía según la(s) enfermedad(es) en cuestión; las consecuencias y las restricciones que traiga(n) consigo; el número de aspectos de la vida que afecte(n) y las particularidades físicas, psicológicas y socioeconómicas en las que se encuentre el infante (Grau y Fernández Hawrylak, 2010). Estos factores biopsicosociales afectan la calidad de vida del menor, pero se agregan otros que exacerban o disminuyen la carga de la enfermedad, como los tratamientos médicos que requiera, el apoyo educativo y psicosocial, la disponibilidad de servicios médicos y el involucramiento del grupo social (Capurso *et al.*, 2024), así como los recursos de los padres: cognitivos, afectivos, económicos y la propia dinámica familiar.

El tipo de atención que se brindará en cuanto a fármacos, tratamientos y seguimiento depende de varios aspectos. La edad de inicio de la enfermedad es relevante, ya que los menores de cinco años emplearán mayor cantidad de servicios de atención primaria y quizá existan comorbilidades, pues algunos niños tienen más de una condición crónica (Barrio Cortes *et al.*, 2020) o presentan enfermedades oportunistas derivadas de la salud empobrecida. Una enfermedad grave requerirá

atención especializada e incluso periodos de hospitalización prolongados, así que probablemente los menores necesiten asistencia en el día a día, de manera parcial o total, temporal o permanentemente.

Cuando las enfermedades además de crónicas son degenerativas, no solo se tiene una salud empobrecida, sino que hay una pérdida gradual y progresiva de funciones orgánicas y de capacidades, que derivan en diversos grados de invalidez (Reyes Luna *et al.*, 2010) o en afectaciones a la vida cotidiana, que trastocan la dinámica familiar al interior y al exterior del núcleo (Baker y Claridge, 2023; Nóbrega *et al.*, 2010; Reyes Luna *et al.*, 2010), afectando colateralmente a todos y cada uno de los integrantes de la familia, incluyendo al niño, a la pareja (Baker y Claridge, 2023) y a los hermanos (Grau y Fernández Hawrylak, 2010).

En ocasiones, las consecuencias se desestiman porque no todas las enfermedades crónicas conducen a la muerte (Lee *et al.*, 2019); sin embargo, la necesidad de atención médica y el cuidado diario constante altera las actividades diarias y la rutina familiar, modificando los patrones de interacción, afectando a la comunicación y a la convivencia (Reyes Luna *et al.*, 2010). En lo que a estructura familiar concierne, se alteran los roles, las funciones y se invierte la jerarquía, pudiendo haber rigidez en la interacción intra y extrafamiliar, a tal grado de llegar al aislamiento social (Grau y Fernández Hawrylak, 2010), sea por rechazo social o porque la familia se retrae.

La familia se adapta al estilo de vida del niño, que en general es restrictivo. Todos ceden en cuanto a dieta y espacios, ya que en algunas ocasiones se requerirá modificar la distribución de los muebles de la casa y de las habitaciones; renuncian a tener mascotas y a dedicar mucho tiempo a actividades sociales, recreativas y de ocio, a la práctica de deportes o de ciertas actividades eventuales, como la realización de un viaje (Reyes Luna *et al.*, 2010).

Los gastos de la familia con un niño portador de una enfermedad crónica se incrementan (Roddy, 2022), por la dieta especial, por los requerimientos en aparatos, tratamientos, medicamentos, consultas médicas, entre otros cuidados especiales; además disminuye el ingreso (Reyes Luna *et al.*, 2010), habitualmente porque uno de los padres debe dejar de trabajar o disminuir la carga laboral (Roddy, 2022). Aunado a lo anterior, se dan alteraciones en el sueño, tanto en el pequeño como en la familia, que provocan ansiedad, depresión y estrés (Xavier, Abreu *et al.*, 2024), afectando su calidad de vida (Xavier, Nunes *et al.*, 2024).

Todo ello implica un desgaste físico, psicológico y económico (Psychology Today, 2024), de tal manera que la enfermedad del hijo se convierte en una condición estresante (Marshall *et al.*, 2019; Mehmannaavazan *et al.*, 2021), agotadora y gravosa, especialmente cuando el cuidado es permanente (Pinto *et al.*, 2023); igualmente, se presentan sentimientos ambivalentes (Reyes Luna *et al.*, 2010), mezclándose afectos positivos y negativos (Grau y Fernández Hawrylak, 2010).

Al niño le estresa el manejo de la enfermedad crónica, sobre todo la hospitalización y los medicamentos, en cuanto a recordar cómo y cuándo debe tomarlos para apearse al plan de tratamiento (Baker y Claridge, 2023). A veces los niños se sienten asustados por los tratamientos, pero en la parte positiva algunos se sienten únicos debido a su condición y dicen estar preparados para controlar las crisis que les acontezcan (Beacham y Deatrck, 2015).

Los principales estresores de los padres de un niño con enfermedad crónica son: la enfermedad, los tratamientos y sus efectos colaterales (Capurso *et al.*, 2024), especialmente la hospitalización y la muerte (Grau y Fernández Hawrylak, 2010) o la sola posibilidad de que ello ocurra, aunado a la preocupación por el dinero para cubrir los costos de la afección (Baker y Claridge, 2023). La incertidumbre con respecto de la enfermedad los estresa porque no saben cómo lidiar con todo lo que implica la condición de sus hijos (Pinto *et al.*, 2023). Por otro lado, los padres se sienten culpables por forzar a los niños a recibir el tratamiento, a seguir las dietas y demás restricciones, especialmente cuando los niños se niegan o se molestan con sus padres, debido a las insistentes indicaciones para cuidarse (Baker y Claridge, 2023).

Los padres experimentan un fuerte desgaste físico y emocional que deriva en problemas mentales que habitualmente no son atendidos (Lappalainen *et al.*, 2021); se sienten desesperados, con miedo, angustiados, con culpa (Pinto *et al.*, 2023), enojados, estresados y deprimidos. En la mayoría de los casos, la madre lleva la carga del cuidado, siendo identificada como cuidadora primaria. Quienes realizan este papel se sienten cansados, agobiados y se les dificulta pedir ayuda (Reyes Luna *et al.*, 2010). Atender estas condiciones en su salud mental resulta crítico para el bienestar de ellos mismos y de sus hijos (Salley *et al.*, 2022).

Ante todo lo descrito anteriormente, las familias responden de diversas formas a estos desafíos, según la calidad de su funcionamiento familiar en el contexto de la enfermedad y de cómo incorporan el manejo de esa condición en la vida diaria (Knafl *et al.*, 2013). El resultado puede ser una familia unida (Pinto *et al.*, 2023), la separa-

ción de la pareja, la disminución o el aumento de la convivencia social con la familia extensa y el apoyo de grupos sociales o comunitarios (Reyes Luna *et al.*, 2010). Ante nuevas demandas, deberán adaptarse; pero si los cambios y ajustes realizados en sus actividades diarias no son favorables, probablemente los integrantes presenten enfermedades (Reyes Luna *et al.*, 2010), especialmente en el cuidador principal.

LAS EXPECTATIVAS EN EL ÁMBITO MÉDICO

La tarea de comunicar el diagnóstico y el pronóstico de una enfermedad incurable resulta difícil y estresante para los médicos tratantes (Mack y Smith, 2012), por lo que asumen como verdaderas ciertas creencias y expectativas que tienen y que los llevan a no comunicar toda la información sobre la progresión de la enfermedad. Ellos piensan que si dicen la cruda realidad destruirán la esperanza en sus pacientes (Stuart, 2019) y en su familia, que se deprimirán e inclusive se cuestionan qué tan apropiado es hablar del pronóstico en algunas culturas (Mack y Smith, 2012).

Ahora bien, recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica genera incertidumbre a la familia, sea por recibir poca información (Leite *et al.*, 2021) o por tratarse de una enfermedad poco frecuente (Capurso *et al.*, 2024). También hay incertidumbre cuando el paciente empeora o está cercano a su muerte (Szabat, 2020). Entonces, el hecho de que los médicos no transmitan información completa o que la dosifiquen conforme avanza la enfermedad favorece no solo la incertidumbre y la preocupación en la familia, sino que impide tener un comportamiento más asertivo. La adecuada información permitirá a los implicados tomar decisiones correctas a partir de elecciones realistas y, así, reducir los costos del cuidado (Mack y Smith, 2012).

Cuando se trata de un adulto, el paciente debe estar informado de su condición y de las opciones de tratamiento (Boeykens *et al.*, 2023), pues conocer su enfermedad, es decir, saber qué ocurre y las implicaciones que hay en el presente y en el futuro, tanto para sí mismo como para los involucrados, favorecerá la aparición de expectativas realistas, ya que las enfermedades crónicas afectan la comprensión de quién es la persona, lo que puede hacer con su vida y cómo experimenta el mundo (Bülow, 2023). Por ello es importante brindar información clara y a tiempo.

En el caso de los infantes, esta información la reciben los padres, ya que ellos tomarán las decisiones y deberán estar preparados para enfrentar el hoy y el mañana

de forma realista, además de atender y de capacitar al menor en el manejo de la enfermedad, en la medida de lo posible. Entonces, las expectativas en el ámbito médico que se describen enseguida con respecto del paciente se corresponden a las que tendrían los padres, ya que no se encontraron estudios más específicos que aclararan el tema de menores de edad.

Kravitz (1996) identifica las expectativas de dos maneras: como probabilidades o como valores. En este último caso, se expresan como: esperanza o deseo (qué quiero), necesidad (qué percibo que requiero), titularidad (a lo que tengo derecho) y estándares normativos (lo que debería ser). Ahora bien, los pacientes poseen cuatro tipos de expectativas respecto de los servicios de salud que van a recibir (Thompson y Sunol, 1995): 1) expectativas ideales son deseos, aspiraciones o resultados deseados, dentro de un ideal en cuanto al potencial de un servicio; 2) expectativas predictivas que son acerca de un resultado anticipado realista y práctico, que se basa en experiencias personales previas, experiencias de otros u otras fuentes de conocimiento; 3) las expectativas normativas refieren a cómo debería ser o lo que debería pasar respecto de los servicios médicos, con base en evaluaciones subjetivas sobre lo que amerite la situación y 4) las expectativas no formadas que ocurren cuando los usuarios no están dispuestos o no pueden articularlas, porque no tienen ninguna, no son capaces de expresarlas o concebirlas debido a sus sentimientos de miedo, ansiedad o a la conformidad con las normas sociales, pero esto cambia con la experiencia y el conocimiento que vayan generando durante el uso de servicios.

LAS EXPECTATIVAS DE LOS NIÑOS Y DE LOS PADRES

Los padres de los niños con una condición crónica tienen expectativas relacionadas con las demandas de la enfermedad y de la salud de sus hijos. Esperan tener una rutina diaria sin necesidad de tratamiento, o bien, que decremente la cantidad o la complejidad del cuidado (Leite, 2021); que el niño coopere con los tratamientos y acepte los cambios; también esperan que los hermanos se ajusten a la situación y que asuman nuevas responsabilidades (Knafl *et al.*, 2013). Asimismo, esperan entender más la enfermedad y cómo lidiar con las situaciones diarias, piensan sobre cómo será el futuro y cómo se afrontará considerando la condición crónica (Pinto *et al.*, 2023). Sin duda, sus expectativas versan sobre la mejora del niño y su inde-

pendencia y que su hijo tenga una vida normal (Beacham y Deatrck, 2015), que pueda estudiar, trabajar y ser feliz; sin embargo, son conscientes de que el futuro depende de los tratamientos disponibles (Leite, 2021).

En el caso de los niños, estos expresan preocupación por su propio futuro, si la enfermedad mejorará o empeorará, y sobre los medicamentos y los tratamientos. Beacham y Deatrck (2015) encontraron que los infantes esperan que la enfermedad sea más manejable cuando crezcan, en parte porque tendrán una mayor comprensión de la esta, o porque tienen esperanza en los avances tecnológicos. En su futuro no se reconocen libres de su condición de salud, sino que se ven asumiendo más responsabilidades en su tratamiento y, por ende, disminuyendo las de sus padres. Aunque les cuesta hablar o pensar sobre qué podrían esperar, algunos tienen anhelos como ir a la universidad, casarse, tener una familia, un empleo o vivir solos.

Las expectativas se relacionan con un constructo que se aborda en el ámbito médico: la esperanza. Para Stuart *et al.*, (2019), la esperanza es un proceso que acompaña a la progresión de la enfermedad, independientemente de si el tratamiento es exitoso o no. Ellos ubican dos tipos de esperanza, la enfocada en la curación cuando es factible y una falsa esperanza que llevará a tratamientos excesivos, innecesarios y hasta perjudiciales para el paciente. Agregan que cuando los tratamientos ya no funcionan, debe dejarse de lado la esperanza enfocada; el paciente y su familia deben evolucionar hacia una esperanza intrínseca, que consiste en enfocarse no en la curación, sino en la calidad de vida o en la búsqueda de sentido. En parte, Leite *et al.*, (2021) refieren a esto como esperanza expectante, que aparece cuando ya no hay ninguna esperanza; entonces las pequeñas cosas de la vida cobran valor. Este cambio de esperanza enfocada a intrínseca modifica las expectativas de curación a aprender a vivir con lo que se tiene y ser feliz, dando paso a procesos de resiliencia y de duelo, vividos desde un enfoque más positivo.

LAS EXPECTATIVAS EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD

Las expectativas de los padres y de los niños influyen en el manejo de la enfermedad; particularmente las que se tienen respecto del tratamiento determinarán su adherencia y cuánto beneficio obtendrán del mismo (Panitz *et al.*, 2021); por ello, comprenderlas es la base para la atención y el autocuidado, que es la tendencia actual,

como se verá más adelante. Para la atención del paciente es necesario considerar algunos aspectos que aseguren el bienestar y la calidad de vida, gracias al manejo de la enfermedad. En primer lugar, debe reconocerse y conocerse la enfermedad, con la mayor cantidad posible de información. En las investigaciones (Beacham y Deatrck, 2015; Newson *et al.*, 2024) se ha encontrado que los niños identifican su condición actual y reconocen sus preocupaciones y sus sentimientos.

En segundo lugar, debe reconocerse que, a partir de cierta edad, el niño es parte importante del tratamiento. Los menores son capaces de decidir entre hacer o decir algo y no hacerlo, lo cual también expresa su agencia; aun no diciendo nada siguen siendo actores, aunque de una manera menos visible para los adultos (Bichet, 2019). Cabe aclarar que la agencia es la capacidad para tomar control y para actuar en la propia vida (Bandura, 2001). En tercer lugar, existen niños que se sienten capaces de controlar la condición que les aqueja y están preparados para las crisis (Beacham y Deatrck, 2015); otros ya asumen parte de su cuidado y participan en las decisiones; sin embargo, no siempre desean hacerlo, a veces quieren ocuparse de cosas de su edad y delegar el cuidado a sus padres (Bichet, 2019), porque responsabilizarse les genera estrés. Sin duda, la competencia y la autonomía están en proceso de desarrollo continuamente y se incrementan con la edad. En consecuencia, la participación de los niños es posible, pero enfrenta dificultades.

La dificultad del cuidado radica en la multiplicidad de aspectos que atender simultáneamente. Aunque los niños aprenden a manejar sus condiciones de vida, en conjunto con sus familias y sus proveedores de salud, ocasionalmente presentan problemas para recordar sus tratamientos (Beacham y Deatrck, 2015). Un paciente en condiciones crónicas a menudo tiene una sobrecarga de tareas en cuanto a su tratamiento, pues este es fragmentado. Para integrar esas tareas, las propuestas de manejo actuales han recurrido a centrarse en las metas personales de los pacientes (Boeykens *et al.*, 2023), trasladando la atención de la enfermedad a enfocarse en las metas del paciente (Timmermans *et al.*, 2024).

Este tipo de manejo se llama cuidado orientado a las metas, en el cual se incluye el concepto del cuidado centrado en la persona, que se dirige hacia lo que es importante para el paciente, con la finalidad de tomar decisiones informadas y colaborativas para su proyecto de vida (Grudniewicz *et al.*, 2023).

Esto se ha llevado a cabo en adultos, pero el cuidado centrado en el niño ya es un concepto emergente, todavía ambiguo en cuanto a lo que lo constituye; sin embargo,

se cuenta con algunas evidencias sobre su impacto y sus beneficios (Carter *et al.*, 2024). Para mejorar el manejo de la enfermedad se deben conocer los intereses, las prioridades y los deseos de los pequeños; por ejemplo, hablar sobre sus valores e historias personales, les ayuda a elicitar sus metas personales (Haverals *et al.*, 2023). Cuando los niños aún son muy pequeños como para tomar consciencia, los padres deberán plantear las metas para sus hijos y hacerles partícipes a partir de que sea posible. Aún cuando los infantes sean capaces de tomar decisiones o de proponer metas de cuidado, siempre reciben influencia de sus padres (Boyden *et al.*, 2022).

Los padres y el equipo médico deben escuchar con interés y empatía al menor, asegurándose de que sus expectativas sean realistas y, por ende, que establezcan metas alcanzables. Esto implica reconocer 1) el estado del niño, su potencial y tratar de conseguirlo; 2) las limitaciones de los tratamientos médicos y 3) el momento de moverse a metas dirigidas a mantener la calidad de vida del menor, lo que anteriormente se nombró esperanza intrínseca o expectante. Las expectativas deben actualizarse constantemente, pues las enfermedades crónicas evolucionan. Aunado a ello, es importante entender que las aspiraciones se ven constreñidas por la condición crónica y su tratamiento (Lee *et al.*, 2019); sin embargo, los niños deben animarse a apreciar su vida presente y a ellos mismos, así como a la gente que los cuida (Lee *et al.*, 2019); esto les permitirá sobreponerse a las dificultades.

Las expectativas, los valores y las normas del paciente deben tomarse en cuenta para incrementar la calidad de vida y proveer un cuidado *ad hoc* a cada paciente (Wauters y Gepts, 2023). Ubicar estos elementos conducirán a elicitar las metas de cuidado, luego a establecerlas (plan para llevarlas a cabo), actuar en su logro y evaluarlas, todo dentro de un diálogo interprofesional (Boeykens *et al.*, 2023) y colaborativo (Timmermans *et al.*, 2024), en el cual también se considera la experiencia de los médicos (Haverals *et al.*, 2023).

CONCLUSIÓN

Las expectativas de los padres y del niño configuran la manera en que enfrentarán los desafíos que la enfermedad crónica de un pequeño trae consigo. Dichas expectativas deberán basarse en información precisa y suficiente, de tal forma que permitan mantener una visión del futuro con una esperanza realista que los lleve a plantear

metas para estar en óptimas condiciones en todas las áreas de vida, para sobrellevar la enfermedad o para moverse hacia la calidad de vida cuando la cura no sea posible. Siendo así, las expectativas y las metas concordantes entre sí se alcanzarán y favorecerán el bienestar de los involucrados y a su entorno social, agregando también valor al plan de tratamiento médico oportuno y descartando el innecesario.

REFERENCIAS

- Baker, K. y Claridge, A. M. (2023). "I have a Ph.D. in my daughter": Mother and child experiences of living with childhood chronic illness. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 2625-2636. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02506-8>
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Barrio Cortes, J., Suárez Fernández, C., Bandeira de Oliveira, M., Muñoz Lagos, C., Beca Martínez, M. T., Lozano Hernández, C. y del Cura González, I. (2020). Enfermedades crónicas en población pediátrica: Comorbilidades y uso de servicios en atención primaria. *Anales de pediatría*, 93(3), 183-193.
- Beacham, B. L. y Deatrck, J. A. (2015). Children with chronic conditions: Perspectives on condition management. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 25-35. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.011>
- Bichet, L. (2019). Rethinking agency through children's experiences of chronic illness: When being an actor also means not participating. *Salute e Società*, XVIII(3), 11-24.
- Blatt, S. D. (2023). Problemas de salud crónicos en niños. *Manual MSD, versión para público general*. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/salud-infantil/aspectos-sociales-que-afectan-a-los-niños-y-a-sus-familias/problemas-de-salud-crónicos-en-niños>
- Boeykens, D., Decoster, L., Lenoir, D., De Sutter, A., Haverals, R., Lahousse, L., Pype, P., Van de Velde, D., Boeckstaens, P. y De Vriendt, P. (2023). Goal-oriented care through the eyes of people with chronic conditions [Conference abstract]. *International Journal of Integrated Care* 23, Article 475. <https://doi.org/10.5334/ijic.ICIC23175>
- Boyden, J. Y., Hill, D. L., LaRagione, G., Wolfe, J., y Feudtner, C. (2022). Home-based care for children with serious illness: Ecological framework and research implications. *Children* 9(8), Article 1115. <https://doi.org/10.3390/children9081>
- Bülow, P. (2 de enero de 2023). How chronic illness shapes body image and identity: Shaping your identity, body awareness, and life goals around a chronic illness. *Psycho-*

- logy Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/your-brain-on-body-dysmorphia/202301/how-chronic-illness-shapes-body-image-and-identity#:~:text=It%20affects%20your%20understanding%20of,body%20perceives%20the%20world%20differently>
- Capurso, M., Catalano, G., Calvaruso, A., Monticelli, A., Taormina, C., Battiato, S., Guadagna, F. P., Piccione, T., D'Angelo, P., Russo, D., Trizzino, A. y Raspa, V. (2024). Tailored psychoeducational home interventions for children with a chronic illness: Families' experiences. *Continuity in Education*, 5(1), 1-21. <https://doi.org/10.5334/cie.100>
- Carter, B., Young, S., Ford, K. y Campbell, S. (2024). The concept of child-centred care in healthcare: A scoping review. *Pediatric Reports*, 16, 114-134. <https://doi.org/10.3390/pediatric16010012>
- Center for Managing Chronic Disease, University of Michigan. (2024). *About chronic disease*. <https://cmcd.sph.umich.edu/about/about-chronic-disease/>
- Comisión Nacional de Bioética (21 de abril de 2015). *Bioética de las enfermedades crónicas de la infancia*. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/bioetica_enfermedades_cronicas.html#:~:text=Estas%20incluyen%20un%20grupo%20de,infecciones%20respiratorias%20crónicas%20y%20otras
- Consolini, D. M. (2022). Niños con enfermedades crónicas. *Manual MSD, versión para profesionales*. <https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatría/atención-de-niños-enfermos-y-sus-familias/niños-con-enfermedades-crónicas?ruleredirectid=757>
- Fine, G. A. (2005). Enacting norms: Mushrooming and the culture of expectations and explanations. En *Social norms* (pp. 139-164). Russell Sage Foundation.
- Grau, C. y Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212. <https://doi.org/10.4321/S1137-66272010000300008>
- Grudniewicz, A., Steele Gray, C., Boeckxstaens, P., Maeseneer, J. de, y Mold, J. (2023). Operationalizing the chronic care model with goal-oriented care. *The patient –Patient-centered outcomes research*. <https://doi.org/10.1007/s40271-023-00645-8>
- Haverals, R., Boeykens, D., Sirimsi, M. M., Timmermans, L., Van de Velde, D., Vriendt, P. de, y Boeckxstaens, P. (2023). Putting patients' goals first: Strategies and challenges through the eyes of primary care stakeholders [Poster abstract]. *International Journal of Integrated Care*, 23, Article 664. <https://doi.org/10.5335/ijic.ICIC23589>
- Healthy children.org. (2024). *Enfermedades crónicas*. <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/chronic/Paginas/default.aspx>

- Ichikawa, C. R. F., Bousso, R. S., Misko, M. D., Mendes-Castillo, A. M. C., Bianchi, E. R. F., y Damião, E. B. C. (2014). Cultural adaptation of the family management measure among families of children and adolescents with chronic diseases. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 115-122. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.2978.2379>
- Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica (s. f.). *Diccionarios del NCI: Enfermedad crónica*. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad-cronica>.
- Knafl, K. A., Deatrck, J. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M., Grey, M., y Dixon, J. (2013). Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *Journal of pediatric nursing*, 28(6), 523-535. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2013.03.006>
- Kravitz, R. L. (1996). Patients' expectations for medical care: An expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 53(1), 3-27. <https://doi.org/10.1177/107755879605300101>
- Kübler Ross, E. y Kessler, D. (2007). *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. Scribner.
- Lappalainen, P., Pakkala, I., Strömmer, J., Sairanen, E., Kaipainen, K. y Lappalainen, R. (2021). Supporting parents of children with chronic conditions: A randomized controlled trial of web-based and self-help ACT interventions. *Internet interventions*, 24, Article 100382. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100382>
- Lee, B., Park, H. J., Kwon, M. J. y Lee, J. H. (2019). A sound mind in a sound body?: The association of adolescents' chronic illness with intrinsic life goals and the mediating role of self-esteem and peer relationship. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 14(4), 338-350. <https://doi.org/10.1080/17450128.2019.1626520>
- Leite, A. C. A. B., García Vivar, C., DeMontigny, F. y Nascimento, L. C. (2021). Waves of family hope: Narratives of families in the context of pediatric chronic illness. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 29, Article e3504. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5515.3504>
- Mack, J. W. y Smith, T. J. (2012). Reasons why physicians do not have discussions about poor prognosis, why it matters, and what can be improved. *Journal of Clinical Oncology*, 30(22), 2715-2717. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.42.4564>
- Marshall, K., Newham, J., Lingam, R. y Kasparian, N. (2019). Integrated psychological care in paediatric hospital settings: Determining implementation success [Confe-

- rence abstract]. *International Journal of Integrated Care*, 19, Article 181. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3181>
- Mehmannavazan, M., Hosseini, M., Hejazi, S. S., Vartanoosian, J., Matbouei, M. y Nasiri, M. (2021). Psychometric evaluation of the Persian version of family management measure. *Health Education and Health Promotion*, 9(4), 351-356.
- Newson, L., Sides, N. y Rashidi, A. (2024). The psychosocial beliefs, experiences and expectations of children living with obesity. *Health Expectations*, 27, Article e13973. <https://doi.org/10.1111/hex.13973>
- Nóbrega, V. M., Collet, N., Lima da Silva, K. y Duarte Coutinho, S. E. (2010). Rede e apoio social das famílias de crianças em condição crônica. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 431-440. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i3.7566>
- Panitz, C., Endres, D., Buchholz, M., Khosrowtaj, Z., Sperl, M. F. J., Mueller, E. M., Schubö, A., Schütz, A. C., Teige-Mocigemba, S. y Pinguart, M. (2021). A revised framework for the investigation of expectation update versus maintenance in the context of expectation violations: The violex 2.0 model. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 726432. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.726432>
- Pinto, M. G., Santos, V. G., Guimarães, J. A., Gesteira, E. C., Duarte, E. D. y Braga, P. P. (2023). Family management styles of chronic childhood conditions: The caregivers' perspectives. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), Article e22100. <https://doi.org/10.12707/RV122100>
- Psychology Today. (2024). Chronic Illness. <https://www.psychologytoday.com/us/basics/chronic-illness>
- Reyes Luna, A. G., Garrido Garduño, A., Torres Velázquez, L. E. y Ortega Silva, P. (2010). Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas. *Psicología y Salud*, 20(1), 111-117.
- Roddy, Á. (2022). Income and conversion handicaps: Estimating the impact of child chronic illness/disability on family income and the extra cost of child chronic illness/child disability in Ireland using a standard of living approach. *The European Journal of Health Economics*, 23, 467-483. <https://doi.org/10.1007/s10198-021-01371-4>
- Salley, C. G., Axelrad, M., Fischer, E. y Steuer, K. B. (2022). But parents need help! Pathways to caregiver mental health care in pediatric hospital settings. *Palliative and Supportive Care*, 21(2), 347-353. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001353>
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis* (2a. ed.) Manual Moderno.

- Stuart, B. (31 de mayo de 2019). *Managing the hopes of seriously ill patients*. Harvard Business Review. <https://hbr.org/2019/05/managing-the-hopes-of-seriously-ill-patients>
- Stuart, B., Danaher, T., Awdish, R. y Berry, L. L. (2019). Finding hope and healing when cure is not possible. *Mayo Clinic proceedings*, 94(4), 677-685. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.006>
- Szabat, M. (2020). Parental experience of hope in pediatric palliative care: Critical reflections on an exemplar of parents of a child with trisomy 18. *Nursing Inquiry*, 27(2) Article e12341. <https://doi.org/10.1111/nin.12341>
- Thompson, A. G. y Sunol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: Concepts, theory and evidence. *International Journal of Quality in Health Care*, 7(2), 127-141.
- Timmermans, L., Boeykens, D., Sirimsi, M. M., Van de Velde, D., De Vriendt, P., Decat, P., Foulon, V. Van Hecke, A., Vermandere, M. y Schoenmakers, B. (2024). Self-management support (SMS) in primary care practice: A qualitative focus group study of care professionals' experiences. *BMC Primary Care*, 25, Article 76. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02317-4>
- Umbach, V. J., Schwager, S., Frensch, P. A. y Gaschler, R. (2012). Does explicit expectation really affect preparation? *Frontiers of Psychology*, 3, Article 378. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00378>
- Wauters, A., y Gepts, E. (2023). Towards goal oriented care with goal finder [Workshop abstract]. *International Journal of Integrated Care*, 23, Article 606. <https://doi.org/10.5335/ijic.ICIC23703>
- Xavier, W. S., Abreu, M. P., Nunes, M. D. R., Silva-Rodrigues, F. M., da Silva, L. F., Araújo, B. B. M. de, De Bortoli, P. S., Neris, R. R. y Nascimento, L. C. (2024). The sleep patterns of children and adolescents with chronic conditions and their families: An integrative literature review. *Children*, 11, Article 207. <https://doi.org/10.3390/children11020207>
- Xavier, W. S., Nunes, M. D. R., Abreu, M. P., Nascimento, L. C. y Rebutini, F. (2024). Children and adolescents hospitalized with chronic conditions: Sleep patterns, resilience and quality of life. *Revista Da Escola de Enfermagem Da University of São Paulo*, 58, Article e20230363. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0363en>

RECONSTRUCCIONES NARRATIVAS DE LOS DESAFÍOS DE LAS MENARCAS TEMPRANAS

VERÓNICA ALCALÁ HERRERA¹
JUAN MANUEL SÁNCHEZ²
CLAUDIA GARCÍA PRIETO³

INTRODUCCIÓN

Lena estaba feliz porque los Reyes Magos habían concedido su sueño, una hermosa bicicleta roja. A sus ocho años, Lena ya sabía conducir muy bien una bicicleta, así que ese día 6 de enero salió muy temprano a pasear por las calles de su pequeña ciudad. La madre de Lena la llamó a comer y la chiquilla no hizo caso, pero ya dadas las 6 p. m. definitivamente su madre le pegó un buen grito y le indicó que entrara. Así que Lena a regañadientes entró cansada, pero satisfecha de haber disfrutado su bici. Entonces Lena fue al baño; ahí notó algo raro: su pantaleta estaba sucia. Primero pensó que podría ser “popó”, así que se cambió rápidamente y con discreción. Un rato después fue al baño porque se sintió algo húmeda y ahora vio su realidad: era “sangre”. Se asustó tanto que llamó a su madre, quien no le dijo nada y le ofreció un algodón y unas pantaletas limpias para que se cambiara. Se fue a dormir con una gran angustia y sentimiento de culpa, ya que nadie le dijo nada. Lena pensó que se estaba desangrando, que algo por dentro, sus intestinos,

¹ Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación de Psicobiología y Neurociencias, México.

² Unidad 097, Sur, Universidad Pedagógica Nacional, México.

³ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México.

se habían roto por andar en bici todo el día. Lena comenzó a llorar, pensó que sus padres no hacían nada, que la estaban dejando morir desangrada. Pasó un día y ella seguía igual “desangrándose”, creía que estaba muriendo. Al tercer día, su madre la llevó al médico, quien le explicó muchas cosas que no entendió. Regresó a casa y lloró, porque no le habían detenido el sangrado. ¡Pensó que iba a morir! Un par de días después volvió al doctor; él intentó explicarle de nuevo y Lena seguía sin entender nada. Finalmente el doctor dijo: “Es normal”. En ese momento a Lena le regresó el alma al cuerpo. Seguía sin entender, pero ahora sabía que era normal y que no moriría. Finalmente dejó de sangrar y ¡uf! no murió.

Lena es una de tantas niñas que comienzan a presentar su periodo menstrual antes de la edad promedio de su región. Lena nació a mediados de la década de los cincuenta. Sí, ahora Lena debe estar acercándose a los 70 años.

¿Cómo habría sido adecuado explicarle a Lena qué era lo que estaba pasando? Su madre la llevó al doctor; él con sus “tecnicismos” le explicó por qué ocurría la menstruación, qué era, y que lo que tenía era su primer sangrado menstrual. Actualmente, la misma Lena no recuerda todo lo que el médico le dijo durante las dos sesiones. Las únicas palabras que rememora son: “Es normal”, con lo que se tranquilizó.

La menarquia es la señal más clara y precisa de que se inició la pubertad y de la madurez reproductiva (Karapanou y Papadimitriou, 2010; Laufer, *et al.*, 2023). El proceso de maduración inicia antes de la aparición del primer sangrado, el cual es un proceso continuo y que, para la mayoría de las personas, pasa desapercibido. Él mismo conlleva una serie de cambios biológicos y sociales que la niña va enfrentando sin un conocimiento claro de ellos, más que los que de manera experiencial va generando su cuerpo (Domenech, *et al.*, 2010; Laufer *et al.*, 2023). A pesar de que la literatura médica ha establecido una edad más o menos precisa de la aparición de la menarquia, determinarla no es tarea fácil; sin embargo, para fines del presente capítulo, es esencial su especificación. Cuando Lena tuvo su menarquia tenía ocho años; lo recuerda muy claramente porque fue un 6 de enero, el día de los Reyes Magos, una fecha esperada con mucha ilusión por los niños de México. Como una niña de la década de los sesenta, seguramente ni su madre y mucho menos ella esperaban que ocurriera su primera menstruación. ¿Qué tan común es tener la menarquia a edades tempranas?

Los primeros cambios físicos comienzan a aparecer aproximadamente dos años antes de que ocurra la menarquia. Así, pues, se considera que las niñas empiezan

su desarrollo desde los 8 años y terminan a los 18 (Carranza, 2011; Tembourny, 2009; Laufer, *et al.*, 2023). Cuando la menarquia aparece antes de los 8 años se considera una situación patológica y es conocida como pubertad precoz, la cual está asociada a desórdenes endocrinos, tumores cerebrales o síndromes diversos (Soriano Guillén y Argente, 2011; Tembourny, 2009; Zurita Cruz, 2016; Kota y Ejaz, 2023).

Para que se produzca la menstruación se requiere un desarrollo físico mínimo. Esto se consigue a partir de la talla y el peso, y depende de una serie de factores metabólicos, entre los que se cuenta la leptina, la kisspeptina y el glutamato. Por ejemplo, los niveles de leptina parecen indicar al hipotálamo que se ha almacenado el nivel de energía óptimo y que el desarrollo puberal puede proseguir, por lo que la menarquia temprana (MT) también se asocia a dicho proceso metabólico (Allison y Hyde, 2013; Currie, *et al.*, 2012; Zurita Cruz, 2016; Sánchez Garrido y Tena Sempere, 2013; Laufer *et al.*, 2023; Vigil *et al.*, 2011; Carol, 2012). Lena no era una niña rolliza, pero en comparación con las niñas de su edad sí tenía una talla un poco mayor; sin embargo, como mujer adulta su estatura no rebasaba los 155 cm. Como el aumento de los niveles de grasa y el índice de masa corporal (IMC) están vinculados a la calidad en la alimentación, en países como Irak, Canadá, Nigeria y Bangladés se ha observado una disminución de la edad de la menarquia asociada a un aumento importante en el IMC de las adolescentes (Akter *et al.*, 2012; Adesina y Peterside, 2013; Currie *et al.*, 2012; Enas y Nisreen, 2010; Rah *et al.*, 2009).

Además, Lena no nos compartió la edad en la que otras integrantes de su familia habían iniciado la menstruación, ya que la genética también se describe como un factor relevante, como lo indican Chang y Chen (2008), quienes estudiaron a tres generaciones de familias y notaron la disminución de la edad de la menarquia de las hijas en relación con sus madres y con sus abuelas. Esta disminución se ha documentado en diversos estudios a lo largo de los años y en diferentes países. En México, la edad promedio de la aparición de la menarquia es de 11.4 años, y se puede observar una disminución de la edad a lo largo del siglo pasado hasta el presente (Marván *et al.*, 2016). Sin embargo, siempre ha existido un pequeño grupo de niñas que comienzan a menstruar antes de la edad promedio de su época; se les conoce como menarcas tempranas.

¿Hay consecuencias cuando aparece la menarquia antes de la edad promedio de su contexto? Han sido descritas diversas tendencias a mostrar ciertas dificul-

tades o peligros; por ejemplo, la MT se asocia a una mayor posibilidad de padecer enfermedades físicas como: cáncer de mama (Goldberg *et al.*, 2020; Khalis, 2018); asma (Han *et al.*, 2022); problemas menstruales, sobrepeso y obesidad (Moelyo *et al.*, 2019; Marqués *et al.*, 2022). Asimismo, se ha descrito el aumento de conductas de riesgo y de peligro como el consumo de sustancias que van desde el tabaco y el alcohol, hasta sustancias ilegales; incluso, se describen conductas delictivas y vandálicas, como grafitear, manejar sin licencia, robos menores y graves (Copeland *et al.*, 2010; Haynie, 2003; Richards y Oinonen, 2011; Verhoef *et al.*, 2014).

La MT también se ha asociado con una mayor presencia de psicopatologías y conductas destructivas como: depresión, ideación suicida, autolesiones y ansiedad (Allison y Hyde, 2013; Deng *et al.*, 2011; Alcalá Herrera y Marván, 2014; Black y Klein, 2012; Joinson *et al.*, 2011; Mendle *et al.*, 2018), así como trastornos alimenticios vinculados a la insatisfacción por su imagen corporal y asociados a depresión (Kaltiala Heino *et al.*, 2011; McNicholas *et al.*, 2012; Mercader *et al.*, 2018; Tilleria, 2018).

Las chicas con MT muestran niveles más elevados de estrés, además de una autoevaluación de su salud y felicidad más bajas que sus pares (Kim *et al.*, 2021). Respecto al área sentimental y a su vida reproductiva, manifiestan la búsqueda de parejas de mayor edad, múltiples parejas sentimentales, relaciones sexuales a edades más tempranas, uso inadecuado de estrategias reproductivas, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual, parejas inestables y niveles más altos de violencia sexual (Damayanty *et al.*, 2023; Hodgson *et al.*, 2019; Ibitoye *et al.*, 2024; Ibitoye *et al.*, 2017; Ibitoye *et al.*, 2023; Copeland *et al.*, 2010). Respecto a su rendimiento académico y a su vida escolar, suelen meterse en problemas en el colegio, faltar con frecuencia y reportan menos interés por las materias; además, son menos proclives a seguir la educación universitaria. Los investigadores han concluido que esto no se debe a una disminución en sus habilidades cognoscitivas sino a que tienen más distractores sociales, como citas y relaciones amorosas (Mendle *et al.*, 2007).

A diferencia de otros cambios que ocurren en el cuerpo, la menarquia es un evento que se presenta de manera súbita, por lo que la mayoría de las mujeres, independientemente de su edad, la suelen recordar con detalle y como un evento importante en sus vidas. Sin embargo, como sucedió con Lena, tener un recuerdo

claro y nítido sobre un evento no necesariamente refleja una experiencia positiva y agradable. En una revisión de las publicaciones realizadas en occidente, de entre 2000 a 2014, se concluyó que en general las mujeres tenían una experiencia negativa de la menarquia, ya que habían reportado sentimientos como miedo, confusión, pena y molestia (Herbert *et al.*, 2016).

Los trabajos en México son escasos; sin embargo, un estudio en nuestro país demostró que aun en la actualidad las adolescentes siguen viviendo su menarquia con emociones asociadas a una experiencia negativa, como nervios y preocupación, además de no sentirse lo suficientemente preparadas para el momento (Marván y Alcalá Herrera, 2014). No es de extrañar que las experiencias de la menarquia sean en su mayoría negativas, considerando que, tanto en nuestro país como en otros, la preparación e información sobre la menarquia y la menstruación se centran en los aspectos biológicos e higiénicos (Marván y Cortés Iniesta, 2008; Lee, 2009). Más aún, las niñas que experimentan su MT se enfrentan a un mayor desafío, en el que no suelen contar con los conocimientos ni el apoyo necesarios para hacer frente a la situación. Existen diversas razones por las que esto puede pasar. En nuestro país, el tema se comienza a enseñar a partir de los 9 o 10 años, aproximadamente, cuando algunas niñas podrían ya haber experimentado su menarquia. Además, algunos padres de familia o incluso educadores podrían considerar que se les dificulta hablar sobre el tema por hacer referencia a la intimidad de la mujer o por ser un tema tabú (González y Montero, 2008; Marván y Alcalá Herrera, 2020).

Los aspectos de riesgo reportados por la literatura son bastante desalentadores y ponen a las niñas MT en una situación de indefensión y de vulnerabilidad. Sin embargo, también hay investigaciones que han encontrado resultados alentadores; por ejemplo, en un estudio reciente se reportó que las mujeres que tuvieron una MT tienen altos niveles de síntomas depresivos alrededor de los 14 años, en comparación con las menarcas regulares. Al llegar a la edad adulta, las diferencias en la sintomatología depresiva se ven atenuadas (Prince *et al.*, 2023). Además, se ha reportado que las niñas MT que fueron encuestadas seis años después de su primer ciclo menstrual utilizaron en menor medida estrategias de afrontamiento como evadir, enojarse, ser indiferentes, golpear o ser violentas, en comparación con las que fueron encuestadas tres años después de su primera menstruación (Alcalá Herrera y Marván, 2014).

Si recordamos la experiencia de Lena, ella se encontró sola, sin entender lo que le pasaba; la ayuda que recibió no fue tan amable, no para una niña de 8 años; lo único que ella deseaba era saber qué le estaba pasando y, cuando lo supo, se tranquilizó. Sabemos que una niña que haya tenido una MT sin apoyo ni conocimientos y sin contar con los recursos necesarios para afrontarla muy probablemente tendrá experiencias negativas de las menstruaciones subsecuentes. Por ello la familia, la escuela y una madre empática tienen una influencia protectora (Lee, 2009; González y Montero, 2008).

Las niñas que presentan cambios puberales a destiempo respecto a sus pares afrontan desafíos en términos de ajustes sociales, de autocuidado y emocionales, lo que aumenta su vulnerabilidad. Por tales razones nos cuestionamos: ¿cómo serán las experiencias de las mujeres que tuvieron la menarca anticipada? ¿Es real que las experiencias tempranas de la menarquia se vivan tan adversas? ¿El futuro de las niñas MT realmente será desafortunado? O bien, ¿tienen elementos que les ayuden a afrontar su vida adulta? Además, ¿existen diferencias generacionales en las vivencias relacionadas con MT? El objetivo del presente trabajo fue explorar las experiencias de vida de mujeres de tres generaciones que presentaron la menarca temprana, con la finalidad de comprender, a través de sus narrativas, la forma en que afrontaron su madurez reproductiva anticipada y cómo experimentaron los cambios sociales.

MÉTODO

Se utilizó un muestreo por conveniencia, ya que las participantes fueron invitadas a través de la presentación del proyecto a jóvenes universitarios, quienes contactaron a familiares y amigas que cumplieran con la condición de ser MT. De esta forma, la muestra estuvo compuesta por siete mujeres que viven en la Ciudad de México y en el Estado de México. El rango de edad fue de 21 a 56 años. Las participantes fueron distribuidas en tres grupos; los criterios para agrupar a las participantes en generaciones fueron tomados de los resultados del trabajo de Marván *et al.* (2016), como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Descripción de los criterios de edad promedio y rango de edad para considerar a las MT según su generación

Generación	Edad de la menarca reportada por las participantes	Edad actual	Edad promedio*	Rango de edad*	Criterio mt
1	9	56	12.52	12.42-12.64	≥ 11 años
2	10; 9 11; 11	46; 48 42; 41	12.52 12.20	12.42-12.63 12.11-12.29	≥ 11 años
3	9; 9	29; 21	11.52	11.44-11.60	≥ 10 años

Fuente: elaboración propia.

*Marván *et al.*, 2016.

A las participantes se les entregó un consentimiento informado, donde se indicaba sobre el cuidado de sus datos personales, que las entrevistas son anónimas y confidenciales, y se les explicó el objetivo de la entrevista, señalando que iban a ser grabadas para posteriormente realizar el análisis. Las entrevistas se construyeron en la perspectiva narrativa, colocando especial énfasis en elementos de corte autobiográfico que pudieran expresar y explicar las participantes, teniendo como telón de fondo 10 campos temáticos desarrollados en las entrevistas (figura 1).

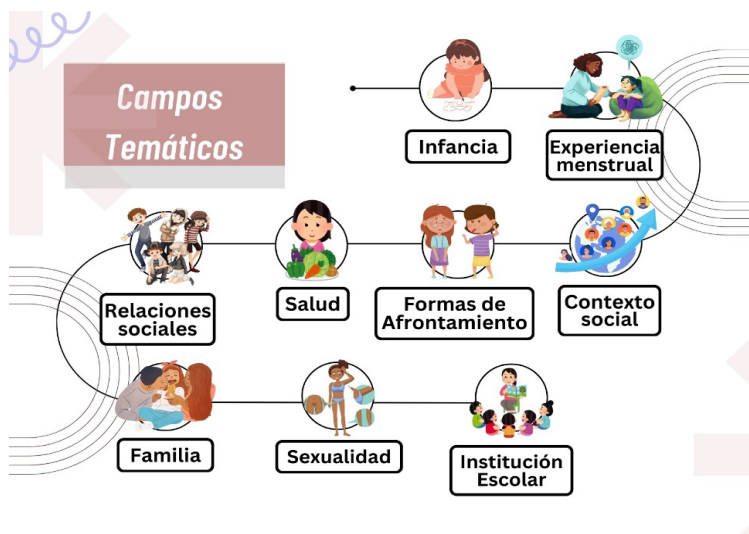


Figura. 1. Campos temáticos expresados por las participantes.

Fuente: elaboración propia.

Las entrevistas grabadas se transcribieron para el análisis respectivo. Se identificaron las características de las siete mujeres teniendo en cuenta principalmente las edades rango de las mismas, en el entendido de que la edad de las participantes marcaba una construcción relacional con su época de vida, gustos, tradiciones, cultura, creencias, etc. Las narrativas fueron ajustadas en su redacción para que fueran comprensibles; esto se realizó con el cuidado necesario para no perder la esencia de lo vivido. De esta forma las siete participantes conformaron los tres grupos generacionales descritos en la tabla 1.

El trabajo interpretativo constó de un primer acercamiento de una lectura global, es decir, se revisaron las narrativas de las participantes en Bloque y de ello surgieron las 12 narrativas (figura 2).

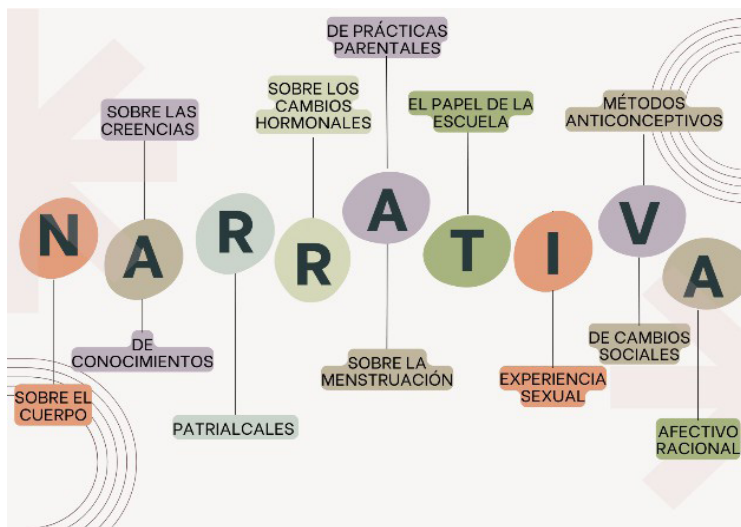


Figura 2. Narrativas que se identificaron en los textos de las participantes.

Fuente: elaboración propia.

Es necesario señalar que el trabajo narrativo se centra en los aspectos de las cualidades y las construcciones de sentido que le dan sus participantes; por ende, las 12 narrativas no constituyen un elemento de cantidad sobre en qué bloque o con que participantes se presenta, sino un constructo interpretativo de cualidad y sentido narrativo (Bruner, 1999; Feixa, 2018).

Con esa consideración se realizó la reconstrucción en un texto de una sola voz por bloque, tratando de recuperar los sentipensares de las narraciones que se fueron generando a lo largo de la entrevista.

PRESENTACIÓN DE LAS NARRATIVAS POR GRUPO GENERACIONAL

Grupo Generacional 1

La participante de mayor edad, que vivió esta experiencia durante la década de los sesenta, nos permite reconocer cómo visualizó sus cambios físicos, al mirar cómo su cuerpo se fue modificando. Sin embargo, también expresa, con ciertos sentimientos de decepción, cómo la familia se mantuvo algo indiferente a lo que le pasaba, la abuela le dio pocas explicaciones y no supo cómo colocarse una toalla sanitaria hasta unos 5 años después de iniciar su menarquia. Finalmente, siente que no “sufrió” dolor físico y que eso le deja ver que no fue tan “mala” experiencia. Sin lugar a duda, se aprecia desinformación y escaso acompañamiento, pero también la capacidad de superar los retos que esto implicó (figura 3).

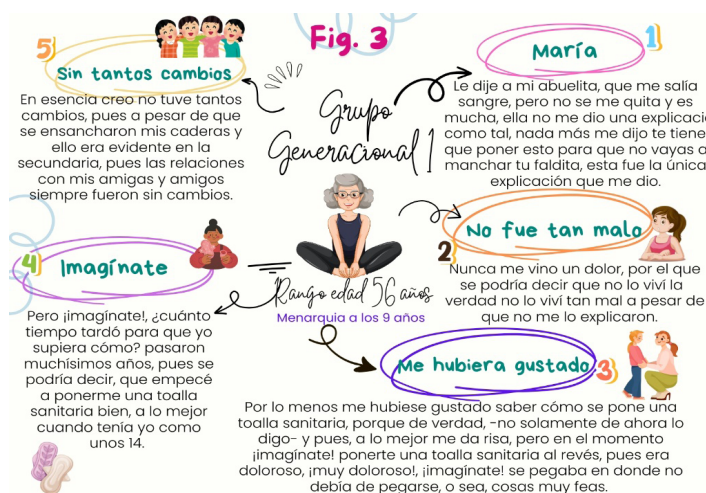


Figura 3. Narrativas de la participante del Grupo Generacional 1.

Fuente: elaboración propia.

Grupo Generacional 2

Algunas de las participantes del Grupo Generacional 2 expresan no hablar de lo que les estaba pasando; querían ocultarlo, así que mentían sobre si se mancharon o que escondían la ropa para lavarla. También se observa que varias de las madres o abuelas fueron las que les dieron algo de información en el momento en que les ocurría (figura 4).



Figura 4. Narrativas que explican su experiencia hacia la MT de las participantes del Grupo Generacional 2.

Fuente: elaboración propia.

Narran sus valoraciones y creencias transmitidas entre amigas que impiden la comunicación más abierta con sus madres. Se identifican sentimientos de la aflicción de dejar de ser niña, lo que dificulta lograr enfrentar el cambio de manera más asertiva (figura 5).

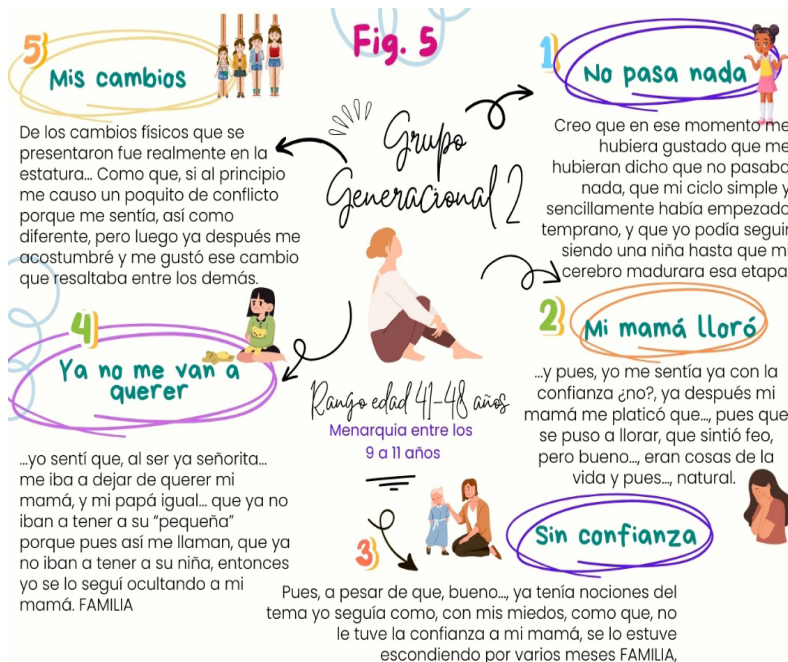


Figura 5. Narrativas sobre los cambios que percibieron sobre la aparición de su menarquia las participantes del Grupo Generacional 2.

Fuente: elaboración propia.

Varias comparten que les hubiera gustado recibir información anticipadamente, que no pasaba nada, que todo era normal, para sentir más confianza y tranquilidad. Hubo comentarios con respecto al temor de “salir embarazada” sin tener novio o decepcionar a los padres con este tipo de “error”, las críticas de cómo los familiares cercanos expresan sus prejuicios sobre que ya puede “salir embarazada” al comenzar a menstruar (figuras 6 y 7).



Figura 6. Narrativas sobre la relación de la familia, la infancia, la salud y la experiencia menstrual de las participantes del Grupo Generacional 2.

Fuente: elaboración propia.

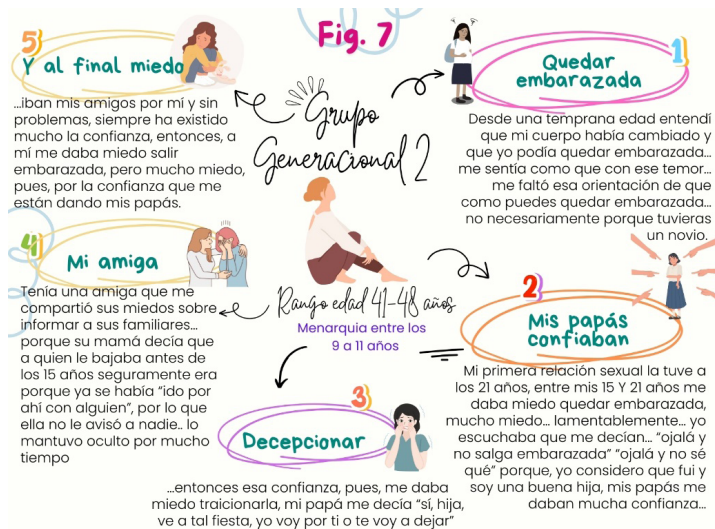


Figura 7. Narrativas sobre la relación de la familia, la infancia, la salud y la experiencia menstrual de las participantes del Grupo Generacional 2.

Fuente: elaboración propia.

Grupo Generacional 3.

Las jóvenes de alrededor de 20 años, a pesar de tener preocupaciones parecidas a las otras generaciones, muestran más apertura para expresar lo que sentían y lo que vivieron. Refieren más las conversaciones con sus padres, ellos les dan consejos para cuidarse y, en especial, hablan con sus padres sobre su ciclo menstrual (figura 8). Las jóvenes hablan de su cuerpo, de sus cambios físicos; por ejemplo, indican que “a partir de ello aprendí a identificar más la relación que tengo con mi cuerpo... a conocerme” (figura 9). La diferencia más reveladora, fue observar que hablaban del inicio de su vida sexual y del uso de anticonceptivos; a pesar de esto, ellas refieren no haber ido con un profesional para que las orientara (figura 10 y 11). Sin embargo, esto ya muestra una mayor apertura.



Figura 8. Narrativas sobre los vínculos con la familia, la salud y la experiencia menstrual de las participantes del Grupo Generacional 3.

Fuente: elaboración propia.



Figura 9. Narrativas sobre los cambios corporales de las participantes del Grupo Generacional 3.

Fuente: elaboración propia.

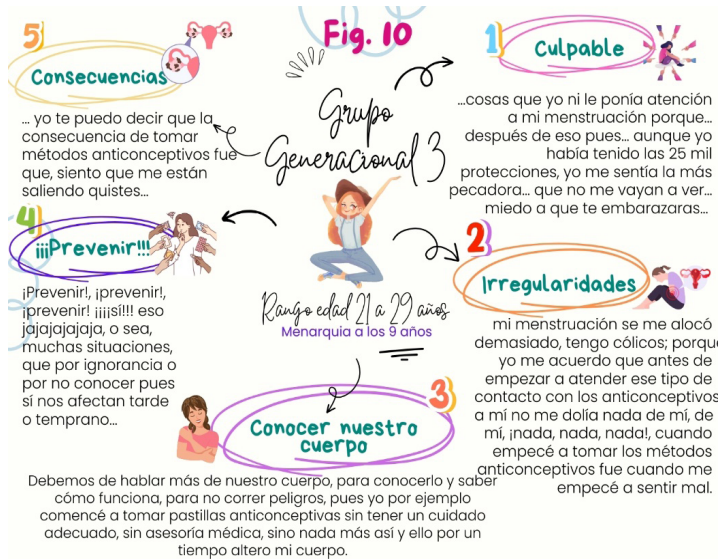


Figura 10. Narrativas sobre la sexualidad y la salud de las participantes del Grupo Generacional 3.

Fuente: elaboración propia.



Figura 11. Narrativas sobre las experiencias menstruales de las participantes del Grupo Generacional 3.
 Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Parece ser que la experiencia de Lena sobre la falta de conocimientos es una concomitante. Nuestras participantes mostraron de diferentes maneras la necesidad de haber sido informadas. Decía una de ellas: “Nadie más me enseñó ... Que tuviera yo alguna tía, una conocida o alguien... o sea, fui más autónoma”. Sin embargo, los conocimientos y apoyos con los que una niña debe contar no abarcan solamente los cambios físicos, sino que deberían abordar aspectos psicológicos, afectivos y sociales. No hablar con las niñas sobre gestión de la menstruación puede someterlas a situaciones complejas, difíciles, impredecibles, vergonzosas y hasta humillantes, en donde no cuentan con los recursos apropiados para enfrentarlas, como cuando una participante dijo: “Por lo menos me hubiera gustado saber cómo se pone una toalla sanitaria... Imagínate ponerte una toalla sanitaria al revés, pues era doloroso, muy doloroso”. Otro aspecto por destacar es que la madre y el núcleo familiar son la fuente más importante de información y de apoyo. Cuando esta es

deficiente, puede fomentar las creencias y mitos erróneos que reportan las participantes, como cuando una expresó: “Me hubiera gustado que me hubieran dicho que no pasaba nada, que mi ciclo simple y sencillamente había empezado temprano, y que yo podía seguir siendo una niña hasta que mi cerebro madurara esa etapa”. A Lena también le hubiera gustado que le dijeran: “Esto es normal, no pasa nada, no se te rompió nada por dentro, no morirás.” Asimismo, padres que replicaban creencias erróneas de que la menarquia está estrictamente relacionada con la fertilidad, o con la conversión de niña a mujer, como cuando otra participante mencionó: “Su mamá decía que a quien le bajaba antes de los 15 años seguramente era porque ya se había ido por ahí con alguien”.

Otra de las repercusiones de las creencias erróneas fueron las emociones que reportaron, donde podemos apreciar cómo todas las participantes vivieron miedo, confusión, pena y tendían a ocultarlo, de manera semejante a como lo encontraron Marván y Alcalá Herrera (2014). Escuchemos el discurso de una de las participantes que explicó: “A pesar de que, bueno..., ya tenía nociones del tema, yo seguía como con mis miedos, como que no le tuve la confianza a mi mamá, se lo estuve escondiendo por varios meses, yo sentí que, al ser ya señorita, me iba a dejar de querer y mi papá igual, que ya me iban a dejar de querer, que ya no iban a tener a su ‘pequeña’, porque pues así me llaman, que ya no iban a tener a su niña; entonces yo se lo seguí ocultando a mi mamá”.

Los contextos producen trastornos, enfermedades, potencialidades y posibilitan capacidades que en escenarios o temporalidades específicas se incrementan o dejan de presentarse. Pese a que el contexto y experiencias de nuestras participantes no fueron favorecedoras, llama la atención que estas no mostraron indicios en sus discursos que pudieran sugerir algún trastorno, enfermedad, o padecimientos relacionados a su MT que la literatura ha asociado. Ello nos permite suponer que las representaciones sobre los acontecimientos de vida de las mujeres entrevistadas se encuentran entrelazadas por cargas con menor peso socioafectivo que en otros grupos sociales.

Observamos que, para las participantes, los cambios físicos como el ensanchamiento de caderas o el desarrollo de los senos no fueron aspectos relevantes en sus dinámicas y relaciones socioafectivas. Lo que prevalece es la percepción propia de la infancia y el peso mínimo que tiene el constructo social sobre de ella. Así lo expresa una de las participantes: “Quizá a partir de ello aprendí a identificar más

la relación que tengo yo con mi cuerpo, o sea, ya empezar a conocerme más y pues en muchos aspectos; de mis pechos, de mi menstruación...”. Otra joven indicó: “... Debemos hablar más de nuestro cuerpo, para conocerlo y saber cómo funciona, para no correr peligro...”. Si bien aparecen percepciones referidas a los aspectos negativos (Marván y Alcalá Herrera, 2014), ellos se centran en factores relacionados con los vínculos afectivo-parentales, más que con las relaciones con sus iguales en comportamientos de tipo sexual.

Todas las participantes identificaron dos o tres años después de su menarquía cambios notables en sus cuerpos, pero también tomando mucho en cuenta las formas de pensar con respecto a sus compañeras de la misma edad, que no fueron MT. Como cuando una de las participantes compartió lo siguiente: “Quizá al final pienso que el hecho de haberme bajado desde los nueve te lleva a experimentar cosas primero que otras niñas...”.

Las historias de vida compartidas por las participantes revelan diversidad de relaciones sociales. Algunas mujeres crecieron con sus abuelas, otras con padres distantes, algunas bajo modelos patriarcales y algunas más enfrentando situaciones de pobreza extrema y diferentes formas de violencia social. Cuando fueron entrevistadas, reportaron tener estudios desde secundaria hasta licenciatura, familias unidas y no estaban lidiando con problemas de depresión, de ansiedad, de alcoholismo o de drogadicción. En otras palabras, parece que la experiencia de la MT no fue un punto de quiebre significativo en sus vidas en términos sociales y emocionales, tanto en ese momento como en su desarrollo posterior. No significa que no hayan enfrentado problemas o adversidades, sino más bien que lograron soslayarlas de una u otra forma. Posiblemente desarrollaron estrategias de afrontamiento que les fueron útiles (Marván y Alcalá Herrera, 2014).

CONCLUSIÓN

Las participantes no mostraron ningún síntoma de patología o trastorno de conducta, como lo indica la literatura médica al respecto. Los riesgos e incertidumbres que enfrentaron fueron superados a través de sus propias fortalezas. Las construcciones resilientes que muestran nos ayudan a comprender el potencial humano en lo que respecta a los tejidos relacionales y afectivos que surgen de la significación que las

participantes dan a los contextos de desarrollo, donde el breve apoyo de la madre o de la abuela constituyen espacios de sentido para dar continuidad al cotidiano de la vida. Las construcciones contextuales realizadas por nuestras participantes nos permiten identificar procesos psicosociales de sus comunidades, así como los cambios generacionales que se presentan. Para nuestra participante de la Generación 1, el respeto a las tradiciones, la autoridad de los adultos y los temas tabú parecen definir los miedos y las formas de enfrentar la MT. En contraste, las mujeres de la Generación 2 muestran mayores niveles de interacción y de comunicación con los padres, así como procesos vinculares con sus grupos de pares, lo cual está ausente en la Generación 1. La Generación 3 refleja una mayor preocupación por el cuerpo, por las primeras experiencias sexuales y, por ende, las preocupaciones sobre el uso de anticonceptivos sin previo conocimiento.

Es necesario señalar que, si bien la evidencia de los cambios generacionales se identifica en formas de afrontamiento y en las preocupaciones propias de cada grupo, en lo referente al acompañamiento familiar es lejano. En suma, es pertinente reflexionar sobre la urgencia de la educación sexual tanto en los espacios familiares como en los educativos, ya que se observa la ausencia total de los profesores y de la educación dentro de la escuela. Lena es una mujer real, su historia fue registrada de forma anecdótica. Lena inspiró este capítulo, pero no contamos con un registro cuidadoso para realizar el análisis de su experiencia. Sin embargo, así, de forma anecdótica, la historia de Lena no es muy diferente a las historias de otras mujeres que vivieron la menarquia anticipadamente, como se puede apreciar en este estudio. Consideramos importante que, como psicólogos, recomendemos a las mujeres reflexionar sobre cómo fueron sus experiencias. Compartir las historias de este estudio con niñas y adolescentes podría ayudarlas a tener en cuenta cómo habrían sido estas experiencias si las protagonistas hubiesen contado con apoyo y conocimiento oportuno. En las mujeres es más fácil sentir empatía; sin embargo, es importante hacer conciencia en los hombres y volverlos sensibles ante este tipo de eventos, dado que todos y cada uno, sin excepción, comparte la vida con alguna o varias mujeres: madre, hermanas, amigas, hijas, pareja, etc. Reflexionar sobre esto nos ayuda a conocer y a entender mejor cómo la MT puede impactar a las personas de diferentes maneras y cómo el apoyo y la comprensión pueden marcar la diferencia en este proceso de transición.

Agradecemos a los estudiantes de la Facultad de Psicología Generación 2023 del grupo 2007, que colaboraron en la transcripción de los textos, en las entrevistas

y en la búsqueda de participantes: Diego Anaya, Paula Barriga, Ana Cruz, Laura Espinosa, Sofía Figueroa, Yahir Gómez, Andrea Reynoso, Denixa Rivera, Mario Sánchez y Luz E. Segundo, así como a las mujeres MT que aceptaron compartir sus historias.

REFERENCIAS

- Adesina, A. F. y Peterside, O. (2013). Age at menarche and body mass index (BMI) among adolescent secondary school girls in Port Harcourt, Nigeria. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 41-46.
- Akter, S., Jesmin, S., Islam, M., Nusrat, S. S., Okazaki, O., Hiroe, M. y Mizutani, T. (2012). Association of age at menarche with metabolic syndrome and its components in rural Bangladeshi women. *Nutrition y Metabolism*, 9(99), 1-7. doi:10.1186/1743-7075-9-99.
- Alcalá Herrera, V. y Marván, M. L. (2014). Early menarche, depressive symptoms, and coping strategies. *Journal of Adolescence*, 37, 905-9013. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.06.007
- Allison, C. y Hyde, J. (2013). Early menarche: confluence of biological and contextual factors. *Sex Roles*, 68, 55-64. doi:10.1007/s11199-011-9993-5.
- Black, S. y Klein, D. (2012). Early menarcheal age and risk for later depressive symptomatology: The role of childhood depressive symptoms. *Journal Youth Adolescence*, 41, 1142-1150. doi:10.1007/s10964-012-9758-7.
- Bruner, J. (1999). *La educación puerta de la cultura*. Visor.
- Carol, F. E. (2012). Leptin action in pubertal development: recent advances and unanswered questions. *Trends in Endocrinology and Metabolism*, 23(1), 9-15. doi: 10.1016/j.tem.2011.09.002.
- Carranza, S. (2011). *Introducción a la endocrinología ginecológica*. México: Trillas.
- Chang, S. R. y Chen, K. H. (2008). Age at menarche of three-generations families ein Taiwan. *Annals of Human Biology*, 35(4), 394-405. doi:10.1080/03014460802154777.
- Copeland, W., Shanahan, L., Miller, S., Costello, J., Angold, A. y Maughan, B. (2010). Outcomes of early pubertal timing in young women: A prospective population-base study. *American Journal Psychiatry*, 167(10), 1218-1225. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09081190.
- Currie, C., Ahluwalia, N., Godeau, E., Gabhainn, N., Due, P. y Currie, D. (2012). Is Obesity at Individual and National Level Associated with Lower Age at Menarche? Evi-

- dence From 34 Countries in the Health Behaviour in School-aged Children Study. *Journal of Adolescent Health*, 50, 621-626, doi: 10.1016/j.jadohealth.2011.10.254.
- Damayanty, A., Youwena, C. y Salim, L. (2023). Relationship between sexual behavior and early menarche in Indonesian adolescents. *Media Gizi Kesmas*, 12(2), 790-794. doi: 10.20473/mgk.v12i2.2023.790-794
- Deng, F., Tao, F., Wan, Y., Hao, J., Su, P. y Cao, Y. X. (2011). Early menarche and psychopathological symptoms in young Chinese woman. *Journal of Women's Health*, 20(2), 207-213. doi: 10.1089=jwh.2010.2102
- Domenech, L. E., Rey, S. F. y Fuente, J. E. de la (2010). Desarrollo evolutivo normal. En C. Soutullo y M. J. Mardomingo, *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 37-52). Madrid: Médica Panamericana.
- Enas, A. y Nisreen, M. I. (2010). Assessment of the influencing factors on age of menarche among girls in Tikrit city. *Tikrit Medical Journal*, 16(2), 129-133.
- Feixa, C. (2018). *La imaginación autobiográfica. Las historias de vida como herramienta de investigación*. Gedisa.
- Goldberg, M., D'Aloisio, A. A., O'Brien, K. M., Zhao, S. y Sandler, D. P. (2020). Pubertal timing and breast cancer risk in the Sister Study cohort. *Breast Cancer Research*, 22(1), 112. doi: <https://doi.org/10.1186/s13058-020-01326-2>
- González, A. E. y Montero, V. A. (2008). Factores psicosociales y culturales que influyen en el evento de la menarquia en adolescentes posmenárquicas. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(4), 236-243. doi: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-7>
- Han, C. H., Chung, J. H. y Kim, S. R. (2022). The relationship between asthma and early menarche in Korean adolescents. *Medicine (Baltimore)*, 101(20), e29301. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000029301>
- Haynie, D. (2003). Context of risk? Explaining the link between girl's pubertal development and their delinquency involvement. *Social Forces*, 82(1), 355-397.
- Herbert, A. C., Ramirez, A. M., Grace, L., North, J. S., Askari, S. M. y Sommer, M. (2016). Puberty experiences of low-income girls in the United States: A systematic review of qualitative literature from 2000 to 2014. *Journal of Adolescent Health*, 60(4), 363-379. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.10.008
- Hodgson, H. N., Yom-Tov, E., Strong, W. F., Flores, P. L. y Ricoy, G. N. (2019). Concerns of female adolescents about menarche and first sexual intercourse: Mixed methods analysis of social media questions. *JMIR Pediatrics and Parenting*, 2(1), e13158. doi: <https://doi.org/10.2196/13158>

- Ibitoye, M., Choi, C., Tai, H., Lee, G. y Sommer, M. (2017). Early menarche: A systematic review of its effect on sexual and reproductive health in low- and middle-income countries. *PLoS One*, *12*(6), e0178884. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178884>
- Ibitoye, M., Sandfort, T. G., Bingenheimer, J. B. y Sommer, M. (2024). The sexual and reproductive health covariates of early menarche among adolescent girls. *Journal of Adolescence*, e12298. doi: <https://doi.org/10.1002/jad.12298>
- Ibitoye, M., Sommer, M., Davidson, L. L. y Sandfort, T. G. (2023). Exploring the effect of early menarche on sexual violence among adolescent girls and young women in southeastern Ghana: A longitudinal mediation analysis. *Sexual and Reproductive Health Matter*, *31*(1), 1-20. doi: <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2244271>
- Joinson, C., Heron, J., y Lewis, G. (2011). Timing of menarche and depressive symptoms in adolescent girls from a UK cohort. *The British Journal of Psychiatry*, *198*, 17-23. doi: [10.1192/bjp.bp.110.080861](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.080861).
- Kaltiala Heino, R., Kolvisto, A. M., Marttunen, M. y Fröjd, S. (2011, oct). Pubertal timing and substance use in middle adolescence: A 2-year follow-up study. *Journal Youth Adolescence*, *40*(10), 1288-1301. doi:[10.1007/s10964-011-9667-1](https://doi.org/10.1007/s10964-011-9667-1)
- Karapanou, O. y Papadimitriou, A. (2010). Determinants of menarche. *Reproductive Biology and Endocrinology*, *8*(115), 2-8.
- Khalis, M. C. (2018). Menstrual and reproductive factors and risk of breast cancer: A case-control study in the Fez region. *PLoS One*, *13*(1), e0191333. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191333>
- Kim, S. R., Lee, S. y Chung, J. H. (2021). Association between early menarche and suicidal behaviors in Korean girl adolescents. *Medicine (Baltimore)*, *100*(38), e27301. doi: <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000027301>
- Kota, A. S. y Ejaz, S. (2023). Precocious Puberty. En N. L. Medicine (ed.), *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Recuperado el 28 de abril de 2024, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544313/>
- Laufer, D., Davrieux, M. y García, L. (2023). Desarrollo puberal en la niña y adolescente. *Archivos de Pediatría de Uruguay*, *94*(S1), e403. doi:[10.31134/AP.94.S1.3](https://doi.org/10.31134/AP.94.S1.3)
- Lee, J. (2009). Bodies at Menarche: Stories of shame, concealment, and sexual maturation. *Sex Roles*, *60*(9), 615-627. doi:[10.1007/s11199-008-9569-1](https://doi.org/10.1007/s11199-008-9569-1)

- Marques, P., Madeira, T. y Gama, A. (2022). Menstrual cycle among adolescents: girls' awareness and influence of age at menarche and overweight. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020494. doi:10.1590/1984-0462/2022/40/2020494
- Marván, M. L. y Alcalá Herrera, V. (2014). Age at menarche, reactions to menarche an attitudes towards menstruation among Mexican adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 27, 61-66. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.021
- Marván, M. L. y Cortés Iniesta, S. (2008). *Menstruación. Qué es y qué no es*. México: Pax.
- Marván, M. L., Castillo López, R. L., Alcalá Herrera, V. y del Callejo, D. (2016). The Decreasing Age at Menarche in Mexico. *Pediatric and Adolescent Gynecology*, 454-457. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2016.02.006
- Marván, M. y Alcalá Herrera, V. (2020). Menarche: Psychosocial and Cultural Aspects. En J. Ussher, C. Joan y J. Perz, *Routledge International Handbook of Women's Sexual and Reproductive Health* (pp. 54-97). USA: Park Square, Abingdon, Oxon, OX14 4RN, UK.
- McNicholas, F., Dooley, B., McNamara, N. y Lennon, R. (2012). The impact of self-reported pubertal status and pubertal timing on disordered eating in Irish adolescents. *European Eating Disorders Review*, 20(5), 355-362. doi: 10.1002/erv.2171.
- Mendle, J., Ryan, R. y McKone, K. (2018). Age at menarche, depression, and antisocial behavior in adulthood. *Pediatrics*, 141(1), e20171703. doi: https:// doi. org/ 10. 1542/ peds. 2017- 1703
- Mendle, J., Turkheimer, E. y Emergey, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review*, 27, 151-171. doi: 10.1016/j.dr.2006.11.001.
- Mercader, Y. E., Neipp, L. M., Gómez, M. P., Vargas, T. F., Gelves, O. M., Puerta, M. L. y Mancera, S. M. (2018). Ansiedad, autoestima e imagen corporal en niñas con diagnóstico de pubertad precoz. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(4), 229-236. doi: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.013
- Moelyo, A. G., Wulandari, A., Imas, O., Rahma, U. P., Hidayah, N., Kesumaningtyas, C. y Nugroho, H. W. (2019). Age at menarche and early menarche among healthy adolescents. *Paediatrica Indonesiana*, 59(1), 33-37. doi: https://doi.org/10.14238/pi59.1.2019.33-7
- Prince, C., Joinson, C., Kwong, A., Fraser, A. y Heron, J. (2023). The relationship between timing of onset of menarche and depressive symptoms from adolescence

- to adulthood. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 32(e60), 1-8. doi: 10.1017/S2045796023000707
- Rah, H., Shamim, A. A., Arju, U., Labrique, A. y Rashid, M. (2009). Age of onset, nutritional determinants, and seasonal variations in menarche. *Journal Health Population Nutrition*, 6, 802-807.
- Richards, M. y Oinonen, K. (2011). Age at menarche is associated with divergent alcohol use patterns in early adolescence an early adulthood. *Journal of Adolescence*, 34, 1065-1076. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.11.001
- Sanchez Garrido, M. y Tena Sempere, M. (2013). Metabolic control of puberty: Roles of leptin and kisspeptins. *Hormones and Behavior*, 64, 187-194. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2013.01.014>
- Soriano Guillén, L. y Argente, J. (2011). Pubertad precoz central: aspectos epidemilógicos, etiológicos y diagnóstico-terapéuticos. *Anales de Pediatría*, 336.a1-336.e13. doi: 10.1016/j.anpedi.2010.11.003
- Temboury, M. M. (2009). Desarrollo puberal normal. Pubertad precoz. *Pediatría de Atención Primaria*, XI, 127-142.
- Tillera, M. Y. (2018). Menarquía temprana e insatisfacción corporal. Un estudio en siete instituciones de educación secundaria de Quito, Machala y Otavalo. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca*, 36(1), 17.26. <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1110>
- Verhoef, M., van den Eijnden, R., Koning, I. y Vollebergh, W. (2014). Age at menarche and adolescent alcohol use. *Journal Youth Adolescence*, 43(8), 1333-45. doi:10.1007/s10964-013-0075-6
- Vigil, P., Orellana, R. F., Cortés, M. E., Molina, C. T., Switzer, B. E. y Klaus, H. (2011). Endocrine modulation of the adolescent brain: A review. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 1-8.
- Zurita Cruz, J. N. (2016). Pubertad precoz central. *Revista Mexicana de Pediatría*, 83(4), 133-137. <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2016/sp164f.pdf>

GESTIÓN EMOCIONAL DEL DUELO ANTICIPADO EN CUIDADORES INFORMALES DE PERSONAS CON DEMENCIA

ÁLVARO RODRÍGUEZ MORA¹

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el envejecimiento de la población mundial ha aumentado a un ritmo más acelerado que el de otros grupos demográficos. Este envejecimiento conlleva un incremento de los niveles de dependencia y, por lo tanto, un mayor número de personas mayores que requieren la ayuda de una tercera persona para realizar las actividades cotidianas (Villarejo Galende *et al.*, 2021). Los motivos que pueden llevar a una persona mayor a ser dependiente son variados; sin embargo, una de las causas más frecuentes de esta situación son las enfermedades neurodegenerativas, entre ellas la demencia. Actualmente, el deterioro cognitivo asociado a la demencia en la población anciana se ha convertido en uno de los principales problemas de las sociedades occidentales. Según el último informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023), más de 55 millones de personas en todo el mundo padecen demencia. En particular, entre 5% y 8% de la población mayor de 60 años desarrollará demencia en algún momento de sus vidas.

Las consecuencias de la demencia para la sociedad son múltiples. Además del coste económico, médico y social, el deterioro cognitivo tiene un impacto significativo en el entorno de la persona con demencia, especialmente en la figura del cuidador/a informal o familiar, definido como aquella persona que forma parte

¹ Departamento de Psicología, Universidad de Cádiz, España.

del entorno más cercano del enfermo y que se encarga de la mayor parte del cuidado, proporcionándole atención, apoyo o asistencia en las actividades cotidianas (Rodríguez Mora, 2023).

Asumir el rol de cuidador/a, principalmente de manera informal, de una persona con demencia implica una gran carga física, pero también psicológica, lo que genera un impacto significativo en el estado de salud y en la calidad de vida del cuidador/a. Este impacto se debe a que las tareas de cuidado generalmente tienden a prolongarse en el tiempo, lo que, por tanto, supone una fuente de estrés crónico. Este estrés crónico que experimenta el cuidador/a informal se ha conceptualizado bajo el término “sobrecarga asociada al cuidador”, entendido como una situación concreta de estrés generado por el cuidado de personas con demencia (Zarit *et al.*, 1980).

Además de dicha sobrecarga, dentro de las consecuencias más frecuentes que puede sufrir el cuidador/a se encuentran las alteraciones del estado de ánimo y los trastornos de ansiedad. Esta repercusión derivada del cuidado ha sido mayoritariamente tratada desde la psicología de la salud; sin embargo, una de las situaciones sobrevenidas que también genera el cuidado prolongado de una persona con demencia es el denominado “duelo anticipado”, al que no se le ha prestado la suficiente atención. Generalmente, cuando se hace referencia a las intervenciones dirigidas a los cuidadores/as de personas con demencia para afrontar el duelo de la persona receptora del cuidado, dichas intervenciones se enfocan en el proceso de afrontamiento una vez ha fallecido el familiar. No obstante, en muchas ocasiones, los sentimientos generados por este duelo anticipado y sus consecuencias negativas pueden ser más intensos para algunos cuidadores/as que el propio duelo posmortem. Por ello, conocer los procesos que llevan a los cuidadores/as a presentar un proceso de duelo anticipado, así como las posibles líneas de intervención al respecto, es un área fundamental en la atención a las personas cuidadoras, en que actualmente la psicología de la salud no ha profundizado.

CONCEPTO Y DEFINICIÓN DE DUELO ANTICIPADO

Lindemann (1944) fue el primer autor en utilizar el término “dolor anticipado” para hacer referencia a las reacciones emocionales similares al duelo que manifestaban aquellas personas que se enfrentaban a un posible fallecimiento de alguien

con quien mantenían una vinculación emocional. Este dolor anticipado tendría la peculiaridad de que la pérdida aún no se hubiera consumado; es decir, la persona enferma aún no habría fallecido. Lindemann describió que esta reacción emocional se caracterizaba por presentar en el cuidador/a sintomatología depresiva, una elevada preocupación por la persona a la que se atribuye el posible fallecimiento, una rumiación constante sobre todas las posibilidades en las que la persona podría fallecer y una anticipación de las conductas a llevar a cabo en caso de que el fallecimiento llegara a suceder. Asimismo, este “dolor anticipado” pondría a la persona cuidadora en alerta para comenzar un proceso de duelo previo a la muerte del receptor del cuidado. Como resultado de esta preparación o duelo anticipado, el cuidador/a lograría una mejor adaptación al proceso de la muerte física de la persona enferma, lo que conllevaría a una rápida y mejor continuidad con su vida anterior.

Actualmente, el concepto de “dolor anticipado” acuñado por Lindemann ha evolucionado hacia un nuevo término denominado “duelo anticipado”. Más concretamente, y relacionado con el cuidado de una persona con demencia, este duelo anticipado surge como consecuencia de la propia tarea de cuidado y del deterioro asociado a la enfermedad neurodegenerativa. Esta reacción puede manifestarse desde el anuncio del diagnóstico hasta el fallecimiento de la persona con demencia. Por su parte, la aparición del duelo anticipado en el cuidador/a suele ser más frecuente en las fases avanzadas y finales de la enfermedad del receptor de cuidado, debido al proceso más severo del deterioro (Liew *et al.*, 2019).

CONCEPTO ACTUAL DE DUELO ANTICIPADO

El duelo anticipatorio o anticipado experimentado por los cuidadores/as se refiere a un sentimiento específico de duelo previo a la muerte, en respuesta a las pérdidas que se van produciendo debido a la propia evolución y al deterioro característico de la enfermedad del receptor de cuidado (Blandin y Pepin, 2017; Cheung *et al.*, 2018). Este sentimiento de pérdida es ambiguo, ya que la persona enferma se encuentra físicamente presente; sin embargo, el cuidador/a y su entorno la perciben como psicológicamente ausente (Liew, 2016). Esta experiencia se considera una reacción humana universal ante una pérdida percibida y/o real (Dehpour y Koffman, 2023).

Más concretamente, el cuidado de personas con demencia implica estados emocionales cambiantes en respuesta a pérdidas significativas y situaciones muy diversas a medida que la enfermedad progresa en la persona con demencia. En el duelo, en general, dentro del proceso demencial se identifican mecanismos específicos para atravesar patrones de pérdida a lo largo del tiempo (Blandin y Pepin, 2017).

Por otra parte, los sentimientos que surgen en el duelo anticipado no son solo consecuencia de la pérdida progresiva de su familiar motivada por el deterioro de la demencia, sino que, además, a estos sentimientos se les une la percepción que tiene el cuidador/a de la pérdida de aspectos de su vida personal, que se manifiesta como una pérdida en su libertad personal, laboral, social y de ocio (Noyes *et al.*, 2010). Estas pérdidas incluyen la merma de intimidad y compañía, de libertad personal, de oportunidades sociales u ocupacionales, y de la identidad de rol de la persona cuidadora (Large y Slinger, 2015).

El duelo anticipado dentro de la situación de cuidado de una persona con demencia surge porque, en el largo proceso de cuidar a alguien que ha sido diagnosticado con un trastorno neurodegenerativo, los cuidadores/as informales o familiares se enfrentan a una situación que, *a priori*, resulta paradójica. En primer lugar, los familiares verán cómo la enfermedad causa un deterioro que hará que la persona con demencia cambie en todos los aspectos que solían definirla. En segundo lugar, dicho deterioro generado por la enfermedad hace que el cuidador/a perciba una muerte progresiva mientras la persona con demencia sigue físicamente viva. Este tipo de pérdida resulta muy ambigua, ya que el cuidador/a debe hacer el esfuerzo de despedirse de su familiar sin que este haya fallecido físicamente. Asimismo, esta pérdida y despedida resulta incierta o intangible, prolongándose en el tiempo debido a que no se tiene la certeza de cuándo ocurrirá. Esta ambigüedad puede considerarse uno de los aspectos más desafiantes de la experiencia de cuidar (Boss, 2016). Por este motivo, y de forma angustiada, las relaciones que se establecen entre el cuidador/a y el enfermo se ven gravemente afectadas, generando una constante redefinición de las tareas de cuidado y del contexto donde este se proporciona (Paun *et al.*, 2022). Por lo tanto, los cuidadores/as informales de personas dependientes con demencia inician su experiencia de duelo mucho antes de la muerte física del paciente (Cheung *et al.*, 2018).

Como se ha comentado, la situación de duelo anticipado que sufren los cuidadores/as informales de personas con demencia no ha sido un fenómeno amplia-

mente estudiado por las ciencias de la salud, y más concretamente por la psicología. Sin embargo, su incidencia y repercusión en el bienestar del cuidador/a son muy significativas. En una reciente revisión sistemática realizada por Kustanti *et al.* (2023), con una muestra de 5 470 cuidadores/as, se estimó que la prevalencia del duelo anticipatorio se situaba en 24.78%, siendo significativamente mayores las tasas de prevalencia en las mujeres cuidadoras (16.64%) frente a los hombres cuidadores (6.11%). Estos autores también determinaron que la prevalencia del duelo anticipado es sustancialmente mayor en comparación con el duelo posterior a la pérdida en la población general. Por lo tanto, el duelo previo a la pérdida tiene una mayor magnitud en comparación con el duelo posterior a dicha pérdida de la persona enferma.

Por otra parte, los cuidadores/as que eran cónyuges de la persona con demencia, y la cual se encontraba en una fase más avanzada, tenían mayor probabilidad de presentar un duelo anticipado que aquellos con otros tipos de parentesco o en otras fases de la enfermedad (Cheung *et al.*, 2018).

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DUELO ANTICIPADO

La importancia del duelo anticipado dentro del proceso de cuidado es fundamental para el bienestar del cuidador/a. Por lo tanto, profundizar en su estudio y en la comprensión de este fenómeno, y, en consecuencia, en su abordaje terapéutico, resulta imprescindible.

La literatura científica ha contribuido a esclarecer este fenómeno, desarrollando distintos modelos explicativos. Entre ellos se encuentra el modelo de Rubin *et al.* (2021), denominado Modelo de dos vías de duelo por demencia. En dicho modelo, los autores identifican las variables que interactúan entre sí y que, como consecuencia, conducen a la experiencia de duelo. Además, los autores señalan que el duelo anticipado, como fenómeno, se compone de cuatro dimensiones: 1) las características de la persona con demencia; 2) las circunstancias objetivas de la persona cuidada y de su cuidador/a (incluyendo la carga objetiva de los cuidados y las pérdidas asociadas al cuidado); 3) los factores contextuales en los que se produce el cuidado; y 4) las estrategias de afrontamiento del sistema familiar, incluida la salud del cuidador/a.

Por su parte, el modelo de Blandin y Pepin (2017), denominado Modelo de duelo por demencia, describe los distintos estados psicológicos asociados al duelo anticipado. El modelo explica un proceso de duelo que alterna tres estados: 1) la *separación*, entendida como la reacción emocional ante las pérdidas que se van produciendo a medida que el deterioro avanza; 2) la *liminalidad*, definida como el estado emocional intermedio que se da al pasar de una situación a otra debido al deterioro, generando un sentimiento intenso de ambigüedad; y 3) el *resurgimiento*, descrito como la aceptación y adaptación de los estados anteriores. Cada uno de estos momentos del modelo se caracteriza por ser un mecanismo dinámico que facilita o dificulta el tránsito del cuidador/a a través del proceso de duelo.

Además de estos modelos, se han identificado dos aspectos que influyen notablemente en el duelo anticipado. En primer lugar, la alta implicación por parte del cuidador/a en los cuidados de la persona enferma, lo que provoca que un familiar asuma y ejerza el rol de cuidador/a como prioritario y, en ocasiones, como único, relegando a un segundo plano otros roles propios de la persona, como los de cónyuge o hijo, restándoles importancia.

Y, en segundo lugar, la anticipación que realiza el cuidador/a de una futura situación de soledad cuando fallezca el receptor de cuidado con demencia, lleva a los cuidadores/as a pensar que tendrán un mal futuro cuando el familiar enfermo ya no esté presente. Esta percepción negativa del futuro, en muchas ocasiones, suele ser contradictoria con los sentimientos de sobrecarga, tanto física como psicológica, que padece el cuidador debido a las funciones de cuidado, ya que, en numerosas ocasiones, el cuidador/a, motivado por esta sobrecarga, experimenta sentimientos de desesperanza hacia el futuro (Rodríguez Mora, 2023). Sin embargo, en el duelo anticipado aparecen estos sentimientos de ambivalencia, que generan sentimientos de angustia en el cuidador (Paun *et al.*, 2022).

Por otra parte, diversos estudios han concluido que la presencia del duelo anticipado en el cuidador/a se relaciona con la aparición y evolución de las alteraciones emocionales derivadas del cuidado. Más concretamente, el tipo de reacción de duelo previo a la muerte del familiar parece estar asociado con la percepción de sobrecarga que padece el cuidador/a (Chan *et al.*, 2013; Liew *et al.*, 2020). En esta línea, los estudios longitudinales realizados en cuidadores/as de personas con demencia han indicado que los altos niveles de duelo anticipado se asocian con una mayor percepción de la incidencia de la sobrecarga y de la depresión de los cuidadores

(Liew *et al.*, 2019). Sin embargo, la presencia de un duelo anticipado afrontado de forma más adaptativa por el cuidador/a puede tener efectos positivos. Parece ser que los cuidadores/as que se perciben a sí mismos como mejor preparados y adaptados para la muerte de su familiar con demencia experimentan un duelo más constructivo y una mejor adaptación a esta circunstancia. En esta línea, cuando el cuidador/a renuncia a su propio dolor y sufrimiento por la pérdida futura de su familiar, basándose en que es lo mejor para él que deje de sufrir, el afrontamiento de estos sentimientos de culpa que aparecen durante el proceso tiene una incidencia positiva, mejorando el proceso de duelo anticipado que pueda llegar a desarrollarse (Supiano *et al.*, 2022).

Asimismo, diversas estrategias que pueden ayudar al cuidador/a a realizar un mejor afrontamiento en la situación de pérdida anticipada incluyen la aceptación del deterioro cognitivo y, como consecuencia, la pérdida de identidad personal del enfermo. En los casos en los que la personalidad del enfermo se deteriora y va cambiando, la preparación para el duelo implicaría un esfuerzo por parte del cuidador/a para acceder a los recuerdos anteriores de su familiar y mantenerlos durante el proceso de deterioro, sin negar la realidad ni la presencia del deterioro cognitivo.

Por otra parte, otra variable que tiene una alta influencia en el devenir del duelo anticipado hace referencia a la relación previa entre el cuidador/a y el familiar con demencia. En esta línea, aquellos cuidadores/as que tuvieron una buena relación previa con su familiar percibirían el fallecimiento de la persona con demencia con un sentimiento de paz. Por su parte, aquellos con una mala relación previa harían un esfuerzo por resolver dicha situación antes de que el deterioro cognitivo avanzara. Sin embargo, si esta situación no pudiera resolverse y el conflicto no se solucionara, estos cuidadores/as experimentarían el fallecimiento del familiar como el “cierre” de la relación (Supiano *et al.*, 2022). Es por ello que estos últimos experimentarían un duelo anticipado mucho más angustioso y problemático, con una mayor incidencia en su bienestar, que aquellos que mantenían una buena relación.

En cuanto al apoyo en las labores de cuidado, ya sea desde el punto de vista instrumental o emocional, o entendido como el acompañamiento en el cuidado, este factor influyó en que los cuidadores/as principales estuvieran mejor preparados ante el duelo previo a la pérdida del familiar. En esta línea, la confirmación de una “realidad compartida” de la persona con demencia y de la enfermedad, en particular con los familiares, condujo a compartir recuerdos, cuidado y atención (Supiano *et al.*, 2022).

EL DUELO ANTICIPADO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Como se abordó anteriormente, el duelo anticipado es un fenómeno de suma importancia para el cuidador/a de personas con demencia, y su influencia tiene una relación directa con el bienestar de este. Sin embargo, hasta ahora, el concepto de duelo previo a la muerte entre los cuidadores/as informales de personas dependientes con demencia no ha sido incorporado de forma rutinaria en la práctica clínica. De hecho, este concepto actualmente no se encuentra recogido en ninguna guía clínica de intervención, y, por lo tanto, su omisión en la atención clínica tiene consecuencias para los afectados, como se ha mencionado.

Ya se ha analizado qué variables parecen tener una relación directa con el duelo anticipado. Además, la literatura existente también pone de manifiesto cómo hay determinados factores de riesgo que intervienen en este proceso. En este sentido, la presencia de factores de riesgo como formas graves de demencia, problemas de comportamiento o trastornos de conducta en la persona enferma, cuidadores/as conyugales y/o cuidados diarios continuados durante mucho tiempo son factores que tienen una importante incidencia en el curso del duelo anticipado. Por lo tanto, estos factores, así como las variables anteriormente mencionadas, pueden utilizarse como criterios antes de una evaluación más formal del duelo previo a la muerte en cuidadores/as de personas con demencia (Dehpour y Koffman, 2023). Esta evaluación necesaria permitirá conocer y prever la evolución del duelo anticipado en el cuidador/a.

Por ello, el duelo, como reacción a las pérdidas a largo plazo asociadas a la demencia, va a requerir intervenciones complejas que tengan en cuenta su naturaleza ambigua para ayudar a los cuidadores/as a encontrar un significado más que un “cierre” (Paun *et al.*, 2022).

INTERVENCIÓN EN EL DUELO ANTICIPADO

Durante décadas, los tratamientos realizados con los cuidadores/as de personas con demencia centraban la intervención en dos líneas principales. La primera, dirigida a informar y formar en relación con las tareas y funciones del cuidado. En esta línea, los programas psicoeducativos se centran en ofrecer estrategias de resolu-

ción de problemas derivados del cuidado, así como conocimientos sobre la enfermedad y su proceso. Estas intervenciones se basan en lo que Pearlin (1990) denomina los estresores primarios dentro de su modelo de estrés del cuidador. Como se indica, estas intervenciones son de naturaleza práctica o instrumental, y podrían tener un impacto a nivel emocional debido a que se les proporciona a los cuidadores/as un mayor control sobre la situación de cuidado. Sin embargo, estas estrategias no inciden de forma directa en las consecuencias emocionales derivadas del cuidado.

Por otra parte, y como se ha comentado anteriormente, con la intención de afrontar las consecuencias emocionales derivadas del cuidado, otro grupo de intervenciones se ha centrado en incidir sobre la sobrecarga, la ansiedad y la depresión. En esta línea, intervenciones como los grupos de autoayuda, la psicoterapia, las intervenciones basadas en *mindfulness* o los programas de respiro familiar van encaminadas a reducir los efectos emocionales del cuidado (Pinquart y Sörensen, 2006).

Sin embargo, y aunque el interés por trabajar con cuidadores/as ha sido creciente, el tratamiento del duelo anticipado no ha gozado de tanta atención como los aspectos mencionados. En las últimas décadas, han sido muy escasos los trabajos desarrollados sobre las intervenciones realizadas para abordar el duelo anticipado en los cuidadores/as (Wilson *et al.*, 2017). Las intervenciones más frecuentes se han basado en la aplicación de la Terapia Cognitivo-Conductual, basada en el modelo de estrés del cuidador (Meichsner *et al.*, 2019).

Cabe mencionar que, últimamente, se observa un incremento en los estudios que abordan el duelo anticipado en los cuidadores/as, aunque aún no se ha convertido en uno de los principales objetivos a trabajar.

Recientes estudios han concluido que una intervención basada en la preparación previa de los cuidadores/as para la situación de pérdida generada por la demencia, antes del fallecimiento de la persona receptora de cuidados, presentó beneficios tras la muerte del familiar (Bravo Benítez *et al.*, 2021; Supiano *et al.*, 2022).

En el estudio de Paun *et al.* (2022), los autores concluyeron que, tras aplicar una intervención en cuidadores/as, esta resultó eficaz en el conocimiento de la demencia, la añoranza, dar sentido a la situación de cuidado y experimentar una sensación de paz por parte del cuidador/a. Por su parte, Bravo Benítez *et al.* (2021), tras la aplicación de un programa de intervención de 10 sesiones que incluyó exposición en imaginación y exposición en vivo, reestructuración cognitiva, ensayos conductuales y entrenamiento en habilidades sociales para mejorar la aceptación tanto de la situa-

ción de cuidado como de las consecuencias de la futura pérdida, sugirieron que la intervención fue eficaz para mejorar los síntomas del duelo, la carga del cuidador, la resiliencia, el crecimiento postraumático y la calidad de vida de los cuidadores/as.

En la reciente revisión sistemática de Rupp *et al.* (2023), se pone de manifiesto que una intervención adecuada en el duelo anticipado no solo reduce los problemas derivados de este, sino que también tiene un efecto beneficioso en otros aspectos propios del cuidado. Estas variables incluyen algunas comunes que sufren los cuidadores/as informales, como la percepción de sobrecarga o la depresión, pero también variables menos habituales, como el empoderamiento y la resiliencia. Además, el efecto de la intervención ha mostrado mejoría en distintos aspectos del cuidador/a y sus funciones de cuidado, como la aceptación de la situación, el fomento de la acción, el centrarse en los aspectos positivos que el cuidado ofrece, el desarrollo de un crecimiento postraumático y la búsqueda de sentido hacia la tarea que realiza, lo que incrementa su salud percibida y calidad de vida. Todo esto generaría un estado de esperanza, mejorando la autoeficacia general y ayudando a buscar los recursos sociales disponibles. Como consecuencia de todo ello, estas acciones emprendidas por el cuidador/a llevarían a una preparación adecuada para la muerte del familiar.

Por su parte, Boss (2016) propone que las intervenciones para afrontar el duelo anticipado se centren mayoritariamente en la resiliencia del cuidador/a, en lugar de en el “cierre” una vez fallecido el paciente. Por lo tanto, las líneas de intervención deberían abordar aspectos como encontrar un significado en el cuidado, normalizar la ambivalencia mostrada a lo largo del proceso, revisar los apegos con la persona con demencia y fomentar la reesperanza en el cuidador/a. Sin embargo, existen pocas intervenciones basadas en un modelo de duelo del cuidador diseñado específicamente para mejorar la salud emocional de los cuidadores/as de pacientes con demencia, tanto en las manifestaciones del duelo antes como después de la muerte (Bravo Benítez *et al.*, 2021).

CONCLUSIÓN

A pesar de que la intervención en el duelo anticipado es un tema reciente, el creciente número de trabajos que abordan esta problemática del cuidador/a parece generar un mayor interés, demostrando que dicha intervención puede tener efectos

beneficiosos. Su estudio ha revelado la necesidad urgente de desarrollar y perfeccionar intervenciones dentro de la psicología de la salud que aborden las particularidades de este fenómeno. A partir de la literatura científica existente, se proponen varias líneas estratégicas que podrían orientar las futuras investigaciones y la práctica clínica en las intervenciones con cuidadores/as informales.

En primer lugar, se propone la elaboración y validación de protocolos de intervención psicológica adaptados al contexto del duelo anticipado. Esta adaptación debe incluir técnicas específicas, como la reestructuración cognitiva enfocada en la aceptación del deterioro progresivo, la exposición en imaginación para anticipar la pérdida, y el entrenamiento en habilidades sociales para fortalecer las redes de apoyo del cuidador. La integración de estas técnicas podría facilitar una mayor resiliencia emocional y reducir la incidencia de un duelo complicado posmortem, propio de las enfermedades neurodegenerativas.

Además, se sugiere explorar el potencial de las intervenciones basadas en *mindfulness*, dada su alta eficacia en la gestión del estrés y la sobrecarga emocional en otras problemáticas psicológicas. La práctica de la atención plena podría ayudar a los cuidadores a mantenerse en el presente, reduciendo la rumiación sobre el futuro y aumentando la aceptación de la realidad actual. La incorporación del *mindfulness* dentro de los programas de intervención para cuidadores/as podría ser particularmente beneficiosa para mejorar su bienestar psicológico y calidad de vida.

Por su parte, el desarrollo de programas psicoeducativos personalizados, que no solo proporcionen información sobre la enfermedad y sus consecuencias, sino que también incluyan componentes emocionales y relacionales, parece ser fundamental en el abordaje del duelo anticipado. Estos programas deben estar diseñados para fortalecer la autoeficacia del cuidador/a, promoviendo una comprensión más profunda del duelo anticipado y facilitando una mejor preparación emocional para la pérdida inminente.

También es necesario establecer un enfoque terapéutico integral que aborde, en el contexto del duelo anticipado, las relaciones familiares previas y las dinámicas de apego. Como se mencionó anteriormente, los estudios han demostrado que la calidad de la relación previa entre el cuidador y el receptor del cuidado influye significativamente en la experiencia tanto del duelo anticipado como del posmortem. Por lo tanto, las intervenciones que incluyan la identificación y manejo de posibles conflictos en estas relaciones podrían ser esenciales para promover un duelo más adaptativo.

Finalmente, se subraya la importancia de incorporar el duelo anticipado en las guías clínicas y en la formación de los profesionales de la salud. Una de las principales limitaciones en este contexto radica en la toma de conciencia que deben tener estos profesionales. Es crucial que sean los primeros en reconocer la existencia del duelo anticipado en los cuidadores de personas con demencia, para que se pueda llevar a cabo una intervención adecuada. Este reconocimiento y toma de conciencia por parte de los profesionales de la salud debe basarse, en primer lugar, en evitar confundir los síntomas provocados por el duelo anticipado con los efectos de la sobrecarga del cuidador, lo que podría llevar a pasar por alto este fenómeno (Rupp *et al.*, 2023). Este enfoque no solo permitirá una identificación más precisa y temprana, sino que también facilitará el desarrollo de intervenciones basadas en la evidencia, que respondan de manera más eficaz a las necesidades emocionales de los cuidadores.

Por lo tanto, el abordaje del duelo anticipado desde la psicología de la salud debe ser multidimensional, integrando aspectos cognitivos, emocionales y relacionales. Al avanzar en estas líneas de investigación y práctica, se podrá proporcionar un apoyo más integral y eficaz a los cuidadores de personas con demencia, mejorando su calidad de vida y facilitando un proceso de duelo más saludable.

REFERENCIAS

- Blandin, K. y Pepin, R. (2017). Dementia grief: A theoretical model of a unique grief experience. *Dementia*, 16(1), 67-78. <https://doi.org/10.1177/1471301215581081>
- Boss, P. (2016). The context and process of theory development: The story of ambiguous loss. *Journal of Family Theory y Review*, 8(3), 269-286. <https://doi.org/10.1111/jftr.12152>
- Bravo Benítez, J., Cruz Quintana, F., Fernández Alcántara, M., y Pérez Marfil, M. N. (2021). Intervention program to improve grief-related symptoms in caregivers of patients diagnosed with dementia. *Frontiers in Psychology*, 12, 628750. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.628750>
- Chan, D., Livingston, G., Jones, L. y Sampson, E. L. (2013). Grief reactions in dementia carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(1), 1-17. <https://doi.org/10.1002/gps.3795>

- Cheung, D. S. K., Ho, K. H. M., Cheung, T. F., Lam, S. C. y Tse, M. M. Y. (2018). Anticipatory grief of spousal and adult children caregivers of people with dementia. *BMC Palliative Care*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-018-0376-3>
- Dehpour, T. y Koffman, J. (2023). Assessment of anticipatory grief in informal caregivers of dependants with dementia: A systematic review. *Aging y Mental Health*, 27(1), 110-123. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2032599>
- Kustanti, C. Y., Chu, H., Kang, X. L., Pien, L.-C., Chen, R., Tsai, H.-T. y Chou, K.-R. (2023). Anticipatory grief prevalence among caregivers of persons with a life-threatening illness: A meta-analysis. *BMJ Supportive y Palliative Care*, 13(e3), e1074-e1083. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2021-003338>
- Liew, T. M. (2016). Applicability of the pre-death grief concept to dementia family caregivers in Asia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 749-754. <https://doi.org/10.1002/gps.4387>
- Liew, T. M., Tai, B. C., Wee, S. L., Koh, G. C. y Yap, P. (2020). The longitudinal effects of caregiver grief in dementia and the modifying effects of social services: A prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2348-2353. <https://doi.org/10.1111/jgs.16717>
- Liew, T. M., Tai, B. C., Yap, P. y Koh, G. C. H. (2019). Comparing the effects of grief and burden on caregiver depression in dementia caregiving: A longitudinal path analysis over 2.5 years. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(8), 977-983. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.016>
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101(2), 141-148. <https://doi.org/10.1176/ajp.101.2.141>
- Meichsner, F., Köhler, S. y Wilz, G. (2019). Moving through predeath grief: Psychological support for family caregivers of people with dementia. *Dementia*, 18(7-8), 2474-2493. <https://doi.org/10.1177/1471301217748504>
- Paun, O., Loukissa, D., Chirica, M. G. y Nowell III, H. M. (2022). Loss and grief in the context of dementia caregiving. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 60(10), 7-10. <https://doi.org/10.3928/02793695-20220909-01>
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>

- Pinquart, M., y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18(4), 577-595. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>
- Rodríguez Mora, Á. (2023). *Manual de psicogerontología*. Aula Magna. McGraw Hill.
- Rubin, S. S., Manevich, A. y Doron, I. I. (2021). The Two-Track Model of Dementia Grief (TTM-DG): The theoretical and clinical significance of the continuing bond in sickness and in death. *Death Studies*, 45(10), 755-771. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1688014>
- Rupp, L., Seidel, K., Penger, S. y Haberstroh, J. (2023). Reducing dementia grief through psychosocial interventions. *European Psychologist*. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000501>
- Supiano, K. P., Luptak, M., Andersen, T., Beynon, C., Iacob, E. y Wong, B. (2022). If we knew then what we know now: The preparedness experience of pre-loss and post-loss dementia caregivers. *Death Studies*, 46(2), 369-380. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1731014>
- Villarejo Galende, A., Ortiz, M. E., Llamas Velasco, S., Llanero Luque, M., López de Silanes de Miguel, C. y Prieto Jurczynska, C. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 36(1), 39-49. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.10.005>
- Wilson, S., Toye, C., Aoun, S., Slatyer, S., Moyle, W. y Beattie, E. (2017). Effectiveness of psychosocial interventions in reducing grief experienced by family carers of people with dementia: A systematic review. *JBIS Evidence Synthesis*, 15(3), 809-839. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-002485>
- World Health Organization (2023). *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/dementia>
- Zarit, S. H., Reever, K. E. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

NIVELES DE SOBRECARGA PERCIBIDA, SÍNDROME DE BURNOUT, SÍNTOMAS ASOCIADOS AL ESTRÉS Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN CUIDADORAS PRIMARIAS INFORMALES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

FRANCISCO JAVIER ROSAS SANTIAGO¹
CINDY MARIEL RENDÓN ALEJO²

INTRODUCCIÓN

Las personas diagnosticadas con un trastorno mental grave experimentan afectaciones en diversas áreas de su vida, como el funcionamiento familiar, social, laboral y la salud física (Espinosa López y Valiente Ots, 2017; Uwakwe *et al.*, 2017). El riesgo de dependencia en estas personas es elevado debido a la disminución de su autonomía y la necesidad de apoyo para realizar sus actividades cotidianas (De León *et al.*, 2016). En este contexto, el cuidado en el hogar de pacientes psiquiátricos recae generalmente en la Cuidadora Primaria Informal (CPI), quien suele ser una mujer que asume esta responsabilidad debido a lazos sanguíneos y/o afectivos. Esta labor se realiza sin remuneración económica ni capacitación formal, y la CPI dedica, en promedio, 14 horas diarias al cuidado (Navarro y Carbonell, 2018; Salazar Barajas *et al.*, 2019; Irfan *et al.*, 2017).

De acuerdo con las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022) en su Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados, se reportaron 4.9

¹ Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México.

² Servicios de Salud de Veracruz, México.

millones de hogares con al menos una persona que requiere cuidados. En cuanto a la distribución del cuidado en los hogares, se observó que 39.6% de estos contaba con una sola persona que necesitaba cuidados, 37% con dos personas, 15.8% con tres personas y 7.5% con cuatro o más personas. En la mayoría de los casos, las mujeres son las responsables del cuidado, representando 45.1% del total. En México, la carga por discapacidad también incluye a personas que padecen trastornos mentales, enfermedades neurológicas, dependencia a sustancias y conductas suicidas. En el caso de los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, representan 8% de la carga por enfermedad, mientras que trastornos como la ansiedad, depresión, autolesiones y trastorno somatomorfo representan 36% de dicha carga (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

A pesar de la carga y discapacidad que representan los trastornos mentales en la población, existe una escasa inversión presupuestaria en salud mental por parte de los gobiernos de países con ingresos bajos y medios (Díaz Castro *et al.*, 2017). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que más de 70% del gasto público destinado a la salud mental en países con ingresos medios se dirige a hospitales especializados, lo que indica que en muchos países se invierte menos en la atención primaria de la salud mental (OMS, 2021). Además, la desinstitutionalización de la atención psiquiátrica ha incrementado la necesidad de cuidado familiar y comunitario, extendiendo esta demanda por tiempo indefinido en estos ámbitos (Thornicroft y Tansella, 2013).

La tarea de cuidar en casa a un paciente psiquiátrico genera un alto nivel de estrés que se intensifica a medida que la enfermedad progresa negativamente (Jaramillo *et al.*, 2019). Las cuidadoras primarias informales (CPI) de pacientes psiquiátricos son especialmente vulnerables a experimentar repercusiones negativas en su bienestar físico, psicológico y social (Ruiz *et al.*, 2012; Flores Terrones *et al.*, 2019). El cuidado informal ha sido históricamente asignado a las mujeres, lo que ha feminizado esta labor debido a los estereotipos vinculados al trabajo doméstico, colocando a las mujeres como las principales responsables del cuidado de otras personas, incluso sin el apoyo adecuado por parte de los gobiernos. A pesar de que este trabajo contribuye de manera significativa al sistema de salud, la carga recae mayormente sobre ellas (Vaquiro y Stieповich, 2010). Como se ha señalado, el cuidado informal sigue siendo una responsabilidad principalmente femenina, a pesar de los cambios en el mercado laboral que han incrementado la participación de las mujeres. Esto

ha empeorado aún más la situación de salud de las CPI, quienes enfrentan mayores dificultades debido a estas responsabilidades adicionales (Gallardo, 2016).

En este sentido, las cuidadoras primarias informales (CPI) se enfrentan a un mayor riesgo de sobrecarga psicológica y física, problemas de sueño, abandono de relaciones sociales y descuido de sí mismas (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2020; Acker, 2011). En el caso de las CPI de pacientes en diálisis, se ha identificado la presencia de afectaciones en áreas sociales, espirituales y una baja habilidad para el cuidado (Cantillo Medina *et al.*, 2021). En lo que respecta específicamente al ámbito psicológico, se ha documentado que las CPI son más propensas a padecer depresión, ansiedad, sobrecarga percibida, síndrome de burnout y experimentar síntomas relacionados con el estrés, en comparación con poblaciones no cuidadoras (Rosas Santiago *et al.*, 2019). Además, se ha reportado que 75% de las cuidadoras mujeres presentan un mayor riesgo de sobrecarga severa que los cuidadores hombres (García Mochón, 2019).

La sobrecarga de la persona cuidadora se refiere al agotamiento mental, la ansiedad y/o depresión que resultan de la alta responsabilidad, las situaciones estresantes acumuladas y la carga de trabajo asociada al cuidado de otra persona (Zambrano y Flores *et al.*, 2012; Ceballos, 2007). Algunos estudios indican que más de 30% de los cuidadores de pacientes con trastornos mentales graves experimentan niveles severos de sobrecarga percibida (Mera *et al.*, 2017; Bequis Lacera *et al.*, 2019; Piñeiro *et al.*, 2017). Entre los factores que contribuyen a una sobrecarga elevada se encuentran la falta de capacitación en cuanto al cuidado que deben brindar, o incluso en su propio autocuidado. Además, la disfuncionalidad familiar, el alto nivel de dependencia de la persona a cuidar y el uso de estrategias pasivas de afrontamiento, como la evitación y el distanciamiento, también impactan negativamente (Guijarro Requena *et al.*, 2022; Espitia *et al.*, 2024; Valladares Salazar y Cárdenas, 2017; Ascencios Ortiz y Pereyra Zaldívar, 2019; Kazemi *et al.*, 2021).

Las CPI enfrentan diversas situaciones estresantes utilizando estrategias de afrontamiento, las cuales se entienden como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas internas o externas que se perciben como excesivas en relación con los recursos personales disponibles (Lazarus y Folkman, 1986). Existen varias clasificaciones de estrategias de afrontamiento, una de las cuales es la propuesta por Lazarus y Folkman (1991), que las divide en: *a*) estrategias de afrontamiento activo (AA), que buscan modificar la situación problemática mediante la

acción, y b) estrategias de afrontamiento pasivo (AP), que se enfocan en regular las emociones generadas por el problema. En las cuidadoras de pacientes psiquiátricos, se ha encontrado que el uso de afrontamiento activo está asociado con menores niveles de sobrecarga percibida y con menores consecuencias negativas derivadas del cuidado (Gerson *et al.*, 2011; Mederos *et al.*, 2019).

Cuando las estrategias de afrontamiento resultan ineficaces, el estrés experimentado por las CPI puede mantenerse durante periodos prolongados, lo que las coloca en riesgo de desarrollar síndrome de burnout (SBO). Este síndrome se caracteriza por tres esferas principales: 1) *Agotamiento emocional*, que hace referencia al desgaste de los recursos emocionales, acompañado del sentimiento de no poder ofrecer nada más a los demás; 2) *Despersonalización*, que se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia las personas con las que se interactúa, en este caso, hacia la persona que se cuida; y 3) *Realización personal*, que es la percepción negativa respecto al trabajo realizado, evaluándose a sí mismo de manera desfavorable por no cumplir con las expectativas personales sobre los logros en su labor (Maslach y Jackson, 1982).

Además, este síndrome tiene consecuencias negativas en la salud de quienes lo padecen. Se han encontrado diversas afecciones tanto físicas como psicológicas (Sánchez y Fontalba, 2017) y sociales (Campos Puente *et al.*, 2019). En cuanto al porcentaje de SBO reportado en otros estudios sobre personas cuidadoras, se observó que 78% de las cuidadoras de pacientes con psicosis temprana presentaron altos índices de SBO en al menos una de las tres dimensiones del síndrome (Onwumere *et al.*, 2017). Por otro lado, en un estudio realizado con cuidadoras de pacientes con Alzheimer, 34.7% de las participantes presentaron niveles elevados de agotamiento emocional dentro del SBO (Campos Puente, 2016).

Los datos presentados anteriormente provienen de investigaciones sobre los procesos de valoración subjetiva del cuidado, el afrontamiento y el impacto de esta labor en la salud de las CPI de pacientes con demencia. Sin embargo, aún son limitados los estudios sobre CPI de personas diagnosticadas con trastornos psicóticos, del ánimo o de ansiedad, quienes enfrentan tareas y demandas específicas en el cuidado. Es crucial realizar esfuerzos para llenar este vacío en el conocimiento, especialmente si se considera que los estudios en estas poblaciones pueden ser fundamentales para el diseño de intervenciones dirigidas específicamente a cuidadoras de pacientes con diversos diagnósticos psiquiátricos.

Este estudio tiene como objetivos: 1) describir y analizar los niveles de sobrecarga percibida y el síndrome de burnout en las CPI de pacientes psiquiátricos diagnosticados con trastornos psicóticos y trastornos ansioso-depresivos; y 2) analizar la relación entre el afrontamiento, la sobrecarga, el burnout y los síntomas asociados al estrés.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó una muestra por conveniencia, compuesta por cien cuidadoras primarias informales de pacientes psiquiátricos que asistieron al Instituto Veracruzano de Salud Mental Dr. Rafael Velasco Fernández, ubicado en Xalapa, Veracruz, México, entre octubre de 2018 y enero de 2019. Los participantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: ser la persona responsable del cuidado de un paciente diagnosticado con un trastorno psicótico, trastorno del ánimo o trastorno de ansiedad; no recibir remuneración económica por el cuidado del paciente; compartir el domicilio con el paciente; aceptar participar en el estudio y firmar el consentimiento informado. El criterio de exclusión fue presentar una condición de salud que impidiera al participante completar los instrumentos. Además, el criterio de eliminación consistió en no responder de manera completa a los instrumentos.

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Este cuestionario fue diseñado específicamente para recopilar información general sobre los participantes, incluyendo aspectos como edad, sexo, escolaridad, religión, parentesco con el paciente, ocupación, diagnóstico del paciente, años de experiencia en la labor de cuidado, y horas diarias dedicadas al cuidado. También se incluyó un apartado para obtener información sobre el estado de salud del participante.

Entrevista de carga del cuidador de Zarit (Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980). En su versión española (Montorio, Fernández, López y Sánchez, 1998), esta entre-

vista consta de 22 ítems que abordan síntomas psicopatológicos, salud física y síntomas sociales desde la experiencia del cuidador. Se utiliza una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: “Nunca”, “Casi nunca”, “Algunas veces”, “Frecuentemente” o “Siempre”. Estas opciones reflejan la frecuencia con la que el cuidador se identifica con las preguntas relacionadas con la sobrecarga en su experiencia de cuidado. La puntuación total del instrumento varía entre 0 y 88 puntos. De acuerdo con la suma obtenida en la escala, se clasifica el grado de sobrecarga del cuidador: de 0 a 47 puntos: ausencia de sobrecarga; de 48 a 55 puntos: sobrecarga leve; de 56 a 88 puntos: sobrecarga intensa. Este instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0.88, lo que indica una alta fiabilidad en las mediciones.

Escala de Afrontamiento Frente a Riesgos Extremos. Elaborada por López Vázquez y Marván Garduño (2004) y adaptada para su uso en cuidadores de pacientes psiquiátricos por Rosas Santiago, Marván y Lagunes Córdoba (2017). Esta escala está diseñada con respuestas en formato tipo Likert, compuesta por 26 ítems de afirmaciones que evalúan dos dimensiones de estrategias de afrontamiento: afrontamiento activo y afrontamiento pasivo. La escala se adapta a la población de cuidadores y mide las formas de afrontamiento que emplean. Cuenta con cinco opciones de respuesta que indican la frecuencia con la que los participantes se han sentido identificados con las afirmaciones de cada ítem. Estas opciones de respuesta varían desde “nunca” hasta “siempre”. El alfa de Cronbach para la subescala de estrategias de afrontamiento activo es 0.837, y el alfa de Cronbach para la subescala de estrategias de afrontamiento pasivo es 0.718.

Inventario de Sintomatología Asociada al Estrés. Instrumento diseñado inicialmente por Benevides et al. (2002) En este estudio se utilizó la versión mexicana validada por Ortiz Viveros y Ortega Herrera (2009). Se trata de un inventario diseñado para aplicarse a personas dedicadas al cuidado, con respuestas en formato tipo Likert. Está compuesto por 30 ítems que evalúan los síntomas asociados al estrés (SAE), divididos en dos factores: 15 ítems sobre síntomas psicosociales y 15 ítems sobre síntomas psicósomáticos. El cuidador debe responder en función de la frecuencia con la que ha experimentado ciertos síntomas durante la última semana. El instrumento cuenta con cinco opciones de respuesta, que van desde “nunca” hasta “siempre”. El alfa de Cronbach para la subescala de síntomas psicosociales es 0.85, y el alfa de Cronbach para la subescala de síntomas psicósomáticos es 0.72.

Maslach Burnout Inventory (MBI). Creado por Maslach y Jackson (1996), el MBI está compuesto por 22 afirmaciones que evalúan la tridimensionalidad del síndrome de burnout: 9 reactivos que miden agotamiento emocional (AE), 5 reactivos que miden despersonalización (DP) y 8 reactivos que miden realización personal (RP). Las respuestas son de tipo Likert, con siete opciones de respuesta que van desde “nunca” hasta “todos los días”, indicando la frecuencia con la que el cuidador se ha sentido identificado con cada afirmación. Un mayor puntaje en AE y DP indica un nivel más alto de burnout (SBO), mientras que la dimensión RP se interpreta de manera inversa. Se utilizaron los rangos de puntajes propuestos por los autores en el instrumento original, los cuales han sido empleados en diversos estudios en español sobre cuidadores (De las Cuevas, 1994; De Valle Alonso *et al.*, 2015). Los puntajes para cada dimensión son los siguientes: agotamiento emocional (AE): nivel bajo: 0 a 18; nivel medio: 19 a 27; nivel alto: 28 a 54. Despersonalización (DP): nivel bajo: 0 a 5; nivel medio: 6 a 10; nivel alto: 11 a 30. Realización personal (RP): nivel bajo: 33 a 48; nivel medio: 25 a 32; nivel alto: 0 a 24. Los valores de alfa de Cronbach para las subescalas son los siguientes: RP = 0.85, AE = 0.83 y DP = 0.74.

PROCEDIMIENTO

Inicialmente, se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de la institución donde labora el primer autor (folio CONBIOETICA-30-CEI-006-20191210). Posteriormente, una estudiante de Psicología en servicio social fue capacitada para la aplicación de los instrumentos psicométricos y se encargó de invitar a CPI de pacientes psiquiátricos a participar en la investigación, de lunes a viernes. Dado que no se contaba con un espacio adecuado para aplicar los instrumentos de manera individual, la evaluadora se acercaba a las cuidadoras en la sala de espera durante el turno matutino. Se les explicó la importancia de visibilizar su labor como cuidadoras y de conocer los posibles impactos a su salud al dedicarse a esta tarea. También se les comunicaron los objetivos de la investigación y los aspectos éticos relacionados. Quienes aceptaron participar firmaron un consentimiento informado impreso, en el que se enfatizaba que su participación era voluntaria, y que rechazar o abandonar el estudio no implicaría ninguna consecuencia negativa para ellas ni para el paciente a su cargo. Se procuró la discreción en la exposición de las respues-

tas, realizando la actividad en un espacio exclusivo para ello. Posteriormente, los participantes respondieron las medidas de autoinforme en un intervalo de tiempo de 10 a 35 minutos.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de datos, se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25.0 para Windows 10. Se empleó estadística descriptiva para los datos sociodemográficos, utilizando medias y desviación estándar para variables de razón e intervalo, y frecuencias y porcentajes para las variables nominales. Para evaluar la normalidad de los datos, se aplicó la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Las correlaciones se calcularon mediante el coeficiente de correlación de Pearson (r), las comparaciones intergrupales se realizaron mediante ANOVA de una vía, y la técnica post hoc de Tukey-B fue empleada para los contrastes de múltiples comparaciones. Se estableció un valor de alfa prefijado de 0.05 para todos los análisis.

RESULTADOS

Características de las CPI

Las características sociodemográficas de los encuestados se encuentran en la tabla 1.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos de las CPI

Variables		N= 100
Edad años		M= 49.2 ± 12.14 DS
Horas diarias de cuidado al paciente		M= 11.35 ± 9.4 DS
Años transcurridos desde que inició el padecimiento		M= 3.79 ± 2.16 DS
Años transcurridos desde que inició sus labores como cuidador		M= 3.45±2.22 DS
Sexo	Mujer	74
	Hombre	26

(Continúa)

Variables		N= 100
Escolaridad	Ninguna	3
	Primaria	30
	Secundaria	26
	Preparatoria	14
	Carrera técnica	2
	Licenciatura	23
	Posgrado	2
Religión	Ninguna	11
	Católica	69
	Cristiana	6
	Testigo de Jehová	6
	Protestante	2
	Iglesia de Jesucristo	1
	Evangelista	4
	Luz del mundo	1
Religiosidad	Nada religioso	9
	Poco religioso	35
	Algo religioso	44
	Muy religioso	12
Parentesco con el paciente	Amigo	3
	Hijo	17
	Padre/madre	50
	Pareja	14
	Hermano	11
	Otro	5
Primera vez siendo cuidador de paciente psiquiátrico	No	13
	Sí	87
Es el cuidador primario	No	0
	Sí	100
Diagnóstico en categorías de los pacientes a cargo	Trastornos psicóticos	55
	Trastornos del ánimo y ansiosos	45

(Concluye)

Variables		N= 100
Acttvidad extra al cuidado	No	15
	Trabajo	64
	Estudio	1
	Otra	20
Suspensión de actividades por la labor de cuidador	No	42
	Sí	58
Persona responsable de la economía del hogar	Cuidador	61
	Un familiar	30
	Otro	1
	Cuidador y familiar	8
Otra persona que apoye en el cuidado	No	42
	Sí	48
Padece una enfermedad el cuidador	No	61
	Sí	39
El cuidador está bajo tratamiento médico	No	65
	Sí	35

Fuente: elaboración propia.

Sobrecarga percibida y síndrome de burnout en CIP

Los niveles de SCP y Burnout de CPI se describen en la tabla 2.

Tabla 2. Frecuencia de los niveles de Sobrecarga Percibida y dimensiones del MBI en la muestra (N=100)

Variables	Niveles		
	Alto	Medio	Bajo
Agotamiento Emocional	24	17	59
Despersonalización	18	27	55
Realización Personal	2	0	98
	Severo	Leve	Ausencia
Sobrecarga percibida	5	15	80

Fuente: elaboración propia.

Correlaciones entre los estilos de Afrontamiento, SCP, SBO Y SAE

Se encontró una correlación negativa entre el afrontamiento activo y dos dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional ($r = -0.200$; $p \leq 0.05$) y realización personal ($r = -0.449$; $p \leq 0.01$). Por otro lado, el afrontamiento pasivo se correlacionó positivamente con la despersonalización ($r = 0.251$; $p \leq 0.05$). No se encontró una relación significativa entre los estilos de afrontamiento y las categorías de síntomas asociados al estrés (SAE) y síntomas relacionados con el cuidado (SCP).

Análisis secundarios

Al explorar las relaciones entre otras variables de estudio, se encontró una correlación negativa entre el afrontamiento pasivo (AP) y el tiempo, medido en años, desde el inicio del padecimiento ($r = -0.235$; $p \leq 0.01$). Esto sugiere que las CPI emplean menos afrontamiento pasivo cuando el familiar a su cargo ha padecido un trastorno psiquiátrico durante un periodo más prolongado.

En cuanto a la presencia de síntomas asociados al estrés (SAE), las cuidadoras principales (CPI) presentan esta sintomatología en mayor medida cuando dedican más horas diarias a su labor de cuidado ($r = 0.239$; $p \leq 0.05$). Respecto a la variable de síntomas relacionados con el cuidado (SCP), se encontró que, a mayor edad del cuidador, mayores índices de SCP se reportan ($r = 0.227$; $p \leq 0.05$). Además, aquellos cuidadores con más años de experiencia a cargo de su paciente presentan niveles más altos de SCP ($r = 0.214$; $p \leq 0.01$). También se observó que los cuidadores que dedican más horas diarias a su paciente presentan puntuaciones más altas en esta variable ($r = 0.234$; $p \leq 0.01$).

Además, utilizando la técnica estadística ANOVA de una vía, se encontró que las cuidadoras principales (CPI) que dejaron de realizar alguna actividad, como trabajar, debido a las exigencias del cuidado presentaron mayores puntuaciones de síntomas asociados al estrés (SAE) en comparación con aquellas que no abandonaron ninguna actividad ($F(2, 96) = 5.09$; $p \leq 0.05$). Por otro lado, las cuidadoras que reportaron tener algún padecimiento de salud también experimentaron mayores puntuaciones de SAE que aquellas que no padecían enfermedades ($F(1, 97) = 5.36$; $p \leq 0.05$).

DISCUSIÓN

Perfil del cuidador

En este estudio se presenta el perfil de las CPI de pacientes psiquiátricos como mayoritariamente femenino (74% de los casos), dato que coincide con los resultados de un estudio similar, en el que el porcentaje de población femenina dedicada a esta labor fue de 74.9% (Flores Terrones *et al.*, 2019). Otros estudios también reportan que la mayoría de las personas dedicadas al cuidado informal son mujeres (Espitia *et al.*, 2024; Lázaro y Esparza, 2020; Shrestha *et al.*, 2019; García Mochón *et al.*, 2019; Kazemi *et al.*, 2021; Allen *et al.*, 2019; Montero *et al.*, 2014; Feldberg *et al.*, 2016; Galindo *et al.*, 2017). Como señalan Mier *et al.* (2007), son principalmente las mujeres quienes se encargan del cuidado de otras personas, contribuyendo al sostenimiento del bienestar social.

En cuanto a la edad de las cuidadoras principales (CPI), se encontró una media de 49 años, cifra similar a los resultados del estudio de Bequis Lacera *et al.* (2019), cuyo promedio de edad fue de 47 años, y también a los hallazgos del estudio de Konimí *et al.* (2016), con una media de 46 años. Dentro del perfil identificado, se destaca que las cuidadoras son, en su mayoría, madres del paciente (Navarro y Carbonell, 2018; Mora Castañeda *et al.*, 2018; Mera *et al.*, 2017) y tienen un nivel educativo básico, información que coincide con otras investigaciones realizadas con personas cuidadoras de pacientes psiquiátricos (Montero *et al.*, 2014; Demirbas y Ozel, 2017).

Las pautas del sexismo son particulares, ya que se espera que las mujeres realicen actividades diferentes a las de los hombres, lo que marca la división del trabajo según el sexo. Las creencias de que las mujeres son más capaces, que están preparadas para ciertas tareas y que es su deber proporcionar asistencia y apoyo a quienes lo necesitan, contribuyen a la feminización de los cuidados (Navarro, 2016). Al socializar estos rasgos en las nuevas generaciones, se educa a los individuos con estas normas de género, lo que facilita su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Niveles de SCP y SBO en las cuidadoras estudiadas

En este estudio se reportó que 80% de las CPI no manifestó SCP, 15% presentó índices leves y 5% experimentó SCP intensa. Los resultados de otras investigaciones coinci-

den en este aspecto, ya que más de la mitad de las personas cuidadoras de pacientes con trastornos mentales graves no presentaron SCP (Ribé *et al.*, 2018; Piñeiro *et al.*, 2017). Sin embargo, estos hallazgos difieren significativamente de otros estudios en los que la mayoría de las cuidadoras de pacientes con trastornos mentales graves presentaron niveles altos de SCP (Hajebi *et al.*, 2019; Navarro y Carbonell, 2018). Esto resalta la necesidad de continuar estudiando la SCP en este grupo, ya que los resultados actuales no son del todo concluyentes. Una posible explicación de estas diferencias podría radicar en los diversos grados de disfuncionalidad y dependencia de los pacientes a quienes asisten las CPI. Por lo tanto, futuros estudios deberían incluir medidas sobre la gravedad de los síntomas del receptor de cuidados para comprender mejor la SCP.

Las CPI que presentaron mayores niveles de SCP fueron aquellas que más tiempo han desempeñado la labor de cuidado. Asimismo, las cuidadoras de mayor edad también mostraron mayores niveles de SCP, lo cual coincide con los resultados de Mera *et al.* (2017). Además, las cuidadoras que dedican más horas diarias a la atención del paciente también experimentaron mayores puntuaciones de SCP, lo que concuerda con los hallazgos de Rodríguez González *et al.* (2017). Este resultado es esperado, ya que una de las repercusiones negativas del cuidado, considerada parte del constructo SCP, es la percepción de que el paciente exige demasiado tiempo y atención por parte del CPI.

Por otra parte, la muestra de CPI en este estudio no presentó altos índices de SBO. Incluso al analizar sus dimensiones, solo 24% de las cuidadoras manifestó altos índices en agotamiento emocional (AE), 18% en despersonalización (DP), y en realización personal (RP), casi el total de las cuidadoras reportó bajos índices. El porcentaje de CPI que presentó altos índices en AE es similar al de las cuidadoras de personas con Alzheimer (25%) reportado por Yildizhan *et al.* (2018). Sin embargo, hay evidencia de que más de la mitad (58%) de las personas cuidadoras de pacientes con psicosis de curso temprano presentan alto agotamiento emocional (Onwumere *et al.*, 2018). Además, otro estudio muestra que 78% de las personas dedicadas al cuidado de pacientes con psicosis temprana presentan altos índices en al menos una de las tres dimensiones (Onwumere *et al.*, 2017). A diferencia de quienes cuidan a personas con un primer episodio psicótico, aquellas que asisten a pacientes con trastornos mentales graves enfrentan condiciones distintas, lo que podría explicar las diferencias encontradas.

Síntomas asociados al estrés en el cuidador

El padecimiento de una enfermedad médica en las personas dedicadas al cuidado se relacionó con una mayor manifestación de síntomas asociados al estrés, en comparación con aquellas que no padecen ninguna enfermedad. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Campos Puente *et al.* (2019), quienes indicaron que las personas encargadas del cuidado de pacientes con Alzheimer que reportaron padecer enfermedades crónicas presentaron niveles más altos de estrés. Además, las cuidadoras a menudo olvidan tomar sus medicamentos a tiempo en relación con el tratamiento de su propia enfermedad crónica, lo que implica que dedicarse al cuidado puede generar descuidos importantes en su salud (Burton *et al.*, 1997).

Este hallazgo debe ser considerado en futuras investigaciones, en las que se incluyan medidas más directas de la salud de las personas cuidadoras. Además, se deben tener en cuenta variables como la gravedad e intensidad de los síntomas del paciente a cargo. No obstante, se sugiere que el tiempo dedicado al cuidado podría ser un factor que impacte sobre la salud del cuidador, ya que en este estudio se observó que, a mayor cantidad de horas diarias dedicadas al cuidado, mayor es el índice de SAE en las CPI. En este sentido, sería pertinente explorar también el impacto de la labor de cuidado en las conductas de autocuidado del propio cuidador.

El uso de estrategias de afrontamiento de la CPI

Las estrategias de afrontamiento que se asociaron con bajos índices de SBO en la experiencia del cuidador fueron aquellas relacionadas con el afrontamiento activo (AA). Se encontró una correlación negativa entre el AA y dos dimensiones del SBO: agotamiento emocional (AE) y realización personal (RP). Esto sugiere que las CPI que adoptan conductas de afrontamiento activo ante situaciones estresantes experimentan menor agotamiento emocional y una mayor percepción de autoeficacia y realización personal en su trabajo de cuidado. Este hallazgo resalta la importancia de que las CPI realicen esfuerzos para abordar de manera directa las situaciones que consideran estresantes, con el fin de evitar el mantenimiento prolongado del estrés y preservar su bienestar personal en su rol de cuidadoras.

Este resultado coincide con la investigación de Rosas Santiago y Lagunes Córdoba (2016), que encontró una relación entre el uso de afrontamiento activo (AA) y niveles bajos de SBO en las CPI de pacientes psiquiátricos. Por otro lado, el uso de afrontamiento pasivo (AP) se correlacionó positivamente con la despersonalización (DP), lo cual coincide con los hallazgos de Onwumere *et al.* (2017). Esto sugiere que el uso de afrontamiento pasivo podría aumentar la probabilidad de experimentar consecuencias del estrés, que se reflejan en actitudes y comportamientos negativos hacia la persona que se cuida.

Los resultados de este estudio coinciden con el modelo transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1986), el cual sostiene que los modos de afrontamiento actúan como moduladores del estrés en respuesta a eventos amenazantes que surgen en el entorno.

Limitaciones del estudio y sugerencias para futuras investigaciones

En cuanto a las limitaciones del estudio, se destaca que el tamaño de la muestra no permite generalizar los resultados. Además, no se realizaron mediciones de variables que podrían influir en los hallazgos reportados, tales como los antecedentes relacionales entre cuidador y paciente, la personalidad, el apoyo social percibido, el nivel socioeconómico, entre otros factores que podrían impactar en el bienestar del cuidador.

Asimismo, futuros estudios deberían incluir un enfoque cualitativo que permita una comprensión más profunda del estrés del cuidador, considerando que los factores subjetivos y culturales podrían ser determinantes en este tipo de experiencias.

Con base en los resultados obtenidos, se sugiere el diseño e implementación de programas de psicoeducación e intervenciones cognitivo-conductuales dirigidos a disminuir la sobrecarga, los síntomas de estrés y el síndrome de burnout en las CPI, haciendo énfasis en los beneficios del uso de estrategias de afrontamiento activo. Existen evidencias que respaldan la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales para aumentar el uso de afrontamiento activo y reducir los niveles de sobrecarga percibida, así como los síntomas relacionados con el estrés en las CPI de pacientes psiquiátricos (Rosas Santiago *et al.*, 2019).

CONCLUSIÓN

El perfil de las cuidadoras de pacientes psiquiátricos confirma la persistencia de la feminización del cuidado, sostenida por normas de género que asignan a las mujeres la responsabilidad de esta labor.

Aunque en este estudio la mayoría no presentó niveles altos de sobrecarga o burnout, la evidencia comparativa indica que factores como la edad, el tiempo de dedicación y la gravedad de los síntomas del paciente incrementan el riesgo de malestar. La presencia de síntomas que están asociados al estrés y la influencia de las estrategias de afrontamiento refuerzan ambas la necesidad de intervenciones dirigidas a promover recursos activos que reduzcan el agotamiento emocional y fortalezcan la autoeficacia.

A pesar de ser una actividad no remunerada, el cuidado informal demanda tiempo, esfuerzo y recursos, afectando la vida del cuidador en distintas dimensiones: pérdida de actividades personales, limitación del tiempo libre, dificultades económicas e interpersonales, así como descuido del autocuidado. Este impacto acumulativo puede generar mayores niveles de estrés y consecuencias a largo plazo, lo que subraya la urgencia de políticas y programas que integren el bienestar de las cuidadoras como un objetivo prioritario.

En este sentido, cuidar al cuidador es un imperativo ético y social. Atender sus necesidades mediante recursos de apoyo, programas psicoeducativos e intervenciones psicológicas basadas en la evidencia no solo contribuiría a mejorar su calidad de vida, sino que también fortalecería la sostenibilidad de los sistemas de cuidado, constituyendo una medida esencial de salud pública y de justicia social.

REFERENCIAS

- Acker, G. M. (2011). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work, 12*(5). <https://doi.org/10.1177%2F1468017310392418>
- Allen, A., Buckley, M., Cryan, J., Chorcoráin, A., Dinan, T., Kearney, P., O’Caoimh, C., Calnan, M., Clarke, G. y Molloy, D. (2019). Informal caregiving for dementia patients: The contribution of patient characteristics and behaviors to caregiver burden. *Age and Ageing, 49*(1). <https://doi.org/10.1093/ageing/afz128>

- Ascencios Ortiz, R. y Pereyra-Zaldívar, H. (2019). Carga de trabajo del cuidador según el nivel de funcionalidad de la persona con discapacidad en un distrito de Lima. *Revista An. Fac. Med.*, 80(4). <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n4/a07v80n4.pdf>
- Benevides, A. M., Moreno Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El “inventario de burnout de psicólogos”. *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180618090002.pdf>
- Bequis Lacera, M., Muñoz Hernández, Y., Duque Rojas, O., Guzmán Quintero, A., Numpaque Molina, A., Rojas González, A. y Rodríguez García, C. (2019). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador de un paciente con esquizofrenia. *Duazary*, 16(2), 280-292. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2960>
- Bergero, T., Gómez, M., Herrera, A. y Mayoral, F. (2000). Grupo de cuidador primario de daño cerebral. Una perspectiva de análisis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 73(20), 127-135. <http://www.revistaen.es/index.php/aen/article/view/15689/15548>
- Burton, L. C., Newsom, J. T., Schulz, R., Hirsch, C. H. y German, P. S. (1997). Preventive health behaviors among spousal caregivers. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 26(2), 162-169. <https://doi.org/10.1006/pmed.1996.0129>
- Campos Puente, A., Avargues-Navarro, M., Borda Mas, M., Sánchez Martín, M., Aguilar Parra, J. y Trigueros, R. (2019). Emotional exhaustion in housewives and Alzheimer patients' caregivers: Its effects on chronic diseases, somatic symptoms, and social dysfunction. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 16(18), 3250. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183250>
- Cantillo Medina, C. P., Perdomo Romero, A. Y. y Ramírez Perdomo, C. A. (2021). Habilidad del cuidado, sobrecarga percibida y calidad de vida del cuidador de personas en diálisis. *Enferm Nefrol.*, 24(2). <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021017>
- Cuevas, C. de las (1994). *El desgaste profesional en atención primaria: Presencia y distribución del síndrome de burnout*. Madrid: Laboratorios Servier.
- Demirbas, H., y Ozel, E. T. (2017). *Burnout and related factors in caregivers of outpatients with schizophrenia. Insights in Depression and Anxiety*, 1, 1-11. https://www.researchgate.net/profile/Hatice_Demirbas2/publication/323082944_Burnout_and_Related_Factors_

- in_Caregivers_of_outpatients_with_Schizophrenia/links/5a846b380f7e9b2c3f5017e7/
Burnout-and-Related-Factors-in-Caregivers-of-outpatients-with-Schizophrenia.pdf
- Díaz Castro, L., Arredondo, A., Pelcastre Villafuerte, B. y Hufty, M. (2017). Gobernanza y salud mental: Aportes para su abordaje en materia de políticas públicas. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1-13. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006991>
- Espinosa López, R. y Valiente Ots, C. (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero? *EduPsykhé*, 16(1), 4-14.
- Espitia, N. y Salazar, A. M. (2024). Prevalencia y factores asociados a la sobrecarga percibida en cuidadores familiares de un municipio en Boyacá. *Revista Med*, 32(1), 19-32. <https://doi.org/10.18359/rmed.6468>
- Feldberg, C., Saux, G., Tartaglino, F., Irrazába, N., Leis, A., Roja, F., Somale, V., Cáceres, F., Demey, I., Allegri, R. y Stefan, D. (2016). Actores psicosociales y sobrecarga del cuidador informal. Resultados preliminares en cuidadores familiares de pacientes con enfermedades cerebrovasculares. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(3), 259-266. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281948416005.pdf>
- Flores Terrones, S., Galindo Vázquez, C., Jiménez Genchi, M., Rivera Fong, Y. y González Rodríguez, D. (2019). Validación de la Entrevista de Carga de Zarit en cuidadores primarios informales de pacientes con diagnóstico de enfermedades mentales. *Psicología y Salud*, 29(1), 17-24. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2564/4459>
- Galindo, O., Meneses, A., Herrera, Á., Cabrera, P., Suchil, L., Rivera, L. y Aguilar, J. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario General de Salud de Goldberg –GHQ-28– en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 14(1), 71-81. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55812>
- Gallardo Fernández, M. d. C. (2016). Evolución de los cuidados de larga duración y el impacto sobre cuidadores informales. En D. Carbonero, E. Raya, N. Caparros y C. Gimeno (eds.), *Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global. Aportaciones desde el Trabajo Social*. Universidad de La Rioja. https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC085.pdf
- García Mochón, L., Peña Longobardo, L. M., Río Lozano, M., Oliva, J., Larrañaga, I. y García-Calvente, M. M. (2019). Determinantes de la sobrecarga y la satisfacción en cuidadores informales: ¿dos caras de una misma moneda? El estudio CUIDAR-SE. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22). <https://doi.org/10.3390/ijerph16224378>

- Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T. y Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: An exploratory study. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 76-80. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00251.x>
- Gil Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40. <http://www.insp.mx/salud/index.html>
- Guijarro Requena, M. D., Marín Campaña, M. N., Pulido Lozano, M. I., Romero Carmona, R. M. y Luque Romero, L. G. (2022). Mejora de la calidad de vida en cuidadores informales de personas dependientes mediante talleres educativos. *Enfermería Global*, 21(65). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100043
- Hajebi, A., Naserbakht, M. y Minoletti, A. (2019). Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 54. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.54>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Encuesta Nacional Para El Sistema De Cuidados (ENASIC). https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enasic/2022/doc/enasic_2022_nota_tecnica.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (30 de enero de 2020). *La importancia del autocuidado en cuidadoras y cuidadores de personas mayores dependientes*. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/importancia-del-autocuidado-de-quien-cuida-a-personas-adultas-mayores-dependientes?idiom=es>
- Irfan, B., Irfan, O., Ansari, A., Qidwai, W. y Nanji, K. (2017). Impact of caregiving on various aspects of the lives of caregivers. *Cureus*, 9(5), 1-8. <https://doi.org/10.7759/cureus.1213>
- Islas, N., Ramos del Río, B., Aguilar, M. y García, M. (2006). Perfil psicosocial del cuidador primario informal del paciente con EPOC. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de México*, 19(4), 266-271. <http://www.scielo.org.mx/pdf/iner/v19n4/v19n4a6.pdf>
- Jaramillo, M., Portocarrero, A. y Polisgua, J. (2019). Nivel de estrés como consecuencia en el cuidador de los pacientes con enfermedades terminales. *Ammentu*, 1(15), 33-42. <https://doi.org/10.19248/ammentu.345>
- Kazemi, A., Azimian, J., Mafi, M., Allen, K. A. y Motalebi, S. A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(51). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00556-z>

- Konimí, B., Hijuelos, N., Pineda, J., Salgado, H. y Pérez, E. (2016). Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 5(10). <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/42/186>
- Lázaro, A. y Esparza, E. M. (2020). Afrontamiento en cuidadores primarios de pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 23(2). <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/76181>
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986/1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- León, N. de, Bagnato, M. J. y Luzardo, M. (2016). Proceso de cronificación en el campo de salud mental: Índice de cronicidad, concepto y medición. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 11(1). <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/192>
- López Vázquez, V. E. y Marván-Garduño, M. (2004). Validación de una escala de afrontamiento frente a riesgos externos. *Salud Pública de México*, 46(3), 216-221. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2004.v46n3/216-221/es>
- Maslach, C. y Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. En G. Sanders y J. Suls (eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 233-250). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3a. ed.), Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Mederos, L., Pérez, C., Ruíz, A., Blanco, A., Gamboa, Y. y Cienfuegos, C. (2019). Estrés y manejo del afrontamiento en cuidadores de pacientes esquizofrénicos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 42. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol22num2/Vol22No2Art10.pdf>
- Mera, G., Cardona, J., Benítez, J., Delgado, G., Benítez, W. y Villalba, J. (2017). Sobrecarga y experiencia de cuidadores familiares de personas diagnosticadas con esquizofrenia, una mirada desde la enfermería. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(2), 69-83. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2017.22.2.6>
- Mier, I., Romeo, Z., Canto, A. y Mier, R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan solo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Zerbitzuan*, 42, 29-38. <https://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/Interpretando%20el%20cuidado.pdf>
- Montero, X., Jurado, S., Valencia, A., Méndez, J. y Mora, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44918

- Montorio, I., Fernández, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248. https://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf
- Mora Castañeda, B., Márquez González, M., Fernández Liria, A., de la Espriella, R., Torres, N. y Arenas Borrero, Á. (2018). Variables demográficas y clínicas relacionadas con la carga y el afrontamiento de los cuidadores de personas diagnosticadas de esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 13-20. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.005>
- Navarro, J., y Carbonell, Á. (2018). Sobrecarga familiar, apoyo social y salud comunitaria en cuidadores de personas con trastorno mental grave. *Revista Escuelas de Enfermería USP*, 52(0). <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017029403551>
- Navarro, M. (2010). Estudio experimental sobre la eficacia de la intervención psicoeducativa INFOSA en el malestar psicológico de los cuidadores principales de personas ancianas dependientes (Doctoral dissertation). Universitat Jaume I, Castellón de la Plana. <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10402/navarro2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Navarro, V. (2016). Perfil de los cuidadores informales y ámbito de actuación del trabajo social. *Trabajo Social Hoy*, 77, 63-83. <https://doi.org/10.12960/TSH.2016.0004>
- Onwumere, J., Lotey, G., Schulz, J., James, G., Afsharzagdegan, R., Harvey, R., Chu Man, L., Kuipers, E., y Raune, D. (2017). Burnout in early course psychosis caregivers: The role of illness beliefs and coping styles. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 237-243. <https://doi.org/10.1111/eip.12227>
- Onwumere, J., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afsharzagdegan, R., Khan, S., Harvey, R., Souray, J., y Raune, D. (2018). Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. *Comprehensive Psychiatry*, 83, 19-24. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.02.003>
- Organización Mundial de la Salud (8 de octubre de 2021). *Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental*. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: Perfil del país*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>
- Ortiz Viveros, G. R. y Ortega Herrera, M. E. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29111986005>

- Piñeiro, I., Rodríguez, S., Albite, A., Freire, C. y Ferradás, M. (2017). Sobrecarga y salud percibida en cuidadores informales de pacientes con enfermedad mental. *European Journal of Health Research*, 3(3), 185-196. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i3.75>
- Rascón, M., Díaz, R., López, J. y Reyes, C. (1997). La necesidad de dar atención a los familiares responsables de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*, 20(supl. 2), 55-64. http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/681/680
- Ribé, J., Pérez, C., Muros, R. y Nofuentes, C. (2018). Consideraciones acerca de la interpretación de la escala de Zarit en cuidadores de pacientes con esquizofrenia. *Atención Primaria*, 50(7), 443-444. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.10.009>
- Rodríguez González, A., Rodríguez Míguez, E., Duarte Pérez, A., Díaz Sanisidro, E., Barbosa Álvarez, Á. y Clavería, A. (2017). Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*, 49(3), 156-165. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.006>
- Rosas Santiago, F. J. y Córdoba, R. L. (2016). Índices de sobrecarga percibida, burnout y su relación con modos de afrontamiento en cuidadores primarios informales de pacientes psiquiátricos. *Psiquis*, 25(2), 27-34. <https://psycnet.apa.org/record/2017-16592-001>
- Rosas Santiago, F. J., Robles García, R., Lerma Talamantes, A. y Lagunes Córdoba, R. (2019). Evaluación de una intervención cognitivo conductual y una psicoeducativa como estrategias de apoyo a cuidadores informales de pacientes psiquiátricos. *Revista argentina de clínica psicológica*, 28(2), 154-162. <https://doi.org/10.24205/03276716.2018.1050>
- Rosas Santiago, F. J., Marván, M. L. y Lagunes Córdoba, R. (2017). Adaptation of a scale to measure coping strategies in informal primary caregivers of psychiatric patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), 563-569. <https://doi.org/10.1111/jpm.12403>
- Ruiz, A. E. y Nava, M. G. (2010). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermedad Neurológica*, 11(3), 163-169. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123i.pdf>
- Ruiz, N., Antón, P., González, E. y Moya, L. (2012). Consecuencias del cuidado de personas con trastorno del espectro autista sobre la salud de sus cuidadores: estado actual de la cuestión. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(4), 1571-1590. <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num4/Vol15No4Art21.pdf>
- Salazar Barajas, M. E., Garza-Sarmiento, E. G., García Rodríguez, S. N., Juárez Vázquez, P. Y., Herrera-Herrera, J. L. y Durán Badillo, T. (2019). Funcionamiento familiar, sobrecarga

- y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Universitaria*, 16(4), 362-373. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.615>
- Sánchez, J. y Fontalba, M. (2017). Consecuencias del burnout de cuidadores de pacientes con demencia. *European Journal of Health Research*, 3(2), 119-126. <https://doi.org/10.30552/ejhr.v3i2.61>
- Shrestha, D., Rathi, S., Grover, S., Taneja, S., Duseja, A., Chawla, Y. y Dhiman, R. (2019). Factors affecting psychological burden on the informal caregiver of patients with cirrhosis: Looking beyond the patient. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, 10(1). <https://doi.org/10.1016/j.jceh.2019.06.002>
- Thornicroft, G. y Tansella, M. (2013). The balanced care model: The case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, 202(4), 246-248. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.111377>
- Uwakwe, R., Jidda, S. M. y Bährer-Kohler, S. (2017). Access to mental health. En S. Bährer-Kohler y F. Carod-Artal (eds.), *Global Mental Health* (pp. 21-32). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0>
- Valladares Salazar, J. F. y Cárdenas-Rojas, M. I. (2017). Funcionalidad familiar asociada al síndrome de sobrecarga del cuidador en familiares de pacientes hospitalizados en el HGZ1 IMSS, Colima. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 4, 127-131. https://www.revmexmedicinafamiliar.org/files/rmf_2017_3_127-131.pdf
- Valle Alonso, M. J. de, Hernández López, I. E., Zúñiga Vargas, M. L. y Martínez Aguilera, P. (2015). Sobrecarga y burnout en cuidadores informales del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 12(1), 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.05.004>
- Vaquiro, S. y Stiepovich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Yildizhan, E., Ören, N., Erdoğan, A. y Bal, F. (2018). The burden of care and burnout in individuals caring for patients with Alzheimer's disease. *Community Mental Health Journal*, 55, 304-310. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0276-2>
- Zarit, S., Reever, K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

CUIDADOS PALIATIVOS, SUFRIMIENTO Y ESPERANZA. DEL SUFRIMIENTO A LA ESPERANZA EN CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA DEL CARMEN LLANTÁ ABREU¹

JORGE AMADO GRAU ABALO²

MARIUSKA FORTEZA SÁEZ³

YANELYS MARTÍNEZ OCHOA⁴

Lo que supone un sufrimiento intolerable para el ser humano es tener una experiencia desagradable que cree que no tendrá fin.

NIETZSCHE

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los temas relacionados con la comunicación y los recursos psicológicos positivos en pacientes con enfermedades crónicas, y más específicamente en aquellos al final de la vida, continúan cobrando creciente importancia en la práctica clínica, en los foros de discusión científica y en los espacios académicos. La reconceptualización de la esperanza como un proceso individualizado y caracterizado transversalmente en distintas etapas o fases se ha convertido en un imperativo

¹ Universidad Médica de La Habana, Cuba.

² Universidad Médica de La Habana, Cuba.

³ Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.

⁴ Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología, La Habana, Cuba.

tanto humano como ético. Un abordaje adecuado de la esperanza puede contribuir significativamente a potenciar o preservar la calidad de vida de los diversos actores sociales: pacientes, familiares y personal de salud. En cambio, un manejo inadecuado de la esperanza puede ser una fuente de sufrimiento.

El criterio, cada vez más aceptado, de tratar los síntomas, molestias y preocupaciones de manera temprana, utilizando un enfoque multimodal que integre procedimientos biomédicos y psicosociales en un contexto de apoyo emocional y comunicación adecuada, exige una caracterización de las esperanzas dentro de los contextos hospitalarios y de atención sanitaria. Por lo tanto, es necesario que los profesionales de la salud, especialmente los médicos, reciban una formación especializada y cuenten con una guía metodológica que les proporcione herramientas psicológicas para su labor profesional, particularmente en la compleja tarea de comunicarse de manera efectiva y empática con sus pacientes y familiares.

La adecuada reconceptualización del sufrimiento y la esperanza por parte de los profesionales de la salud permitiría mejorar la calidad de la atención, incrementar la calidad de vida de los usuarios de estos servicios y, al mismo tiempo, preservar a los proveedores de salud del desgaste emocional. Esto es especialmente relevante cuando no se cuentan con las herramientas necesarias para afrontar las situaciones que surgen diariamente en la práctica clínica.

DESARROLLO

Según Peláez *et al.* (2015), en 1967 nace en Londres el movimiento moderno de hospicios, que se atribuye a la fundación del St. Christopher's Hospice, hoy reconocido como el primer centro médico para la atención de pacientes terminales (Caunedo, 2016). Esta institución fue fundada por Cicely Saunders, considerada la fundadora de la atención paliativa moderna (Martínez Cruz, 2012). Saunders, enfermera inglesa que posteriormente estudió medicina, quedó profundamente impactada por la forma en que morían los soldados durante la Segunda Guerra Mundial, padeciendo dolor y sufrimiento. Se propuso hacer todo lo posible para aliviar el sufrimiento de estos enfermos moribundos, afirmando que, más allá de la medicina, lo que realmente podíamos ofrecer eran cuidados meticulosos de enfermería para los pacientes incurables (Martínez Cruz, 2012). Cicely Saunders fue pionera de lo que

hoy conocemos como “cuidados paliativos”, los cuales buscan proporcionar atención integral, activa y continua a los pacientes y sus familias mediante un equipo multidisciplinario. El objetivo no es alargar la vida a toda costa, sino mejorar la calidad de vida del paciente y cubrir sus necesidades en la medida de lo posible (Peláez *et al.*, 2015).

En 1990, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una primera definición de los cuidados paliativos, describiéndolos como el cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. En esta definición, se destaca que el control del dolor y otros síntomas, así como de problemas psicológicos, sociales y espirituales, es primordial. Esta definición fue un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos (WHO, 1990). La OMS también subraya que los cuidados paliativos no deben limitarse exclusivamente a los últimos días de vida, sino que deben aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad, en función de las necesidades de pacientes y familias, aclarando que no son exclusivos de pacientes con cáncer (OMS, 1995, 2014).

A lo largo de los años, la definición de los cuidados paliativos ha sufrido múltiples modificaciones, en línea con su crecimiento exponencial a nivel mundial. Según Pino (2009), en 2002, la OMS lo conceptualizó como el cuidado activo e integral de los pacientes cuya enfermedad no responde a terapias curativas, con un enfoque en el alivio del dolor y otros síntomas, además de considerar los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible tanto para el paciente como para su familia. Además, se ha insistido en que muchos aspectos de los cuidados paliativos son aplicables también en las fases tempranas de la enfermedad, junto con tratamientos específicos. En 2004, en una definición similar, la OMS destacó la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento adecuado del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

En 2018, la Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (IAHPC, por sus siglas en inglés), considerando que los términos “cuidados paliativos” y “hospicio” se han utilizado de manera intercambiable y que aún no existe un consenso conceptual claro sobre cuándo deben ser ofrecidos, a quiénes y por quiénes, revisó las sucesivas definiciones de cuidados paliativos proporcionadas por la OMS. Como resultado, la IAHPC elaboró una definición consensuada centrada en el alivio del sufrimiento, aplicable a cualquier diagnóstico, pronóstico, pro-

cedencia, nivel de atención o ingresos. Además, ofreció recomendaciones a los gobiernos para lograr la integración de estos cuidados en los sistemas de salud (IAHPC, 2018).

Desde 1993, el Children's Hospice International propuso un nuevo enfoque en los cuidados paliativos, reconociendo que es posible administrar tratamiento curativo y paliativo de manera simultánea. Junto con el tratamiento esencial para controlar la enfermedad, se puede incorporar la terapia de apoyo necesaria para que el paciente la sobrelleve de la mejor manera posible. Este enfoque subraya que los cuidados paliativos no son excluyentes de la atención curativa (Rubio y García, 2012).

La atención médica contemporánea ha presenciado significativos avances en el tratamiento del cáncer, lo que ha aumentado las tasas de supervivencia y mejorado la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, a pesar de estos logros, los cuidados paliativos en el ámbito oncológico han emergido como una esfera crucial de investigación y práctica clínica. Los cuidados paliativos ofrecen un enfoque holístico destinado a aliviar el sufrimiento físico, psicológico y espiritual, no solo del paciente, sino también de sus familias (Ciprés Roig y Gutiérrez Rada, 2020). Su aplicación en el ámbito oncológico ha experimentado notables avances en las últimas décadas, con un énfasis creciente en la atención integral de los pacientes. La atención paliativa en pacientes con cáncer no se limita a las fases terminales de la enfermedad, sino que se integra desde el momento del diagnóstico, asegurando una atención compasiva y centrada en el paciente. Este enfoque se alinea con la perspectiva moderna de la atención médica, que reconoce la importancia de abordar no solo la enfermedad en sí, sino también el impacto integral en la calidad de vida del paciente y su entorno (Lafferriere, 2023). A medida que se avanza en la comprensión de las complejidades de las necesidades de los pacientes con cáncer, es imperativo conocer los avances en los cuidados paliativos oncológicos.

Los cuidados paliativos no son exclusivos de los pacientes al final de la vida; la concepción más actualizada del tema sugiere que sus objetivos se implementen desde el momento en que los pacientes entran en contacto con las instituciones de salud, en consonancia con lo que se describe como "cuidados continuos". Los objetivos del cuidado se modifican en función de la etapa de la enfermedad, de las necesidades cambiantes y dinámicas de los pacientes y sus familiares, entre otros determinantes.

Los cuidados paliativos constituyen, por tanto, una necesidad urgente y humanitaria de carácter mundial para las personas con cáncer u otras enfermedades

crónicas mortales. Son particularmente necesarios en aquellos lugares donde una alta proporción de los pacientes se encuentra en fases avanzadas y con pocas posibilidades de curación, como sucede en los países en vías de desarrollo. Idealmente, deberían estar integrados al continuo de cuidados de todas las enfermedades potencialmente mortales, tales como VIH/SIDA, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedades cerebrovasculares, trastornos neurodegenerativos, enfermedades respiratorias crónicas y trastornos propios de la edad avanzada. Se estima que millones de personas en todo el mundo requerirán cuidados paliativos para paliar el sufrimiento durante la fase final de sus enfermedades en 2050 (Allende y Verástegui, 2020).

El sufrimiento es una experiencia inevitable en la existencia humana, causada por un estado de desamparo profundo debido a la pérdida de la integridad personal o por un peligro que se percibe como capaz de provocar dicha pérdida (Muñoz *et al.*, 2014; Grau *et al.*, 2019; Rodríguez *et al.*, 2021). Se sufre en nuestra condición de personas, desde lo físico, psicológico, social y espiritual. Wachholtz *et al.* (2016) recuerdan que Cicely Saunders acuñó el concepto de “dolor total”, descrito como el fenómeno bio-psico-social-espiritual de la experiencia del dolor, mientras que Viktor Frankl propuso tres tipos de sufrimiento: físico, psicológico y espiritual. Durante el tiempo que estuvo en los campos de concentración nazis, observó que quienes se aferraban a algún sentido o significado eran capaces de mantener su resiliencia física y psicológica. Estos ejemplos subrayan la multidimensionalidad del ser humano y, por ende, del sufrimiento. Dado que esta experiencia afecta todos los aspectos de una persona, su abordaje debe ser altamente individualizado y no generalizable. Por ello, sería imprudente desarrollar una guía metodológica detallada para el alivio del sufrimiento que sea aplicable de manera igual a todos los pacientes.

La conceptualización del sufrimiento no solo ha sido reciente, sino también compleja. Es un término que, al igual que muchos otros, se ha integrado de tal manera en la jerga coloquial cotidiana que ha generado confusión y ambigüedad. Algunos lo asocian con cualidades personales estables o lo vinculan con acciones intencionales y decisiones en cuanto a actitudes frente a la vida (Grau *et al.*, 2019). Atienza (2020) sostiene que, desde los trabajos pioneros de Callahan y Cassell, se ha reconocido que uno de los fines de la medicina del siglo XXI y una de las principales obligaciones de los profesionales de la salud es prevenir y aliviar el sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.

Chapman y Gravin (1999) conceptualizaron el sufrimiento como un complejo estado afectivo, cognitivo y negativo, caracterizado por la sensación de amenaza a la integridad, un sentimiento de impotencia para hacerle frente a tal amenaza, y el agotamiento de los recursos personales que permiten enfrentarla. En realidad, la investigación sobre el sufrimiento ha sido reciente, y no fue hasta hace relativamente poco que se consideró como una categoría psicológica (Bayés, 2001). No obstante, su abordaje ha ganado sistematización en el contexto de la salud y ha ocupado un lugar fundamental en la atención paliativa (Bayés, 2006; Grau, 2009; Viel *et al.*, 2014).

Se trata de un constructo subjetivo susceptible de definirse operacionalmente, en el cual no solo la percepción de amenaza juega un papel esencial, sino también la carencia o insuficiencia de recursos personales y la insatisfacción de necesidades, incluidas las de orden espiritual (Bayés, 2001; Juan y Maté, 2008).

En el modelo propuesto por la OMS, la intervención psicosocial la realiza un equipo multidisciplinario, en el cual el psicólogo juega un papel fundamental. En cada etapa de la evolución del paciente, el sufrimiento tanto del paciente como de sus familiares puede estar presente, y este puede ir acompañado de alteraciones que es necesario identificar y tratar (Ascencio y Grau, 2020). La diversidad de aspectos a evaluar hace que el proceso de diagnóstico psicológico en este tipo de enfermos sea complejo. Además, el estado de deterioro general de los pacientes obliga a utilizar métodos sencillos, rápidos y eficaces que faciliten una evaluación dinámica de las condiciones del enfermo y sus familiares, con el objetivo de rediseñar las estrategias de intervención con la flexibilidad y la rigurosidad necesarias. La evaluación de la calidad de vida y del sufrimiento al final de la vida ocupa un lugar crucial entre las tareas que el equipo debe enfrentar. Los psicólogos desempeñan un rol importante al diseñar, orientar y conducir esta evaluación, así como al proveer al resto de los profesionales del equipo de conocimientos, actitudes y prácticas que tengan en cuenta los aspectos psicológicos y espirituales (Grau *et al.*, 2015).

Es frecuente que los términos “dolor” y “sufrimiento” se usen indistintamente (Cassell, 1995; Domínguez y Olvera, 2005; Gómez Sancho y Grau, 2006; Grau, 2016). Sin embargo, no son fenómenos idénticos, a pesar de que en muchas ocasiones se utilice la connotación moral del dolor para referirse al sufrimiento. No todas las personas con dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor. Generalmente, las personas con dolor sufren cuando no conocen su origen, cuando creen

que no puede ser aliviado, cuando su significado es negativo o cuando se percibe como una amenaza incontrolable (Bayés, 2001). El dolor físico se transforma en sufrimiento cuando es considerado como un signo precursor de un daño importante que amenaza la existencia, o cuando se teme su prolongación o intensificación futura sin posibilidades de control. La falta de comprensión de la naturaleza del sufrimiento puede ocasionar que una intervención técnicamente adecuada no solo falle en el control del sufrimiento, sino que se convierta en su causa. De hecho, resulta imprescindible describir el modelo médico actual como biologicista, reduccionista, mecanicista, centrado más en la enfermedad que en la salud, despersonalizado, deshumanizado y mercantil, lo cual, en sí mismo, genera fuentes de sufrimiento para los pacientes con cáncer y sus familiares (Llantá, 2023).

En el cáncer, las fuentes de sufrimiento pueden surgir de diversas situaciones, como la representación social y cultural de la enfermedad, la percepción de amenaza, los síntomas, las complicaciones, las reacciones aversivas a los tratamientos, los pronósticos inciertos y la percepción de carencia de recursos de afrontamiento para hacerle frente. El sufrimiento no proviene solo del síntoma en sí, sino también de su significación. Para algunas personas, evaluarse como indefensas frente a la enfermedad se convierte en una fuente insoportable de sufrimiento, mientras que para otras puede ser un espacio de crecimiento personal. Por lo tanto, el sufrimiento y su control constituyen una responsabilidad fundamental en el ejercicio profesional (Llantá, 2024).

En enfermedades crónicas como el cáncer, el sufrimiento puede ser experimentado por los pacientes, sus familiares y los miembros del equipo de salud, y se ha demostrado que las fuentes y manifestaciones de ese sufrimiento varían entre cada uno de estos grupos (Llantá *et al.*, 2006; Llantá *et al.*, 2008; Llantá, 2016). Kathleen Foley (1997) señaló que las experiencias de sufrimiento de los pacientes, las familias y el personal sanitario están frecuentemente interconectadas de manera estrecha e inseparable, de modo que el malestar o bienestar experimentado por uno de los tres actores puede amplificar las emociones de los demás.

En los pacientes, el sufrimiento está más relacionado con las experiencias derivadas de las implicaciones de la enfermedad y los tratamientos, las pérdidas que deben elaborar, los tiempos de espera, la presencia de estados emocionales desagradables y otros eventos estresantes que no están directamente vinculados con la enfermedad o los tratamientos. Además, el sufrimiento de los pacientes se ve

exacerbado por la falta de recursos por parte de los familiares y profesionales para acompañarlos adecuadamente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad (Llantá *et al.*, 2008).

En una investigación realizada para describir los significados y fuentes de esperanza en pacientes con diagnósticos oncológicos (Llantá *et al.*, 2012), se observó que aquellos pacientes que tenían un claro sentido de existencia y asumían la enfermedad como un reto, una oportunidad para el crecimiento y el desarrollo personal, en lugar de verla como una limitación o castigo, lograban construir esperanzas más efectivas y alcanzaban mejores resultados. Factores como el apoyo social percibido, la autoestima, la seguridad en sí mismo, los pensamientos y vivencias positivas, los grupos de autoayuda y el sentirse amado y querido son fundamentales en el proceso de construcción de esperanza. Cuando estos factores están ausentes, el sufrimiento afecta no solo a los pacientes, sino también a los familiares y profesionales de la salud.

Los familiares, y especialmente los cuidadores primarios, enfrentan sus propias experiencias de sufrimiento durante el proceso de atención a los pacientes con cáncer. Una de las fuentes principales de este sufrimiento está relacionada con lo que se ha denominado “conspiración del silencio”, un fenómeno en el cual los familiares y los cuidadores intentan negar la verdad sobre la enfermedad del paciente, a menudo para protegerlo de la angustia. Sin embargo, esta estrategia de ocultamiento puede resultar contraproducente, ya que el paciente podría beneficiarse más si se adoptan formas piadosas de comunicación de la verdad, adaptadas a su capacidad de recibirla. La “conspiración del silencio” puede ser tanto adaptativa como desadaptativa, dependiendo de las necesidades de información del paciente. En este contexto, se establecen los principios de la “verdad deseada” y la “verdad soportable”, los cuales deben equilibrarse para facilitar el proceso de toma de decisiones y el bienestar emocional de todos los involucrados.

¿Están ajenos al sufrimiento los miembros de los equipos interdisciplinarios durante el ejercicio de su profesión? Estarían muy lejos de la verdad quienes respondieran que sí. El sufrimiento surge de la falta de formación profesional para comunicar malas noticias o informaciones difíciles, para cuidar y acompañar, para sustituir la lástima por la compasión, para brindar apoyo y aliviar el sufrimiento. También se sufre por la inadecuación al esfuerzo terapéutico, al emplear medidas desproporcionadas para mantener la vida, o por considerar la muerte como un

fracaso terapéutico, lo que lleva a cosificar la relación médico-paciente. Además, el sufrimiento proviene de mantener un distanciamiento emocional o una sobreinvolucración con los enfermos y sus familiares, así como de la falta de recursos personalógicos y psicológicos para el trabajo en equipo, y la insuficiencia de competencias para manejar las propias vivencias y los estados emocionales negativos. La presencia del estrés laboral, el desgaste profesional y la fatiga compasiva en estos profesionales constituye una realidad, y puede ser tanto causa como consecuencia de sufrimiento, no solo para ellos y sus propias familias, sino también para quienes reciben sus atenciones de salud y sus cuidadores.

Todo paciente, independientemente de la enfermedad y del estadio evolutivo en el que se encuentre, debe ser atendido por personas que inspiren seguridad y esperanza, incluso frente a la realidad más devastadora. En muchas ocasiones, no es el paciente quien experimenta mayor desolación e impotencia, sino el propio profesional, ante la inminencia de tener que comunicar una mala noticia sin dejar de transmitir esperanza (Llantá *et al.*, 2005).

En las experiencias de sufrimiento en cuidados paliativos, la esperanza juega un papel fundamental. Esta puede ser una fuente de bienestar, pero también puede generar sufrimiento cuando no se gestiona de manera adecuada y se ofrecen ilusiones, anhelos, sueños futuros irrealizables, una negación desadaptativa de la realidad, un optimismo exagerado e irrealista, fantasías de omnipotencia y éxitos desmedidos, entre otros. Un sentido adecuado de la esperanza proporciona la capacidad de aceptar la pérdida y la vulnerabilidad al enfrentar la incertidumbre (Llantá, 2024). Acompañar a los enfermos desde la esperanza implica acoger, consolar, apoyar, dar espacio, intercambiar, compartir, escuchar, manejar el silencio, evitar generar dependencia, no mentir ni imponer, y, sobre todo, crear la confianza de que nunca estarán solos.

Es importante destacar el valor de la esperanza como un recurso positivo, asociado no solo a la capacidad de afrontar de manera efectiva, sino también a vivir con sentido y bienestar, más allá de la mera supervivencia. Numerosos estudios han correlacionado la esperanza con satisfacción, bienestar, salud, felicidad, optimismo, resiliencia y otros descriptores salutogénicos, tanto en general como en situaciones de crisis (Benzein y Berg, 2005; Llantá *et al.*, 2005; Grau *et al.*, 2006; Sachs *et al.*, 2013; Grau y Scull, 2016; Rodríguez, 2016; Drews, 2017; Cesaro, 2018; Olsman, 2020; Pereyra y Pomazalaza, 2021; Aliaga *et al.*, 2022).

Según Bayés, en Medicina, las esperanzas se reconstruyen; para Barreto, se ensanchan; y para Llantá, se construyen, reestructuran y reconceptualizan (Llantá *et al.*, 2008). Para ello, es necesario desarrollar una comunicación empática y dialógica, en la que se reconozca que la vulnerabilidad y la fragilidad de los pacientes no les privan de su autonomía moral. La esperanza inteligente reside en los pacientes si la condicionamos mediante el desarrollo de un modelo deliberativo, considerándolos como interlocutores válidos y no solo como sujetos con derecho a recibir el bien, sino también a ser escuchados.

Ninguna enfermedad debería transitarse sin la presencia de la esperanza, cuyo manejo terapéutico adecuado es indispensable en los pacientes que requieren cuidados paliativos, especialmente aquellos en fase terminal. Este es uno de los derechos de los pacientes mientras estén vivos, hasta los últimos momentos de su existencia. Debemos comprender que la esperanza es un viaje, no un destino; en esta etapa de la enfermedad, es más necesario que nunca saber reconceptualizar las esperanzas en función de situaciones concretas y alcanzables para el paciente y/o sus familiares (Llantá *et al.*, 2008).

El manejo de la esperanza en pacientes con cáncer o cualquier enfermedad que ponga en riesgo su vida es sumamente difícil. Por lo general, se inserta en la conocida triada: las esperanzas de los pacientes, las de la familia y las del equipo médico, que muchas veces no coinciden, lo cual puede convertirse en otra fuente de distrés emocional.

El manejo terapéutico de la esperanza y la desesperanza requiere un entrenamiento en habilidades sociocomunicativas, con el objetivo de mantener una comunicación abierta, clara, diáfana, transparente y profesional, sin jerga médica innecesaria, que transmita seguridad y confianza (Llantá *et al.*, 2008). Según el profesor Sanz (2000), la empatía y la transmisión de estados de ánimo son fundamentales. La empatía implica la capacidad de interpretar los sentimientos ajenos y darse cuenta de lo que los demás sienten sin necesidad de que lo verbalicen. Por su parte, la transmisión de estados de ánimo es un procedimiento terapéutico muy útil que permite modular las emociones negativas, evocar las positivas y abrir ventanas cuando se cierran puertas.

Es necesario que los médicos comprendan que, desde la Psicología, se propone un modelo que distingue dos tipos de esperanza: la esperanza generalizada (relacionada con una mejora futura indeterminada) y la esperanza particularizada

(relacionada con la obtención de un objetivo o estado concreto) (Bayés, 2001; Llantá *et al.*, 2005). Las esperanzas no tienen que ser necesariamente grandes en amplitud, pero sí en intensidad. A medida que la enfermedad progresa, las esperanzas pueden volverse más pequeñas, pero suficientemente realistas como para garantizar una preservación adecuada de la calidad de vida y el bienestar subjetivo hasta el último momento (Grau *et al.*, 2015; Ascencio y Grau, 2020).

En el manejo terapéutico de las esperanzas para aliviar el sufrimiento en pacientes en cuidados paliativos, es importante que estas se centren más en “sentirse mejor” (*feeling better*) que en “estar mejor” (*getting better*). Esto puede implicar objetivos como pasar una noche sin dolor, recibir la visita de un nieto, salir al jardín o disfrutar de una golosina, y fomentar la percepción de control frente a la indefensión. Se trata de reconceptualizar la esperanza hacia metas concretas, viviéndola no solo en los resultados, sino en el proceso mismo. Como decía Václav Havel: “La esperanza es una orientación del espíritu, una orientación del corazón. No es la convicción de que algo saldrá bien, sino la certeza de que algo tiene sentido, sea cual sea el resultado” (cit. Benito *et al.*, 2008, p. 108).

Durante la intervención del sufrimiento y la satisfacción de necesidades espirituales a través del manejo terapéutico de la esperanza, es importante tener en cuenta, como señalan algunos autores de manera acertada, que “los profesionales no somos la esperanza, somos el eco de la esperanza de los pacientes...” (Benito *et al.*, 2008, p. 105).

Las intervenciones orientadas a nutrir adecuadamente la esperanza pueden centrarse en: mantener una comunicación abierta, franca y honesta; un control adecuado de los síntomas; la promoción y desarrollo de relaciones interpersonales; ayudar al paciente y a su familia a alcanzar objetivos prácticos; explorar los recursos espirituales propios; identificar, destacar y fomentar valores personales como la determinación, el coraje y la serenidad; alentar la alegría cuando sea apropiado; afirmar la autoestima; y crear buenos recuerdos a través de la revisión de vida (terapia de los recuerdos) (Grau y Scull, 2016; Balboni *et al.*, 2017; Ascencio y Grau, 2020).

Las consecuencias perjudiciales de un manejo inadecuado de la esperanza estarían enfocadas, entre otros efectos negativos, en: la pérdida de confianza en el médico, la pérdida del sentido de la vida y la aparición de crisis existenciales, el surgimiento de estados emocionales negativos y conductas desorganizadas e ineficaces para resol-

ver los conflictos, el aumento del dolor y otros síntomas, así como del sufrimiento, además de favorecer la presencia de la conspiración del silencio.

Algunas recomendaciones para un adecuado abordaje de las esperanzas incluyen:

- Explorar las actitudes hacia la esperanza y el sentido de la vida
- Considerar que su manejo es un proceso dinámico y cíclico; es un viaje, no un destino
- Su contenido debe integrar una relación con el pasado, presente y futuro
- Pueden ser particularizadas o generalizadas
- Son individuales y deben ajustarse a la realidad
- No deben ser negadas, rechazadas ni juzgadas
- Deben ser alentadas, cultivadas, reorientadas y nunca ignoradas ni desmentidas
- El médico y los recursos que prescribe son fuente y eco de esperanza
- La información adecuada no destruye la esperanza
- Ninguna enfermedad debe transitar sin su presencia
- La petición de esperanza es más que una solicitud para mentir
- Nadie tiene el derecho de dar falsas esperanzas
- La esperanza generalmente va en contra del encarnizamiento terapéutico
- Todo tratamiento debe ser realizado por personas que inspiren esperanza
- Ofrecer esperanza no va en contra de principios éticos
- La esperanza no tiene que ser grande; puede ser pequeña pero realista e intensa
- Las esperanzas alimentadas y luego destruidas hacen más daño que aquellas que nunca han sido suscitadas
- No se trata de la cantidad de esperanza, sino de un enfoque simple y realista que promueva una orientación positiva
- El propio paciente es quien mejor puede guiar el proceso de mantener una esperanza inteligente
- Requiere alta competencia técnica, pero también gran sensibilidad humana y una sólida formación ética
- Precisa un marco de referencia humano, ético, honesto y creíble, que permita redefinir las esperanzas

- Deben ser reconceptualizadas en función de situaciones concretas y alcanzables
- La esperanza de expectativa cambia a esperanza de deseo en la fase terminal

Estas recomendaciones permiten que un paciente en enfermedad avanzada comprenda de manera adecuada su situación y enfoque sus afrontamientos de forma más centrada en el problema. Por ejemplo, un paciente de 23 años con diagnóstico de osteosarcoma, estudiante universitario, casado y con dos hijos, intenta iniciar una conversación centrada en su situación con su esposa y familia. Sin embargo, lo que recibe de ellos son respuestas como “las esperanzas son lo último que se pierde” y el rechazo de abandonar los tratamientos curativos. Además, su médico, debido a la falta de formación en comunicación y manejo de las esperanzas, estimula falsas expectativas. Esto genera fuentes de sufrimiento al no centrarse en las verdaderas necesidades del paciente, ni en estimular esperanzas particularizadas, adaptadas al aquí y ahora, que le permitan vivir su vida con sentido hasta el último momento. La ilusión, los anhelos, los sueños futuros irrealizables, la negación de la realidad, el optimismo exagerado y las fantasías futuras de omnipotencia y éxitos desmedidos no deben confundirse con un manejo adecuado de las esperanzas.

Más allá de estas recomendaciones concretas sobre la esperanza, algo que es inherente a la relación con el enfermo y sus familiares, y que robustece y brinda serenidad, es la provisión y aceptación del amor incondicional. Alba Payás (2002, p. 20) afirma: “En la última etapa de la vida, la persona afronta diversas necesidades espirituales fundamentales que, si son elaboradas de forma efectiva, le ayudarán a encontrar significado a su vida y a mantener la esperanza y aceptación frente a la muerte”. Payás destaca como una de las tres necesidades de mayor interés clínico la de sentirse amado y amar hasta el final. Como ya lo decía José Martí, el Apóstol cubano, más de un siglo atrás, en una carta a Carmen Miyares: “Poco hace en el mundo quien no se sienta amado” (Martí, 1975, p. 227).

Las esperanzas, como recurso positivo para la regulación de la conducta en los cuidados paliativos, presentan desafíos que pueden enmarcarse desde la perspectiva de superar el modelo médico biologicista, reduccionista, mercantil, deshumanizado y despersonalizado, centrado principalmente en la enfermedad. La no cosificación de la relación médico-paciente y poner al paciente en el núcleo de la atención requiere un entrenamiento en habilidades sociocomunicativas, el

desarrollo de conductas empáticas, cordiales, compasivas, así como la transmisión adecuada de estados de ánimo. También es fundamental la capacidad para ofrecer apoyo social, seguridad y confianza, lo que exige una formación específica en consejería (*counselling*).

El desarrollo de investigaciones que vinculen los cuidados paliativos y los recursos psicológicos positivos en pacientes con cáncer, como la esperanza, representa un desafío actual. Varias líneas de investigación pueden derivarse de este enfoque, tales como la adecuación del esfuerzo terapéutico, la transmisión de malas noticias, los aspectos éticos del cuidado, la compasión y el *counselling*. Además, la relación con otras categorías, como el sentido de la vida, la inteligencia emocional, la flexibilidad psicológica, e incluso fenómenos como el desgaste ocupacional, la fatiga por compasión y el trabajo en equipo, podrían constituir investigaciones de gran valor y contribución al campo.

CONCLUSIÓN

Los profesionales que acompañan a las personas al final de su vida deben asumir un compromiso de responsabilidad, superando las limitaciones propias de su quehacer profesional en el manejo del sufrimiento y la esperanza. La falta de una guía metodológica que los oriente en su labor diaria sigue siendo una necesidad no resuelta en el campo de los cuidados paliativos.

La esperanza, como constructo, se relaciona con fenómenos como el optimismo, los deseos, las aspiraciones, los sueños e ilusiones, las expectativas, las necesidades, los motivos y el sentido de la vida. Antagónicamente, también se vincula con la noción de sufrimiento. Sin embargo, esto no implica que no puedan obtenerse medidas sencillas de evaluación que orienten la asistencia a pacientes y familiares.

En la práctica médica, su enfoque es individual, permanente como sentido de vida, temporal en su contenido e intenso como proceso de adaptación a la enfermedad. No se trata entonces de la cantidad de esperanza, sino de un enfoque simple y realista que promueva un sentido de orientación positiva en la personalidad frente a la enfermedad.

REFERENCIAS

- Aliaga, D. J., Quispe, G., Quinteros, D., Adriano, C. E. y White, M. (2022). Hope and resilience related to fear of COVID-19 in young people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5004), 1-10. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095004>
- Allende, S. y Verástegui, E. (eds.). (2020). Futuro de la medicina paliativa en oncología. En *Clínicas Oncológicas de Iberoamérica: Medicina Paliativa* (pp. 237-246). Ciudad de México: Planeación y Desarrollo Editorial, S. A. de C. V.
- Ascencio, L. y Grau, J. (2020). Abordaje psicosocial. En S. Allende y E. Verástegui (eds.), *Clínicas Oncológicas de Iberoamérica: Medicina Paliativa* (pp. 165-190). Ciudad de México: Planeación y Desarrollo Editorial, S. A. de C. V.
- Atienza, F. (2020). Los fines de la medicina por Daniel Callaham. *Bioética y Ciencias de la Salud*, 8(1). <https://said.es/daniel-callaham-y-los-fines-de-la-medicina>
- Balboni, T. A., Fitchett, G., Handzo, G. F. et al. (2017). State of the science of spirituality and palliative care research. Part II: Screening, assessment and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3), 441-453.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Madrid: Alianza Editorial.
- Benito, E., Barbero, J. y Payás, A. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*. SECPAL. Madrid: Arán.
- Benzein, E. G. y Berg, A. C. (2005). The level of and relation between hope, hopelessness, and fatigue in patients and family members in palliative care. *Palliative Medicine*, 19, 234-240.
- Cassell, E. J. (1995). Pain and suffering. En W. T. Reich (ed.), *Encyclopedia of bioethics* (pp. 1897-1905). Nueva York: Simon y Schuster.
- Caunedo, J. (2016). Los cuidados de enfermería al paciente terminal en su domicilio. *RqR. Enferm Comunitaria Rev SEAPA*, 4(4), 18-32.
- Cesaro, C. (2018). Esperanza en pacientes oncológicos paliativos, hacia una revisión sistemática. *Psicooncología*, 15(2), 261-286. <https://doi.org/10.5209/PSIC.61435>
- Ciprés Roig, S. y Gutiérrez Rada, C. (2020). *Factores relacionados con el lugar de fallecimiento en cuidados paliativos pediátricos*. 14(3). Consultado el 1 de febrero de 2024 en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300010&lng=es

- Chapman, C. R. y Gravin, J. (1999). Suffering: The contributions of persistent pain. *Lancet*, 353(9171), 2233-2237.
- Domínguez, B. y Olvera, Y. (2005). *Dolor y sufrimiento humano. Técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico*. México: Trillas.
- Drews, M. F. (2017). La evolución de la esperanza en los pacientes con enfermedad terminal. *Nursing*, 34(5), 9-10. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2017.10004>
- Foley, K. M. (1997). Competent care for the dying instead of physical-assisted suicide. *The New England Journal of Medicine*, 336, 54-58.
- Gómez Sancho, M. y Grau, J. (2006). *Dolor y sufrimiento al final de la vida*. Madrid: Arán.
- Grau, J. (2009). Alleviating cancer patients' suffering: Whose responsibility is it? Viewpoint in *Medicc Review*, verano de 2009, 11(3), 52.
- Grau, J. (2016). La evaluación y la intervención en las enfermedades crónicas: Retos para la Psicología. *Rev Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(1), 41-52.
- Grau, J., Chacón, M. y Llantá, M. C. (2006). *La reconceptualización de la esperanza en el paciente moribundo*. Memorias del II Congreso de Tanatología, IMT, México, DF.
- Grau, J., Chacón, M. y Llantá, M. C. (2015). La evaluación psicológica del sufrimiento y de la calidad de vida al final de la vida. Una revisión. En G. R. Ortiz y I. Stangle (eds.), *Psicología de la Salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida* (pp. 172-218). Puebla, México: Editora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Grau, J. y Scull, M. (2016). La satisfacción de las necesidades psicosociales y espirituales en el contexto de los cuidados integrales al final de la vida. En *Cuidados Paliativos: Control de síntomas: principios generales, técnicas y modalidades*. Fuerteventura, España: Aula Interdisciplinar S.L., Manual para la Comisión Canaria de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Gobierno de Canarias.
- Grau, J., Rodríguez, C. y Chacón, M. (2019). A avaliação do sofrimento no fim da vida: Uma revisão da perspectiva do psicodiagnóstico. En V. A. Angerami (ed.), *Atuação do psicólogo no contexto da saúde* (pp. 453-480). Belo Horizonte: Artesa Editora.
- International Association for Hospice and Palliative Care (IAHCP) (2018). *Consensus-based definition of palliative care*. Houston, TX: International Association for Hospice and Palliative Care. <https://hospicecare.com//what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition>
- Juan, E. y Maté, J. (2008). ¿Qué dicen los expertos de las necesidades espirituales?: Revisión bibliográfica. En E. Benito, J. Barbero y A. Payás (eds.), *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta* (cap. II, pp. 16-39). Madrid: Arán.

- Lafferriere, J. N. (2023). Palliative care in legal regulations on health in Argentina. *Rev Argent Salud Publica*, 15(113). <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6483>
- Llantá, M. C. (2016). Calidad de vida percibida por pacientes oncopediátricos y reportada por cuidadores primarios y facultativos. [Doctoral thesis, 2011-2013, INOR/Facultad de Psicología], La Habana, Cuba.
- Llantá, M. C. (2023). Del sufrimiento a la esperanza: Contribuciones desde la Psicooncología. Conference presented at the II Congreso de Cuidados Paliativos y Tanatología, Guatemala.
- Llantá, M. C. (2024). Oncología y esperanzas: Contribuciones desde la Psicooncología. Conference presented at the 6th Congreso de Oncología Básica y 1st Simposio de Psicooncología, Manabí, Ecuador: SOLCA.
- Llantá, M. C., Grau, J., y Massip, C. (2005). La Psicología de la Salud y la lucha contra el cáncer. En J. Grau y E. Hernández (eds.), *Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 467-506). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Llantá, M. C., Grau, J., Massip, C., Pire, T., Rivero, M. y Ortiz, G. R. (2005). La esperanza en el paciente oncológico: Hacia su reconceptualización. *Revista Psicología y Salud*, 15, 187-194.
- Llantá, M. C., Grau, J., Pire, T., Vilaú, L. y Massip, C. (2006). Evaluación del sufrimiento en pacientes oncológicos. Informe de investigación. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología/INOR, La Habana, Cuba.
- Llantá, M. C., Massip, C. y Martínez, Y. (2012). La significación de la esperanza en el paciente oncológico. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 2(3).
- Llantá, M. C., Pire, T., Grau, J., Vilaú, L., Massip, C., Grau, R. y Ortiz, G. R. (2008). Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología. *Revista Psicología y Salud*, 18(2), 149-154.
- Martí, J. (1975). *Obras completas* (t. 20, p. 227). La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- Martínez Cruz, M. (2012). *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. Barcelona: Elsevier.
- Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J. C. y Galán, J. M. (2014). La Enfermería y los Cuidados del Sufrimiento Espiritual. *Index de Enfermería*, 25, 153-156.
- Olsmann, E. (2020). Hope in Health Care: A Synthesis of Review Studies. En *Historical and Multidisciplinary Perspectives on Hope* (pp. 197-214). Switzerland: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-46489-9>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). Asistencia paliativa. En *Programas Nacionales de Lucha contra el Cáncer. Directrices sobre Política y Gestión* (pp. 82-86). Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Cuidados Paliativos ¿por dónde empezar? Borrados para su implementación por los gobiernos*. Guía práctica.
- Payás, A. (2002). *Acompanyament espiritual en l'última etapa de la vida*. Barcelona: Societat Catalano-Balear de Cures Palliatives.
- Peláez Cantero, M. J., Madrid Rodríguez, A. y Urda Cardona, A. (2015). Cuidados Paliativos Pediátricos. *Revista Española de Pediatría*, 71(5), 290-293.
- Pereyra, M. y Pomalaza, D. (2021). Meta-análisis de investigaciones sobre la esperanza-desesperanza. Trabajo presentado en el XXII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental, Interpsiquis 21.
- Pino, C. E. (2009). Cuidados paliativos: Evolución y Tendencias. *Médicas UIS*, 22, 246-251.
- Rodríguez Ramírez, C., Grau Valdés, Y. y Grau Ábalo, J. A. (2021). Síntomas asociados al sufrimiento en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 24(3), 295-302.
- Rodríguez, E. (2016). El sentido del sufrimiento. Experiencia de los enfermos de cáncer. *Ars Medica*, 3, 1-12.
- Rubio, J. V. y García, M. A. (2012). Cuidados paliativos pediátricos. *Boletín de Pediatría*, 52, 131-145.
- Sachs, E., Kolva, E., Pessin, H., Rosenfeld, B. y Breitbart, W. (2013). On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 30(2), 121-127.
- Sanz, J. (2000). El factor humano en la relación clínica. El binomio razón-emoción. *Medicina Clínica*, 114(6), 222-226.
- Viel, S., Mateo, D., Sánchez, C., Chaurand, A., González, M., y Limonero, J. T. (2014). *Guía de detección de malestar emocional en la atención paliativa integral*. Barcelona: Sociedad Catalano-balear de Cures Palliatives.
- Wachholtz, A., Fitch, C., Makowski, S. y Tija, J. (2016). A comprehensive approach to the patient at end of life: Assessment of multidimensional suffering. *Southern Medical Journal*, 109(4), 200-206.
- World Health Organization (WHO) (1990). *Cancer pain relief and palliative care report (Technical Series 804)*. Geneva: WHO.

EXPRESIONES SILENCIOSAS: EL ARTE COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

OLIMPIA PETZOLD¹

INTRODUCCIÓN

Este capítulo presenta un análisis del uso del arte como herramienta de evaluación en la experiencia de la enfermedad en pacientes pediátricos, con un enfoque específico en el paciente oncológico. Para ello se ofrece una síntesis de la evolución del arte en el campo de la psicología, se describen los componentes básicos a considerar en una sesión basada en arte y se exploran las perspectivas teóricas de la arteterapia. Además, se analiza un caso latinoamericano de un programa de evaluación basado en arte, centrado en la exploración de la experiencia de la enfermedad.

EVOLUCIÓN DEL ARTE EN LA PSICOLOGÍA

El estudio del arte infantil como medio de expresión emocional y psicológica ha sido un foco de interés desde el siglo pasado. A continuación, se describe la utilización del dibujo en la psicología como un primer paso en la evolución del arte en este campo de la ciencia, para luego abordar el uso más amplio del arte en el ámbito de la psicología de la salud.

¹ Lone Star College, Texas, Estados Unidos y Université Libre de Bruxelles, Bruselas, Bélgica.

Inicialmente, Burt (1921) utilizó el dibujo como herramienta para medir la inteligencia, lo cual representó un enfoque diferente al método clásico que se basaba en el rendimiento en matemáticas, escritura y lectura. Posteriormente, autores como Goodenough (1926) y Harris (1963) plantearon que ciertas características del dibujo –como el número de detalles, la proporción entre las partes del cuerpo y la coordinación motora necesaria para realizarlo– podían correlacionarse con la edad mental del niño, la cual, a su vez, podía servir como medida de inteligencia (Carreras, 2013; Rueda *et al.*, 2020).

Más tarde, Goodenough (1926) desarrolló el Test de la Figura Humana, descubriendo que, además de ser una medida de inteligencia, podía utilizarse como un test proyectivo para obtener información sobre aspectos de la personalidad e indicadores emocionales del niño (Paine *et al.*, 1985; Marín *et al.*, 2006; Araújo y Fernandes, 2015; Marín *et al.*, 2020). Posteriormente, autores como Machover (1949) y Koppitz (1968) introdujeron pruebas de dibujo proyectivo como una forma de evaluación en la que el dibujo reflejaba la realidad psicológica interna y la experiencia subjetiva de la persona.

La prueba de la Figura Humana de Machover es una de las más reconocidas e influyentes en la psicología infantil. Se fundamenta en la premisa de que “... La figura humana dibujada por un individuo al que se le solicita ‘dibujar a una persona’ está íntimamente relacionada con los impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones propias de esa persona. De alguna manera, la figura dibujada es la persona y el papel representa el entorno...” (Machover, 1949, p. 35). En la psicooncología, esta prueba se ha utilizado para evaluar la autopercepción de los pacientes con cáncer, mostrando cómo la autoimagen se refleja en sus dibujos (Shoshani y Kreitler, 2021). Koppitz (1968), por su parte, identificó 30 indicadores emocionales específicos en los dibujos que tienden a aparecer con más frecuencia en niños con conflictos emocionales (Brits, 2018). Su enfoque teórico se apoya en la teoría de las relaciones interpersonales de Sullivan, destacando la importancia de la percepción consciente que el niño tiene de sí mismo y de las personas significativas en su vida (Koppitz, 1968).

A partir de estas pruebas proyectivas, el dibujo y otras formas de expresión artística comenzaron a considerarse una herramienta útil para la evaluación. El dibujo puede entenderse como una extensión de la persona, una representación de sí misma y una creación única que, a través de medios de comunicación no verbal, permite inferir aspectos relevantes de quien lo realizó, como su experiencia, necesidades y conflictos.

El uso del arte como herramienta en el ámbito de la salud va más allá del dibujo, pudiendo abarcar diversas formas de expresión artística, como la pintura, el cuento, la máscara, el collage, la escultura y otras técnicas que pueden emplearse en el entorno hospitalario para la evaluación e intervención en niños y adolescentes con cáncer. Esta aproximación se conceptualiza como “el uso de la expresión artística y de imágenes con individuos que están físicamente enfermos, que experimentan un trauma en el cuerpo o que se someten a un tratamiento médico agresivo, como cirugía o quimioterapia” (Malchiodi, 1993, p. 66).

El arte en el ámbito de la salud ofrece diversos beneficios, ya que puede utilizarse como: *a*) una herramienta de evaluación para explorar la percepción de los pacientes sobre la enfermedad y sus sentimientos al respecto, especialmente aquellos que son difíciles de expresar verbalmente (Sadruddin *et al.*, 2013; Bally *et al.*, 2023); y *b*) una herramienta de intervención, ya que actúa como técnica de relajación y distracción, promoviendo la catarsis de emociones relacionadas con la enfermedad y una sensación de control derivada de la posibilidad de crear una obra artística (Bazargan y Pakdaman, 2016; Beh-Pajooch *et al.*, 2018; Bally *et al.*, 2023). En este sentido, la arteterapia funciona como un contrapeso a la pérdida de control e independencia que los pacientes experimentan debido al tratamiento y la enfermedad. Asimismo, representa una forma en la que los pacientes pueden dejar su “legado” a través del objeto creado, el cual se percibe como una extensión de sí mismos (Malchiodi, 1999), reforzando su autoestima y sensación de bienestar al verse capaces de completar un proyecto artístico.

Cuando se habla de la utilización del arte, ya sea como herramienta de evaluación o de intervención (Galvez *et al.*, 2021; Bally *et al.*, 2023), es necesario considerar tres aspectos fundamentales: el proceso creativo, el producto artístico final y la comunicación entre paciente y terapeuta. A continuación, se presenta una descripción de estos tres elementos clave.

COMPONENTES DEL ARTE COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN/ INTERVENCIÓN

Proceso Creativo (Manicoma y Boronska, 2003): representa un proceso individual que surge a partir de ideas, sensaciones y sentimientos, los cuales se expresan

mediante el uso de líneas, formas y colores, hasta concretarse en una obra de arte única que vincula el mundo interior del creador con la realidad de su enfermedad. Al interactuar con el medio artístico (pintura, *collage*, plastilina, etc.), se estimula la expresión de la experiencia que el niño necesita exteriorizar, así como la forma en que elegirá expresarla. Es decir, la manera en que se emplean los materiales está asociada a las necesidades emocionales o psicológicas del paciente (Haiblum Itskovitch *et al.*, 2018). Durante este proceso, el niño se ve inmerso en un proceso interno de creación que se exterioriza a través de un proyecto artístico. Este proceso, que generalmente se lleva a cabo en silencio, puede ir acompañado, en ocasiones, de expresiones verbales espontáneas del paciente sobre lo que está creando.

Producto final: constituye una representación única de la persona que lo creó, una extensión y parte de sí misma materializada en un trabajo de arte que expresa la realidad frente a su experiencia (Aguilar, 2017), en este caso, el cáncer. Los pacientes con cáncer se enfrentan a una realidad caracterizada por la falta de control, tanto debido a la enfermedad como al tratamiento al que deben someterse, lo cual se ve agravado por la amenaza percibida que implica el entorno hospitalario (Lewandowska *et al.*, 2021). Como consecuencia, se manifiestan sentimientos de miedo, ansiedad y tristeza en respuesta a la experiencia de la enfermedad (Dinç *et al.*, 2024; Enskär *et al.*, 2020).

El producto artístico ofrece la oportunidad de expresar el mundo interior, los pensamientos y las emociones de los pacientes en relación con la enfermedad. Al mismo tiempo, permite a los pacientes, si así lo desean, explicar con sus propias palabras el significado de su creación artística. A través del producto final, los niños validan sus sentimientos o experiencias, lo que les facilita poner distancia entre ellos y su enfermedad, haciéndola tangible y visible (Malchiodi, 1998).

Malchiodi (1998) enfatiza la necesidad de evaluar, corroborar y atender elementos particulares del trabajo artístico, como el color, el tamaño y los temas o narrativas expresadas, ya que estos podrían aludir a un contenido emocional importante.

La indagación del terapeuta sobre los elementos presentes en el proyecto artístico constituye un factor fundamental para una adecuada evaluación psicoemocional del paciente. El objetivo es encontrar un equilibrio entre ser un observador de los posibles indicadores emocionales expresados a través del arte y la posterior corroboración de esas señales.

Una estrategia útil para evitar la interpretación subjetiva de la obra de arte del niño consiste en invitarlo a hablar y a escribir sobre ella. De este modo, podemos esclarecer su significado y aproximarnos mejor a la experiencia del paciente (Malchiodi, 1998; Angell y Alexander, 2015; Altay *et al.*, 2017).

Relación Paciente-Terapeuta: el papel del terapeuta en las sesiones en las que se emplea el arte como herramienta de evaluación o intervención es fundamental para la relación que se desarrolla con el paciente. Gazit *et al.* (2021) plantean que cuanto más positiva sea percibida la relación terapéutica por parte del paciente, más positiva será su respuesta a la experiencia artística y su actitud hacia el producto final. Igualmente, Corem *et al.* (2015) hallaron una correlación positiva entre el nivel de seguridad de apego de los clientes hacia sus terapeutas y la experiencia artística. La presencia del terapeuta permite observar el trabajo creativo, ayudar al niño en la elección de materiales, asignar tareas y atender las preguntas que puedan surgir durante el proceso creativo. Al mismo tiempo, el terapeuta actúa como un receptor de confianza en caso de que surjan sentimientos abrumadores durante la sesión (Gazit *et al.*, 2021). Representa una figura segura, con la que se establece una interrelación positiva para que el niño pueda experimentar, jugar y expresarse a través del arte. Este ambiente seguro y de confianza guiará la comunicación verbal y el intercambio entre el paciente y el terapeuta (Malchiodi, 1998).

Dependiendo de la perspectiva teórica adoptada, el terapeuta se centrará en aspectos específicos durante la sesión. A continuación, se presenta una revisión teórica de los enfoques principales de la arteterapia.

PERSPECTIVAS TEÓRICAS EN LA ARTETERAPIA

Existen diferentes enfoques teóricos dentro del campo de la arteterapia. En la siguiente revisión de la literatura al respecto, se consideran las perspectivas psicoanalíticas, humanista, cognitivo-conductual y sistémica. A continuación, se ofrece un análisis crítico de estos enfoques, en relación con su aplicación en el caso específico de pacientes oncológicos pediátricos.

Enfoques psicodinámicos: consideran los procesos inconscientes, como los mecanismos de defensa y la transferencia, utilizando estos procesos para trabajar con las necesidades, fantasías o experiencias de los pacientes (Rubin, 2001). La arteterapia

desde el marco psicodinámico puede tener una visión determinista del paciente, ya que los impulsos inconscientes “dominarían” y empujarían al niño a la acción, afectando la toma de decisiones conscientes sobre lo que podría cambiar. Esta perspectiva tiene un enfoque pesimista y conflictivo, pues el paciente se encuentra constantemente luchando entre dos fuerzas opuestas (Eros y Tánatos) que no le permiten alcanzar la armonía ni una mejor adaptación a la vida. Dicho enfoque resulta difícil de aplicar con niños, especialmente cuando se requiere una intervención a corto plazo (menos de seis meses), ya que este tipo de abordaje desde la perspectiva psicodinámica implica un periodo más extenso. Además, cuando se utiliza este enfoque, el alcance de los resultados concretos no siempre es fácil de percibir por parte de los pacientes más jóvenes.

Enfoques humanísticos: los enfoques humanistas en arteterapia comparten una visión positiva del ser humano, ya que se centran en el aspecto gratificante de su esencia, y una visión optimista, al concebir al ser humano como capaz de enfrentar y superar dificultades. En este enfoque, la persona es vista como la creadora de su propio destino y está en constante búsqueda de su desarrollo personal (Moon, 2001). En resumen, las perspectivas humanísticas coinciden en la visión del ser humano y se centran en sus cualidades y capacidades para alcanzar la autorrealización. Sin embargo, pueden variar en su forma particular de trabajar durante el proceso de arteterapia, la técnica específica utilizada o el aspecto humano que se privilegia. En el enfoque existencial, lo esencial es la búsqueda del sentido de la vida a través del arte (Moon, 2001). En el enfoque centrado en la persona, el factor crucial es alcanzar la autorrealización, siendo la relación que se establece entre el terapeuta y el participante un elemento central (Rogers, 2001). Gracias al desarrollo creativo del niño, que se manifiesta a través de su trabajo artístico, el niño puede expresar su mundo interior y, de este modo, alcanzar el crecimiento personal. Por su parte, el enfoque fenomenológico se centra en la percepción intencional del trabajo artístico realizado, incluyendo la observación de la experiencia inmediata del niño respecto a su propia producción (Betensky, 2001). Posteriormente, se busca promover la toma de conciencia entre los aspectos expresados en la producción artística y la vida real del paciente (Betensky, 2001). Finalmente, el enfoque Gestalt, basado en principios similares al enfoque fenomenológico (Rhyne, 2001), busca que el niño, a través de la observación y el contacto físico con la obra, tome conciencia de sus emociones y pensamientos respecto a la situación en cuestión. Permitir una

expresión abierta, libre y segura de estas emociones facilitaría al paciente realizar los ajustes necesarios para adaptarse a la nueva realidad, haciéndolo responsable de su propio proceso y dándole mayor control sobre lo que está viviendo. En este caso, tanto el proceso terapéutico como la situación problemática se consideran como un todo.

Enfoque cognitivo-conductual (Rubin, 2001): al analizar las características del enfoque cognitivo-conductual en arteterapia, se pueden destacar varias ventajas, como el establecimiento de objetivos medibles, concretos y definidos de manera operacional. Este enfoque permite evaluar la eficacia de la terapia a lo largo del proceso (en diversas sesiones) y verificar en qué medida se están logrando los objetivos planteados al inicio. Además, facilita la motivación del niño y el interés de los padres, ya que pueden observar resultados concretos en términos de cambios en el comportamiento. El refuerzo, por otro lado, es un elemento clave que favorece la modificación de comportamientos del niño, contribuyendo al progreso de la terapia.

No obstante, un aspecto importante a considerar desde esta perspectiva, cuando se trabaja con el paciente oncológico pediátrico, es que puede resultar difícil para el niño identificar y expresar la imagen mental que le causa malestar. Según este enfoque terapéutico, la identificación del problema o situación en el plano mental es un paso previo a la expresión artística. Este proceso requiere un esfuerzo cognitivo significativo, especialmente cuando se trata de una situación estresante como el cáncer. En otras palabras, dado que no es fácil para el niño reconocer qué aspectos de la experiencia de tener cáncer le afectan, también se vuelve complicado para él expresarlo gráficamente. Esto puede implicar limitaciones en el uso del arte como herramienta terapéutica desde esta perspectiva.

Otro aspecto a tener en cuenta es la falta de espacio o tiempo durante la terapia para que el niño pueda expresar libremente sus emociones a través de una manifestación abierta de lo que la obra de arte podría generar. Esto es especialmente relevante en el caso de los niños con cáncer, cuyas emociones podrían estar ocultas o bloqueadas.

Enfoques sistémicos: según Sobol y Williams (2001), la perspectiva sistémica abarca la arteterapia grupal y familiar.

Arteterapia de Grupo: la arteterapia de grupo puede dividirse en tres tipos: a) El grupo de estudio, en el que las personas participan para realizar un trabajo artístico influenciado, en cierta medida, por la presencia de otros miembros del grupo;

sin embargo, el foco principal sigue siendo, por un lado, el proceso y la producción individual, y, por otro, la relación terapeuta-participante; *b*) el grupo temático o basado en tareas, en el que el grupo trabaja con un tema concreto, en función de las necesidades particulares que puedan surgir en un momento o espacio determinado; *c*) el grupo orientado al proceso, que se centra en la interacción entre los miembros del grupo y, al mismo tiempo, en la interrelación con el líder a través de la palabra y el trabajo artístico (Sobol y Williams, 2001).

Arteterapia Familiar: se basa en el uso de expresiones artísticas para promover la salud y el crecimiento psicológico desde una perspectiva sistémica, contemplando los síntomas que presenta uno o más miembros de la familia. En este caso, los miembros de la familia elaboran un trabajo artístico con el objetivo de explorar los sentimientos y las relaciones dentro del núcleo familiar, a fin de promover cambios en el sistema familiar (Sobol y Williams, 2001). Esta perspectiva considera aspectos como el ciclo de vida familiar, el tipo de comunicación, la estructura y la dinámica familiares (Sobol y Williams, 2001).

Emplear una perspectiva familiar sistémica con niños con cáncer sería una tarea mucho más compleja, ya que involucra aspectos y dinámicas familiares. Por lo tanto, el estudio en el que se sustenta el programa de evaluación basado en arte, que se describe como caso final de este capítulo, consideró una visión holística de la arteterapia, incluyendo diferentes dimensiones de la vida del paciente. Esta abarcó las emociones y percepciones sobre la situación específica de la enfermedad, en lugar de trabajar directamente con la familia. Sin embargo, al considerarse la familia un eje esencial en el equilibrio del paciente, se incluyó la dimensión familiar, abarcando sus relaciones y figuras significativas, de manera que se pudiera tener una comprensión integral de la experiencia del paciente y responder así de manera más efectiva a las necesidades de esta población pediátrica.

ESTUDIOS PREVIOS SOBRE EL USO DEL ARTE COMO HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

A continuación, se presenta una revisión de varios estudios publicados en el área de la oncología pediátrica que emplean el arte como método de evaluación. Los estu-

dios seleccionados fueron realizados entre 2013 y 2023 y se centraron en pacientes menores de 18 años.

Sadrudin y Hameed-ur-Rehman (2013) realizaron un estudio fenomenológico cualitativo que exploró la autopercepción de 78 niños (de 7 a 12 años) en tratamiento para el cáncer y examinó la relación de los niños con sus pares a través del dibujo. Los dibujos se clasificaron en tres categorías: 1) expresiones faciales: tristeza, seriedad, dolor y enojo; 2) autoimagen: asociada a baja autoestima y pérdida de partes del cuerpo; y 3) lazos familiares: asociados a la soledad o al desapego emocional. Los resultados del estudio apuntan a la efectividad del dibujo como una técnica eficaz para la evaluación cognitivo-emocional en niños con cáncer, en lo que se refiere a la autopercepción, la expresión emocional y las relaciones con los demás.

ÅngströmBrännström y Norberg (2014) estudiaron a nueve pacientes pediátricos (de 3 a 9 años) que recibían quimioterapia, con el objetivo de describir su experiencia del confort. A partir de las entrevistas y de los dibujos realizados por los niños, emergieron cuatro temas del análisis de contenido: soportar el malestar, expresar el malestar, encontrar confort y confortar a los demás. Se encontró que el dibujo constituye un elemento efectivo para la comunicación del malestar por parte de los niños.

Woodgate *et al.* (2014) realizaron un estudio cualitativo con el objetivo de comprender los desafíos existenciales a los que se enfrentan los niños con cáncer. El estudio incluyó a 13 niños (entre 8 y 17 años) en tratamiento activo, quienes registraron sus experiencias a través de una herramienta de dibujo computarizada. Los resultados mostraron cuatro temas emergentes sobre los desafíos existenciales de estos pacientes: 1) preocupación existencial, 2) vacío existencial, 3) anhelo existencial y 4) crecimiento existencial. Estos resultados sugieren que el dibujo puede ser beneficioso para facilitar la expresión de los desafíos existenciales de los pacientes oncológicos pediátricos.

Arruda Colli *et al.* (2015) utilizaron el dibujo y el contar historias como métodos para explorar los sentimientos que se experimentan ante una recaída de la enfermedad en ocho niños (de 5 a 12 años) con cáncer avanzado. Los resultados mostraron que los pacientes experimentaron fragilidad, abandono y soledad; asimismo una sensación de lucha entre el bien y el mal, y la búsqueda de protección y afecto.

Hyslop *et al.* (2018) describieron el uso de los dibujos en treinta niños (entre 4 y 7 años) diagnosticados con cáncer para facilitar la expresión de los síntomas. Como resultado, se encontró que los niños pudieron utilizar los dibujos para dar a conocer sus síntomas físicos y psicosociales, así como elementos ambientales (casa, hospital). Además, el dibujo ayudó a construir una relación entre el entrevistador y el participante, al proporcionar un punto de partida para la discusión.

Linder *et al.* (2018) estudiaron a veintisiete niños (de 6 a 7 años) con cáncer para evaluar cómo percibían y expresaban sus síntomas. El método de investigación incluyó el dibujo y la entrevista. Se encontró que el uso de técnicas basadas en el arte puede mejorar la evaluación de los síntomas, al proporcionar una comprensión más profunda de la perspectiva del niño, lo que resulta en un manejo más efectivo y personalizado de los síntomas y facilita la comunicación entre el personal de salud y el paciente.

Bryan *et al.* (2019) examinaron el uso de métodos de investigación basados en arte como un medio para explorar las experiencias de siete niños (de 4 a 12 años) con cáncer y sus relaciones con los proveedores de atención médica. La observación participante proporcionó la mayor profundidad y riqueza en la recopilación de datos para comprender las relaciones entre los pacientes y los proveedores de salud del centro oncológico pediátrico.

Por su parte, los métodos de dibujo y escritura fueron efectivos para establecer una relación efectiva entre el investigador y el niño. Esto se evaluó siguiendo los criterios de puntuación de la investigación y los criterios de la guía clínica (Bryan *et al.*, 2019), ambos desarrollados como parte del diseño de investigación del estudio mencionado.

Ebrahimipour *et al.* (2021) identificaron las opiniones de veinte niños (de 6 a 12 años) diagnosticados con cáncer sobre los factores que los conectan con la esperanza en una unidad de hospitalización oncológica, para esto se usó Photo-voice, que es un enfoque basado en las artes. Los resultados revelaron seis temas que representan las fuentes de esperanza para los participantes: conexión emocional con el personal de enfermería, la ludoteca como medio para suavizar el espacio hospitalario, la presencia de uno de los padres, símbolos de recuperación, un toque de naturaleza en el entorno hospitalario y escapar de la “jaula del hospital”.

Gálvez *et al.* (2021) exploraron el uso de expresiones estéticas para estudiar el mundo de niños diagnosticados con cáncer avanzado. En este estudio, que incluyó

a tres participantes (de 10 a 14 años), se encontró que los métodos de la fenomenología hermenéutica son eficaces para transmitir el tema, recopilar datos relevantes y analizar los hallazgos sobre la experiencia de la enfermedad del paciente.

Como parte final de este capítulo, se resalta un estudio que se centró en un programa de evaluación basado en la utilización del arte como un método de exploración holística de la experiencia del paciente oncológico pediátrico.

Este programa constituye un ejemplo práctico en Latinoamérica de cómo es posible emplear el arte como una herramienta para acceder al mundo interior del niño y adolescente con cáncer y facilitar la comunicación entre el proveedor de salud y el paciente.

CASO LATINOAMERICANO: PROGRAMA DE EVALUACIÓN BASADO EN ARTE DE LAS EXPERIENCIAS Y NECESIDADES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON CÁNCER

Petzold y Razavi (2022, 2023) desarrollaron un programa de evaluación cuyo objetivo era evaluar las necesidades y experiencias de los niños y adolescentes con cáncer. El estudio se realizó en el Hospital de Especialidades Pediátricas de Maracaibo, Venezuela, con veinte pacientes (entre 6 y 17 años) con diagnóstico de cáncer en cualquier etapa de la trayectoria de la enfermedad, incluyendo la fase de diagnóstico, la fase de tratamiento, la recaída y hasta seis meses después de la finalización exitosa del tratamiento.

El programa de evaluación basado en el arte exploró las experiencias de los pacientes con respecto al cáncer a través del dibujo, la escultura, la pintura y la fabricación de máscaras. Consistió en siete sesiones a lo largo de seis meses. En las dos primeras sesiones se aplicaron las pruebas proyectivas del Dibujo de la Figura Humana de Machover y el Dibujo de la Familia de Corman. En las siguientes cinco sesiones del programa (cuadro 1), a través de ejercicios artísticos utilizando diferentes medios, se abordaron los siguientes temas: la imagen corporal, la percepción de la enfermedad, la experiencia en el hospital, los sentimientos hacia la enfermedad y el tratamiento (Petzold y Razavi, 2022).

Cuadro 1. Programa de Evaluación basado en Arte

Sesión	Objetivo	Actividad	Materiales
La enfermedad y mi cuerpo sano	Evaluar la percepción y los sentimientos del niño hacia su cuerpo, en relación con la salud y la enfermedad	Dibujar primero el cuerpo con la enfermedad y luego el cuerpo sano	Hoja de dibujo (29.8 x 22.5 cm), crayones, lápices de colores, pasteles suaves, colores acrílicos, acuarelas, pinceles
Mi historia en el hospital	Evaluar la experiencia del niño en el hospital	Crear una historia en un folleto que cuente su vida en el hospital	Cuadernillo de hojas de papel blanco A4 dobladas por la mitad, crayones, lápices de colores
Escultura libre	Promover sentimientos de bienestar y evaluar qué aspectos de la vida del niño se asocian a ellos	Usar arcilla para representar un objeto o símbolo que los haga sentir felices	Arcilla, colores acrílicos, pinceles
Hacer una máscara: "lo que no digo"	Expresar preocupaciones y sentimientos que han estado ocultos o que hasta ahora no se han expresado con respecto a la enfermedad y el tratamiento	Hacer una máscara, y representar o verbalizar sentimientos y preocupaciones ocultas con respecto a la enfermedad y tratamiento	Papel de color, rotuladores, tijeras, pegamento
Dibujo libre	Promover la creatividad y la libre expresión de los pacientes	Hacer un dibujo de la forma que quieran con los materiales de su elección	Hoja de dibujo (29.8 x 22.5 cm), crayones, lápices de colores, pasteles suaves, colores acrílicos, acuarelas, pinceles, rotuladores

Fuente: elaboración propia.

La investigación utilizó una metodología cualitativa basada en el análisis de contenido de las entrevistas y trabajos de arte realizados por los pacientes (Petzold y Razavi, 2022; Petzold y Razavi, 2023). Cada sesión fue grabada en audio, para luego ser transcrita y analizada mediante análisis de contenido. El primer paso consis-

tió en una lectura detallada de la transcripción de cada sesión, prestando atención a aquellos aspectos relevantes acerca de la experiencia descrita por el paciente. Al mismo tiempo, se tomaron notas con ideas tentativas para la categorización futura. Las frases o párrafos que contenían aspectos relevantes de las experiencias de la enfermedad fueron subrayadas e identificadas como “unidades de significado” (Graneheim y Lundman, 2004). Por otro lado, se identificaron las unidades de significado de las pruebas proyectivas y los trabajos de arte de los niños, con un total de 465 unidades de significado, a partir del análisis de 190 documentos (transcripciones de sesiones, pruebas proyectivas y obras de arte). Posteriormente, se asignaron códigos a estas unidades de significado para finalmente establecer las categorías derivadas de este estudio (Petzold y Razavi, 2022; Petzold y Razavi, 2023), las cuales se describen a continuación:

1. Dimensión física: relacionada con los síntomas físicos del paciente asociados a la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento
2. Dimensión cognitiva: involucra la conciencia, el conocimiento y las preocupaciones sobre la enfermedad y el tratamiento, así como la responsabilidad del paciente en relación con su salud
3. Dimensión emocional: engloba tanto los estados emocionales positivos como negativos
4. Dimensión conductual: implica las acciones realizadas por el paciente en relación con la enfermedad o el tratamiento
5. Dimensión familiar: asociada a las necesidades y relaciones familiares del paciente
6. Dimensión social: relacionada con las interrelaciones y necesidades sociales del paciente

El planteamiento de Petzold y Razavi (2022, 2023) acerca de la *dimensión física* destaca los síntomas más comunes en los pacientes oncológicos pediátricos, como la fatiga, el dolor y la pérdida del apetito. Estos síntomas son descritos como factores que afectan considerablemente el desempeño diario de los niños y su bienestar general. En los trabajos artísticos, específicamente en los dibujos realizados por los pacientes, se evidencian representaciones de estos síntomas. Por ejemplo, se observa la demarcación de la línea media del cuerpo, lo que podría reflejar los

cambios físicos causados por la enfermedad y el tratamiento. Además, los dibujos incluyen escenas del hospital, que suelen estar asociadas con procedimientos médicos dolorosos, como la extracción de muestras de sangre o las zonas del cuerpo donde experimentan dolor, lo cual subraya cómo estos aspectos físicos impactan directamente en su experiencia y percepción de la enfermedad.

En cuanto a la dimensión cognitiva (Petzold y Razavi, 2023), se destaca que la conciencia de la enfermedad y del tratamiento, así como la responsabilidad en el seguimiento de las indicaciones médicas, contribuyen a la sensación de control y seguridad del paciente respecto a su salud. Por otro lado, las preocupaciones sobre el impacto del cáncer y el tratamiento constituyen factores de estrés y desencadenan emociones negativas en el paciente. Los elementos mencionados previamente se expresaron a través del arte mediante la representación de la enfermedad y sus efectos secundarios (como la calvicie y la pérdida extrema de peso), los procedimientos médicos, las visitas al hospital y las comidas saludables.

Por su parte, la dimensión emocional (Petzold y Razavi, 2022), que comprende: a) los estados emocionales positivos, asociados con el bienestar, tales como la esperanza, el espíritu de lucha, la felicidad y el afecto hacia los demás, se encontraron vinculados con la recuperación de la enfermedad, los resultados satisfactorios del tratamiento y la posibilidad de retomar la vida previa a la enfermedad. Estos aspectos se representaron a través de imágenes que reflejan la determinación para superar la enfermedad, trazos gruesos, trabajos artísticos relacionados con actividades deportivas y momentos de diversión, así como imágenes llenas de color que muestran rostros sonrientes y palabras escritas asociadas con la esperanza, la fe y el optimismo; b) los estados emocionales negativos, relacionados con el estrés del paciente, incluyeron la tristeza, la ansiedad o miedo, y la rabia. Estas respuestas emocionales estuvieron asociadas al sentimiento de pérdida por la vida que ha cambiado, los procedimientos médicos dolorosos, el aislamiento y los efectos del tratamiento. Dichas respuestas emocionales fueron expresadas en los trabajos artísticos mediante figuras pequeñas, la ausencia de brazos, rostros tristes y llorosos, rostros melancólicos durante procedimientos médicos, imágenes que representan el aislamiento del paciente, figuras inestables, omisión de pies, dibujos de nubes y partes del cuerpo amputadas.

Por otro lado, en la dimensión conductual se encuentran aquellas acciones ejecutadas por el paciente que reflejan rechazo hacia los procedimientos médicos, el

hospital y la hospitalización, como el llanto, los gritos o los movimientos para evitar los procedimientos clínicos. En cuanto a la dimensión familiar, se observó que la presencia de la figura materna, así como la unión familiar y de los padres, constituyen factores que contribuyen a la seguridad, estabilidad y confort del paciente. Otro componente destacado en esta dimensión es el reconocimiento, por parte del paciente, de la preocupación de los padres hacia su enfermedad y pronóstico. En contraste, los conflictos entre los padres fueron identificados como un factor de estrés reportado por los pacientes. Desde el punto de vista gráfico, lo anterior se reflejó a través de dibujos del bloque parental, la familia tomada de la mano, ilustraciones de la familia unida, representaciones de la madre, la abuela, el padre y los hermanos, y la presencia de los padres en los dibujos de las escenas hospitalarias (Petzold y Razavi, 2023).

Finalmente, en la dimensión social, se encontró la expresión de afecto y consideración hacia los proveedores de salud. Se observó que un equipo de salud que modele tolerancia, escuche, exprese afecto y brinde atención facilita la adaptación del paciente a la enfermedad y el tratamiento. De manera similar, en esta misma dimensión, se destacan las necesidades sociales de compartir con amigos, retomar la vida anterior a la enfermedad y alcanzar metas personales. Estos factores actúan como motivadores que contribuyen al bienestar del paciente y refuerzan las herramientas para enfrentar la enfermedad. Los elementos pertenecientes a esta dimensión fueron expresados a través del arte, con representaciones de enfermeras y médicos, dibujos de amigos, representaciones gráficas de las metas del paciente y dibujos de actividades cotidianas previas al cáncer (Petzold y Razavi, 2023).

CONCLUSIÓN

La evidencia disponible sugiere que el arte puede ser una herramienta valiosa para realizar una evaluación integral del paciente oncológico pediátrico, siendo especialmente útil para los pacientes más jóvenes, para quienes resulta difícil expresar verbalmente sus experiencias y necesidades. Esto se debe, por un lado, a las limitaciones asociadas al desarrollo evolutivo del paciente y su lenguaje, y por otro, a que la naturaleza traumática de la enfermedad dificulta la organización y estructuración de la experiencia, la cual, en muchos casos, puede verse bloqueada o reprimida.

mida. De este modo, el arte, como herramienta de evaluación más atractiva y menos amenazante en comparación con las formas tradicionales de entrevista, facilitaría la comunicación entre el equipo de salud y el paciente. Además, permite la expresión de los sentimientos, experiencias, necesidades, esperanzas y miedos a través de un proceso creativo y un producto artístico final que se convierte en la materialización del mundo interior del paciente, otorgándole un significado más estructurado a la experiencia de la enfermedad mediante formas, líneas, colores e imágenes.

Dentro de la psicooncología, este tipo de métodos basados en el arte se emplea cada vez más; sin embargo, sigue siendo necesario continuar investigando en el área para profundizar en las ventajas y limitaciones de dichos métodos, especialmente en lo que respecta al campo de la psicología de la salud, donde la estandarización de los procedimientos se vuelve imperativa para atender de manera idónea a nuestros pacientes.

REFERENCIAS

- Aguilar, B. (2017). The efficacy of art therapy in pediatric oncology patients: An integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 173-178. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.015>
- Altay, N., Kilicarlan-Toruner, E. y Sari, C. (2017). The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 1-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28478846/>
- Angell, C., y Alexander, J. (2015). “Draw, write and tell”: A literature review and methodological development on the “draw and write” research method. *Journal of Early Childhood Research*, 13(1), 17-28. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1476718X14538592>
- Ångström-Brännström, C. y Norberg, A. (2014). Children undergoing cancer treatment describe their experiences of comfort in interviews and drawings. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 31(3), 135-146. <https://doi.org/10.1177/1043454214521693>
- Araújo, P. y Fernandes, R. (2015). O Teste do Desenho da Figura Humana em Crianças Angolanas: Contribuições à Perspectiva da Psicologia Positiva. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(3), 855-869. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002132013>
- Arruda Colli, M. N. F., Perina, E. M. y Santos, M. A. (2015). Experiences of Brazilian children and family caregivers facing the recurrence of cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 458-464. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.004>

- Bally, J. M. G., Burles, M., Spurr, S. y McGrath, J. (2023). Exploring the use of arts-based interventions and research methods in families of seriously ill children: A scoping review. *Journal of Family Nursing*, 29(4), 395-416. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37128884/>
- Bazargan, Y. y Pakdaman, S. (2016). The effectiveness of art therapy in reducing internalizing and externalizing problems of female adolescents. *Archives of Iranian Medicine*, 19(1), 51-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26702749/>
- Beh Pajoooh, A., Abdollahi, A. y Hosseinian, S. (2018). The effectiveness of painting therapy program for the treatment of externalizing behaviors in children with intellectual disability. *Vulnerable Child y Youth Studies*, 13(3), 221-227. <https://doi.org/10.1080/17450128>
- Betensky, M. (2001). Phenomenological art therapy. En J. Rubin (ed.), *Approaches to art therapy* (pp. 121-133). Taylor y Francis Group.
- Brits, H. (2018). A descriptive study of trends in the pictures drawn by primary school learners in South Africa. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(7), 316-321. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2018.24.7.316>
- Bryan, G., Bluebond Langner, M., Kelly, D., Kumpunen, S., Oulton, K. y Gibson, F. (2019). Studying children's experiences in interactions with clinicians: Identifying methods fit for purpose. *Qualitative Health Research*, 29(3), 393-403. <https://doi.org/10.1177/1049732318801358>
- Burt, C. (1921). *Mental and scholastic tests*. Londres: P. S King y Son.
- Carreras, M. A., Uriel, F. y Fernández Liporace, M. (2013). Actualizaciones en el análisis de ítemes madurativos del dibujo de la figura humana en niños escolarizados de Buenos Aires. *Interdisciplinaria*, 30(1), 101-118. <https://doi.org/10.16888/interd>
- Corem, S., Snir, S. y Regev, D. (2015). Patients' attachment to therapists in art therapy simulation and their reactions to the experience of using art materials. *The Arts in Psychotherapy*, 45, 11-17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455615000295>
- David, E. (2004). *Art Therapy*. Londres: SAGE Publications.
- Dinç, F., Kurt, A., Yıldız, D., Eren y Fidancı, B. (2024). A qualitative study on the perceptions of illness and hospitalization of school-age children with cancer. *Children and Youth Services Review*, 160, 107602. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740924001749>
- Ebrahimpour, F., Mirlashari, J., Hosseini, A. S. S., Zarani, F. y Thorne, S. (2021). Symbols of hope on pediatric oncology ward: Children's perspective using pho-

- to voice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 38(6), 385-398. <https://doi.org/10.1177/10434542211041934>
- Enskär, K., Darcy, L., Björk, M., Knutsson, S. y Huus, K. (2020). Experiences of young children with cancer and their parents with nurses' caring practices during the cancer trajectory. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 37(1), 21-34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31526068/>
- Galvez, B. L., Kongsuwan, W., Schoenhofer, S. O. y Hatthakit, U. (2021). Aesthetic expressions as data in researching the lived world of children with advanced cancer. *Beli-tung Nursing Journal*, 7(6), 549-560. <https://doi.org/10.33546/bnj.1884>
- Gazit, I., Snir, S., Regev, D. y Bat Or, M. (2021). Relationships between the therapeutic alliance and reactions to artistic experience with art materials in an art therapy simulation. *Frontiers in Psychology*, 12, 560957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.560957>
- Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. Nueva York: Harcourt, Brace, y World.
- Graneheim, U. y Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Haiblum-Itskovitch, S., Czamanski-Cohen, J. y Galili, G. (2018). Emotional response and changes in heart rate variability following art-making with three different art materials. *Frontiers in Psychology*, 9, 968. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00968>
- Harris, D. (1963). *Children's drawings as measures of intellectual maturity*. Nueva York: Harcourt, Brace y World.
- Hyslop, S., Sung, L., Stein, E., Dupuis, L. L., Spiegler, B., Vettese, E. y Tomlinson, D. (2018). Identifying symptoms using the drawings of 4-7-year-olds with cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 36, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.08.004>
- Koppitz, E. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. Nueva York: Grune y Stratton.
- Lewandowska, A., Zych, B., Papp, K., Zrubcová, D., Kadučáková, H., Šupínová, M., Apay, S. E. y Nagórska, M. (2021). Problems, stressors, and needs of children and adolescents with cancer. *Children*, 8(12), 1173. <https://www.mdpi.com/2227-9067/8/12/1173>
- Linder, L. A., Bratton, H., Nguyen, A., Parker, K. y Wawrzynski, S. E. (2018). Symptoms and self-management strategies identified by children with cancer using Draw-and-Tell Interviews. *Oncology Nursing Forum*, 45(3), 290-300. <https://doi.org/10.1188/18.ONF.290-300>

- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Malchiodi, C. (1993). Introduction to special issue; art and medicine. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 10(2), 66-69.
- Malchiodi, C. (1998). *Understanding children's drawings*. Nueva York: The Guilford Press.
- Malchiodi, C. (1999). *Medical art therapy with children*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Manicomia, H. y Boronska, T. (2003). Co-creating change within a child protection system: Integrating art therapy with family therapy practice. *Journal of Family Therapy*, 25, 217-232. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00245>
- Marín, F. J., Bartholomeu, D. y Fernandes, F. (2006). Maduridade perceptual e inteligência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(3), 490-503. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932006000300012>
- Marín, F. J., Noronha, A. P., Santos, A. A., Jesuíno, A. D., Zuanazzi, A. C., Ferraz, A. S., Raissa, A. y Otoni, F. (2020). Human figure drawing: Systems most used in cognitive assessment of children. *Psico*, 51(1), 1-13. <https://puers.emnuvens.com.br/revistapsico/article/view/31313/pdf>
- Moon, B. (2001). Commentary. En J. Rubin, *Approaches to Art Therapy* (pp. 189-190). Nueva York: Taylor y Francis Group.
- Paine, P., Alves, E. y Tubino, P. (1985). Size of human figure drawing and Goodenough-Harris scores of pediatric oncology patients: A pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 60(3), 911-914. <https://doi.org/10.2466/pms.1985.60.3.911>
- Rhyne, J. (2001). Gestalt art theory. En J. Rubin, *Approaches to Art Therapy*. Nueva York: Taylor y Francis Group.
- Robbins, A. (2001). Object relations in art therapy. En J. Aron, *Approaches to Art Therapy: Theory and Technique*. Nueva York: Taylor y Francis Group.
- Rogers, N. (2001). Person-centered expressive arts therapy: A path to wholeness. En J. Rubin, *Approaches to Art Therapy* (pp. 163-177). Nueva York: Taylor y Francis Group.
- Rubin, J. (2001). *Approaches to Art Therapy*. Nueva York: Routledge Taylor y Francis Group.
- Petzold, O. y Razavi, D. (2022). Art-based assessment of disease experiences in children and adolescents with cancer: Cognitive and emotional dimensions. *Interamerican Journal of Psychology*, 56(3), e1767. <https://www.redalyc.org/journal/284/28473958010/28473958010.pdf>

- Petzold, O. y Razavi, D. (2023). Family and social experiences in children and adolescents with cancer expressed through their drawings. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 22(6), 1-10. <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5643/3352>
- Sadrudin, M. M. y Hameed-ur-Rehman, M. (2013). Understanding the perceptions of children battling cancer about self and others through drawing. *South Asian Journal of Cancer*, 2(3), 113-118. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3892531/>
- Shoshani, Z. A. y Kreitler, S. (2021). Breast cancer surgery as expressed in self-figure drawings. *The Arts in Psychotherapy*, 75, 101841. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2021.101841>
- Sobol, B. y Williams, K. (2001). Family and group art therapy. En J. Rubin, *Approaches to Art Therapy* (pp. 261—280). Nueva York: Taylor y Francis Group.
- Woodgate, R. L., West, C. H. y Taylor, K. (2014). Existential anxiety and growth: An exploration of computerized drawings and perspectives of children and adolescents with cancer. *Cancer Nursing*, 37(2), 146-159. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e31829ded29>

CONTEXTO DE LA ATENCIÓN DEL CÁNCER EN GRUPOS VULNERABLES: PERSONAS CON ENFERMEDADES MENTALES GRAVES, EFECTOS PSICOSOCIALES DESDE EL DIAGNÓSTICO HASTA LA SOBREVIVENCIA

ÓSCAR GALINDO VÁZQUEZ¹
JAZMÍN HERNÁNDEZ MARÍN²
MÓNICA RAMÍREZ OROZCO³

INTRODUCCIÓN

El término *cáncer* engloba un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar cualquier parte del cuerpo y se caracterizan por la proliferación descontrolada de células anormales. Estas células no solo superan los límites normales de crecimiento, sino que también tienen la capacidad de invadir tejidos cercanos y propagarse a otros órganos, en un proceso conocido como *metástasis* (World Health Organization [WHO], 2022).

Además de constituir un desafío médico, el cáncer es una crisis global con profundas implicaciones sociales y económicas. Este impacto es especialmente pronunciado en los países de Latinoamérica, donde la escasez de recursos y el acceso limitado a servicios de detección y tratamiento temprano agravan la situación. El cáncer no solo afecta la salud física de las personas diagnosticadas, sino que tam-

¹ Servicio de Psicooncología, Unidad de Investigación y Desarrollo de la Psicooncología, Instituto Nacional de Cancerología, INCan. México.

² Servicio de Psicooncología, INCan, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

³ Servicio de Tumores Mamarios, Instituto Nacional de Cancerología INCan, México.

bién provoca un efecto en cadena en sus familias, comunidades y economías, acentuando las desigualdades y aumentando la carga psicosocial tanto en los individuos como en las sociedades.

Esta enfermedad es uno de los mayores problemas de salud pública de nuestra época; es una de las principales causas de muerte a nivel mundial durante décadas y representa un desafío significativo para la economía y los sistemas de salud actuales y futuros (Reynoso y Torres Domínguez, 2018). Se estima que aproximadamente 1 de cada 5 personas desarrollará cáncer a lo largo de su vida, y que alrededor de 1 de cada 9 hombres y 1 de cada 12 mujeres morirán a causa de esta enfermedad (Pan American Health Organization [PAHO/WHO], 2024).

A nivel mundial, en 2022 se estimó la aparición de 20 millones de nuevos casos de cáncer y 9.7 millones de muertes por esta enfermedad. En términos de incidencia, las tres neoplasias más comunes fueron el cáncer de pulmón, con 2.5 millones de casos, lo que representa 12.4% del total de nuevos diagnósticos, seguido por el cáncer de mama, con 2.3 millones de casos (11.6%), y el cáncer colorrectal, con 1.9 millones de casos (9.6%). En cuanto a las principales causas de muerte por cáncer, el cáncer de pulmón ocupó el primer lugar, con 1.8 millones de fallecimientos, que representan 18.7% del total de muertes por cáncer, seguido por el cáncer colorrectal (900 000 muertes; 9.3%) y el cáncer de hígado (760 000 muertes; 7.8%) (International Agency for Research on Cancer [GLOBOCAN], 2022).

En México, durante 2022 se registraron 207 154 nuevos casos de cáncer y 96 210 muertes. Sin embargo, las neoplasias más prevalentes y las principales causas de muerte por cáncer difieren en comparación con el panorama mundial. En términos de incidencia, las tres neoplasias más comunes fueron: el cáncer de mama, con 31 043 casos, lo que representa 15% del total de nuevos diagnósticos, seguido por el cáncer de próstata, con 26 565 casos (12.8%), y el cáncer colorrectal, con 16 082 casos (7.8%). En cuanto a la mortalidad, el cáncer colorrectal ocupó el primer lugar, con 8 285 muertes, lo que representa 8.6% del total de muertes por cáncer, seguido por el cáncer de mama (8 195 muertes; 8.5%) y el cáncer de pulmón (7 808 muertes; 8.1%) (GLOBOCAN, 2022).

El rápido incremento de la carga mundial de cáncer refleja tanto el envejecimiento y crecimiento de la población como los cambios en la exposición a factores de riesgo, muchos de los cuales están relacionados con el desarrollo socioeconómico (WHO, 2024). En este contexto, el cáncer no solo representa una carga sig-

nificativa en términos de morbilidad, sino que también implica un impacto económico considerable para los pacientes y sus familias, así como efectos psicosociales a lo largo del tratamiento, incluso después de su finalización y en escenarios paliativos.

Recibir un diagnóstico de cáncer provoca múltiples reacciones psicológicas en las personas, siendo el malestar emocional una de las más predominantes. Por ello, es necesaria una adaptación que permita a los pacientes ajustarse de manera más funcional al proceso de salud-enfermedad en un entorno oncológico (Castillo *et al.*, 2017). Lamentablemente, las afectaciones en la salud mental, como el malestar emocional, la ansiedad y los síntomas de depresión, no suelen tratarse de manera temprana y oportuna, ya que médicamente se consideran con frecuencia como reacciones “normales”. Esto puede derivar en un manejo inadecuado de los síntomas y en una disminución de la calidad de vida (Galindo *et al.*, 2015).

Existe una relación bien documentada entre las enfermedades crónico-degenerativas y los problemas de salud mental. Se ha observado que aproximadamente 68% de las personas adultas con algún problema de salud mental también presentan al menos una afección médica crónica. Asimismo, los comportamientos poco saludables pueden aumentar el riesgo de desarrollar cáncer y otras condiciones de salud crónico-degenerativas (Masseti *et al.*, 2017). Entre las afectaciones en salud mental más prevalentes se encuentra el distrés (malestar emocional), cuya prevalencia oscila entre 30% y 60%, y es más alta en pacientes hospitalizados (63.5%) en comparación con aquellos en atención ambulatoria (37.8%) (Gonzalez Ling *et al.*, 2023; Peters *et al.*, 2020). Según la National Comprehensive Cancer Network (NCCN), hasta 52% de las personas con cáncer experimentan niveles significativos de distrés, lo que puede comprometer la adherencia al tratamiento y se asocia con estancias hospitalarias más prolongadas ($p = .04$), además de una menor calidad de vida. También se han reportado prevalencias de depresión de 6.5% y ansiedad de 11.5% a las cuatro semanas del diagnóstico.

En personas con cáncer de mama, los trastornos psicológicos más comunes incluyen ansiedad, distrés, depresión y trastorno de estrés posttraumático. Además, las alteraciones cognitivas y la disfunción sexual son problemas significativos que impactan la calidad de vida tanto de pacientes jóvenes como adultos. Entre los diferentes tipos de cáncer, aquellos diagnosticados con cáncer pancreático, de cabeza y cuello, y de mama presentan las tasas más elevadas de depresión. Esta depresión

puede disminuir la capacidad inmunológica y reducir las probabilidades de supervivencia (Dinapoli *et al.*, 2021).

En la población mexicana, se identificó que 62% de las personas con cáncer presentaba síntomas de ansiedad de moderada a grave, 40% manifestaba síntomas de depresión de moderada a grave, y hasta 64.7% experimentaba estrés (Vázquez *et al.*, 2023; Hernández Marín, 2019; Hernández Silva *et al.*, 2020). Incluso en supervivientes de cáncer de mama, 26.5% reportó algún nivel de síntomas de ansiedad, 17.5% de síntomas de depresión, y 55% expresó miedo a la recurrencia (Ramírez Orozco *et al.*, 2023).

Un diagnóstico de cáncer puede ser considerado un evento traumático, lo que abre la posibilidad de un crecimiento postraumático. Es decir, algunas personas con cáncer reportan cambios positivos en sus relaciones, percepciones de sí mismas y de la vida en general, así como en su espiritualidad durante o después del proceso de enfermedad. Estos cambios surgen de enfrentar directamente el evento traumático. En este contexto, se ha identificado que el apoyo social es uno de los factores más frecuentemente asociados con el crecimiento postraumático, ya que facilita el proceso afectivo-cognitivo necesario para reconstruir un nuevo sistema de creencias (Ning *et al.*, 2023). De hecho, muchos supervivientes de cáncer consideran que la vida posterior al cáncer marca el inicio de una nueva etapa, experimentando cambios positivos, los cuales también están vinculados a conductas de autocuidado y a la cantidad de información recibida sobre la enfermedad. Esta situación ha llevado a la consideración de que, mediante intervenciones clínicas y educativas adecuadas, es posible fomentar el crecimiento postraumático (Evans *et al.*, 2022).

En este sentido, la psicooncología es un área del conocimiento multidisciplinaria encargada de la investigación y atención clínica de las personas con cáncer, así como de sus familiares y el equipo de salud. Su enfoque no se limita únicamente a la enfermedad, sino que abarca también la prevención, diagnóstico, tratamiento, periodo de sobrevida y el final de la vida, adoptando un enfoque integrativo e inclusivo del proceso salud-enfermedad (Vázquez *et al.*, 2023).

Actualmente, los tres modelos más comunes de prestación de atención especializada en psicooncología son la atención en el hospital y/o instituto, fuera de él, y en colaboración con grupos de apoyo (Pirl *et al.*, 2020). Estos modelos pueden resultar bastante heterogéneos, especialmente en regiones como Latinoamérica,

que aún está en proceso de consolidar la psicooncología como una parte integral de los sistemas de salud (Vázquez *et al.*, 2023).

Dentro de la investigación en el área de psicooncología, desde la perspectiva del profesional de la salud, se ha reportado que hasta 80% del equipo de oncología identifica angustia en la población con cáncer, y 50% de quienes presentan angustia requiere atención psicosocial, según el criterio médico oncológico en México (Galindo Vázquez *et al.*, 2022).

En este sentido, la mayoría de los profesionales de la salud preguntan directamente a sus pacientes sobre sus problemas emocionales; sin embargo, muy pocos utilizan escalas o cuestionarios validados para concretar objetivamente dichas problemáticas o sintomatologías. En cuanto a las personas con cáncer, la mayoría refirió que en la institución donde eran atendidos se cuenta con servicios de salud mental (Vázquez *et al.*, 2023).

Por lo tanto, la psicooncología ha identificado al grupo de personas con enfermedad mental grave (EMG) (Public Health England, 2018) y adversidad psicosocial, tanto antes como durante el tratamiento del cáncer, como un grupo con un pronóstico psicosocial más reservado a lo largo del proceso de detección, tratamiento y seguimiento.

ADVERSIDAD PSICOSOCIAL PREVIO AL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Diversos factores previos al diagnóstico del cáncer pueden derivar en un retraso en la detección e incluso en el abandono del tratamiento. Entre estos factores se incluyen los problemas de salud mental y los estilos de vida poco saludables. Se ha identificado que las personas con EMG, definidas como “aquellas personas con problemas psicológicos tan debilitantes que su capacidad para realizar actividades funcionales y ocupacionales se ve gravemente afectada” (Public Health England, 2018), constituyen un grupo particularmente vulnerable, con barreras tanto para la detección del cáncer dentro como fuera del entorno de atención primaria.

Cabe destacar que el cáncer es la segunda causa de muerte entre personas con EMG. Los retrasos en el diagnóstico y el acceso desigual a la atención de la salud contribuyen a que la mortalidad por cáncer sea de dos a cuatro veces mayor en personas con enfermedades mentales que en la población general (Cunningham *et*

al., 2015; Tran *et al.*, 2009). La mayor parte de estas disparidades está relacionada con enfermedades crónicas prevenibles y tratables. Los factores individuales del estilo de vida, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o la adherencia limitada al tratamiento, a menudo se identifican como problemas muy importantes en la configuración del riesgo entre las personas con enfermedades mentales (Weinstein *et al.*, 2016).

Se ha documentado que la presencia de un trastorno mental antes del cáncer tiene un efecto decreciente sobre la utilización de servicios de salud, lo que posiblemente indica un bajo cumplimiento o adherencia médica a los tratamientos ante el diagnóstico de cáncer.

Asimismo, se ha observado que las personas con ambos diagnósticos en comitancia presentan una mayor sobrecarga médica y económica, con hasta 50% más de gasto anual en comparación con aquellos que no padecen dicho trastorno dual (Ma *et al.*, 2023).

En esta misma línea, Solmi *et al.* (2020) describen que las personas con problemas de salud mental graves tienen menos probabilidades de recibir pruebas de detección de cáncer y menos programas de detección en general, en comparación con la población general, a pesar de la evidencia que muestra el aumento en la mortalidad por cáncer en personas con enfermedades mentales.

Por ello, resalta la importancia de dirigir mayor atención a esta población, así como de desarrollar programas, campañas e intervenciones específicos para ayudar a este sector de la población, permitiendo la detección temprana del cáncer a través de pruebas adecuadas. De igual forma, el seguimiento del tratamiento del cáncer en pacientes con trastornos mentales preexistentes merece más énfasis debido a las limitaciones y situaciones de vulnerabilidad ya mencionadas en esta población específica.

Para continuar ejemplificando esta disparidad, autores como Kerrison *et al.* (2023) han reportado que la participación en exámenes de detección de cáncer es menor entre personas adultas con EMG en comparación con personas adultas sin ellas; específicamente para el examen de detección de cáncer de colon (42.11% frente a 58.89%), mama (48.33% frente a 60.44%) y cuello uterino (64.15% frente a 69.72%; todos $p < 0.001$). Y especificando por trastorno de salud mental, la participación fue más baja en aquellos con esquizofrenia (intestino, mama, cervical: 33.50%, 42.02%, 54.88%), otras psicosis (41.97%, 45.57%, 61.98%) y trastorno

bipolar (49.94%, 54.35%, 69.69%), aunado a aquellas personas con EMG que viven en áreas más desfavorecidas.

Incluso, personas con EMG han descrito haber tenido experiencias negativas con las pruebas de detección de cáncer de mama y de cuello uterino, al tener una cita apresurada, brusquedad en la atención por parte del especialista y, en general, describieron toda la experiencia como traumatizante. Esto podría explicarse por el hecho de que el personal de detección del cáncer y los profesionales de la salud admitieron que se sentían mal preparados para abordar las necesidades de salud mental de las personas con EMG durante la detección, lo que llevó a que los miembros del personal tuvieran poca confianza al consultar y comunicarse con su paciente (Murphy *et al.*, 2021).

Entonces, considerando las disparidades en relación a la detección del cáncer, se podrían explicar y comprender mejor algunos datos en torno a la enfermedad, como el hecho de que las personas con enfermedades mentales (definidas como trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, demencia, trastornos por abuso y dependencia de sustancias, entre otros) tengan más probabilidades de tener cáncer de colon no estadificado o un diagnóstico de cáncer de colon en la autopsia (Baillargeon *et al.*, 2011).

Por ello existe un área de oportunidad en el trabajo futuro que aborde estas disparidades mediante la atención integrada de salud física y mental, así como la integración en los servicios de coordinación de apoyo, la comunicación y la toma de decisiones compartidas (Murphy *et al.*, 2021).

Otra propuesta que se puede llevar a cabo para reducir las disparidades de este grupo de pacientes es la que plantean Weinstein y colaboradores (2016), en donde los centros de atención clínica, ya sea primaria, de urgencias o de alta especialidad, brinden educación constante al personal de salud para reducir el estigma y mejorar la experiencia del paciente.

Asimismo, es fundamental considerar la salud física como un elemento integrante y reembolsable de la atención psiquiátrica, que requiere exámenes médicos de detección, así como medidas de prevención y atención, como parte de la planificación del tratamiento de los trastornos psiquiátricos, en particular en las primeras fases del tratamiento de los trastornos mentales, como son el primer episodio de psicosis y el inicio de la medicación psiquiátrica.

FACTORES COMPORTAMENTALES Y CONTEXTUALES DE RIESGO

Al hablar de enfermedades crónicas como el cáncer y problemas de salud mental, es importante considerar los factores individuales (relacionados con las creencias y comportamientos) y los contextuales que influyen o afectan de alguna manera la detección, el desarrollo y/o el mantenimiento de dichos padecimientos.

Podemos referirnos a factores individuales de riesgo, como algunos estilos de vida poco saludables, el tabaquismo, el alcoholismo o la mala adherencia a los tratamientos; sin embargo, existen otros factores contextuales o a nivel de sistema que exacerbaban estos factores individuales y pueden impulsar fundamentalmente disparidades de salud entre las personas, particularmente entre aquellas con enfermedades mentales. Por ejemplo, la falta de integración entre los sistemas de salud mental y atención médica (así como la complejidad de navegarlos), las enfermedades mentales *per se*, el estigma social y el prejuicio médico, así como circunstancias sociales como el menor acceso al sistema educativo, el menor ingreso económico, la pobre integración social, el mayor desempleo, la falta de vivienda y/o la peor calidad de las viviendas (Firth *et al.*, 2019; Chang *et al.*, 2023; Weinstein *et al.*, 2016).

De hecho, se ha estudiado cómo un bajo nivel socioeconómico puede representar un factor de riesgo para desarrollar cáncer, específicamente colorrectal. Además, se ha observado que los factores de riesgo conductuales son más comunes en poblaciones con dichos niveles socioeconómicos, lo cual cobra aún mayor relevancia al considerar que los estilos de vida poco saludables pueden representar hasta 70% de los cánceres colorrectales (Chyke *et al.*, 2012).

Las personas con EMG tienen menos probabilidades de realizarse pruebas básicas de cuidado de la salud sobre muchos parámetros físicos importantes, como la obesidad y la hipertensión arterial. Por lo tanto, esto afecta la disponibilidad y calidad de la atención sanitaria, impactando en su esperanza de vida, la cual es entre 15 y 20 años menor que la de la población general (De Hert *et al.*, 2011; Grassi y Riba, 2020). Asimismo, se ha documentado que las personas que padecen alguna enfermedad mental enfrentan diversos retos y presentan factores de comportamiento que pueden contribuir a un mayor riesgo de desarrollar o complicar la enfermedad de cáncer, como la alta prevalencia de tabaquismo, obesidad, una dieta de menor calidad, mala calidad de sueño, inactividad física, abuso de sustancias, desconfianza o falta de motivación. Aunado a los factores individuales,

se deben considerar factores contextuales más visibles en las personas con alguna enfermedad mental, como la falta de seguro médico, la falta de acceso a servicios de salud preventiva, dificultades de comunicación con el personal de salud, falta de hogar o diagnóstico de trastorno dual (Gilham *et al.*, 2023; Muirhead, 2014).

Las tasas de mortalidad por cáncer son 30% más altas en pacientes psiquiátricos, aunque su incidencia de cáncer no es mayor que en la población general. Los pacientes psiquiátricos tienen más probabilidades de presentar metástasis en el momento del diagnóstico y menos probabilidades de recibir intervenciones especializadas. Esto puede explicar su mayor letalidad y resalta la necesidad de mejorar la detección del cáncer en poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad (Kisely, Crowe y Lawrence, 2013).

ENTORNOS FAMILIARES DISFUNCIONALES

Ahondar en el entorno psicosocial y familiar de la persona con cáncer resulta de vital importancia, ya que dichos ambientes pueden ser factores de riesgo determinantes relacionados con conductas de autocuidado que permitan tanto una detección oportuna de la enfermedad como una adecuada adhesión al tratamiento. Por ejemplo, se ha identificado que la adversidad familiar puede tener un efecto en la interrupción de la terapia hormonal adyuvante en pacientes con cáncer de mama. Es por ello que la evaluación de la información familiar de las personas con cáncer de mama puede ayudar a identificar grupos en riesgo alto de interrumpir el tratamiento y, por lo tanto, mejorar el resultado de este, así como la supervivencia al cáncer de mama (Zeng *et al.*, 2024). Se ha demostrado que la tensión emocional resultante de la adversidad familiar, como la tensión financiera, el duelo o la dinámica familiar negativa (por ejemplo, cuando a una pareja se le diagnostica abuso de drogas o alcohol), aumenta los niveles de carga psicológica, lo que puede alterar o reducir la capacidad de las mujeres para manejar la situación y exacerbar síntomas relacionados con el tratamiento y la adherencia al tratamiento (Perry *et al.*, 2019; Stroebe *et al.*, 2007).

Otro estudio también ha observado que en mujeres con cáncer y adversidad familiar existe un mayor riesgo de suspender la terapia hormonal adyuvante, específicamente en las mujeres con privación material (índice de riesgo [HR] = 1.31),

dinámica familiar negativa (HR = 1.16), pérdida o amenaza de pérdida (HR = 1.15), o adversidad familiar alta (HR = 1.53). Además, las mujeres con dinámica familiar negativa (HR = 1.41) o alta adversidad (HR = 1.67) tenían mayor riesgo de morir por cáncer de mama. Así, la adversidad familiar se asocia con un mayor riesgo de interrupción de la terapia hormonal adyuvante y mortalidad específica por cáncer de mama. Identificar, entonces, los factores de riesgo relacionados con la familia puede ayudar a reconocer a aquellas pacientes de alto riesgo e integrarlas a intervenciones que prevengan la interrupción del tratamiento y, posteriormente, mejoren el resultado del cáncer de mama (Zeng *et al.*, 2024).

Ikhile *et al.* (2024), a través de su revisión sistemática, destacan también que tener bajo apoyo social, incluyendo el soporte familiar, emocional y el soporte derivado de una buena relación médico-paciente, se asocia con mayores niveles de depresión. Asimismo, otros factores psicológicos como tener un menor o pobre sentido de la vida, mayores pensamientos intrusivos, estrategias de afrontamiento poco funcionales y adaptativas, baja eficacia parental, mayor alteración de la imagen corporal o mayor percepción de presión de los otros, se asocian con depresión y ansiedad. Hablando específicamente de ansiedad y depresión, los factores psicológicos fueron la categoría más destacada de factores de riesgo asociados con dichas sintomatologías. Por ejemplo, el escaso apoyo de las familias, los amigos y el sistema sanitario fue un factor de riesgo común para desarrollar depresión, tanto en la fase de tratamiento como en la de supervivencia.

Al hablar del entorno familiar, es importante considerar las adversidades familiares y psicosociales desde la infancia, ya que se ha demostrado cómo estos factores se asocian con la enfermedad de cáncer, con la exacerbación de algunos síntomas relacionados con la enfermedad, como respuestas inflamatorias crónicas que elevan el riesgo tanto de desarrollar como de mantener o complicar la enfermedad, así como el desarrollo de otros desórdenes mentales. Por ejemplo, en un estudio con personas diagnosticadas con cáncer de pulmón, se observó que aquellos adultos con eventos adversos en la infancia temprana, como abuso, abandono o desarrollo en ambientes traumáticos, son más propensos a presentar respuesta inflamatoria crónica (medida por PCR de la interleucina-6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral- α (TNF- α)). Asimismo, tienen mayor riesgo como adultos de desarrollar conductas de riesgo, abuso de sustancias o mayor consumo de tabaco, factores que a su vez incrementan el riesgo de desarrollar cáncer y específicamente cáncer de pulmón

en la edad adulta. Además del cáncer, los adultos que experimentaron estos eventos adversos tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos, particularmente depresión, la cual es exacerbada al enfrentar un evento vital como el diagnóstico de cáncer (McFarland *et al.*, 2020).

Finalmente, considerando lo anterior, podemos reafirmar que la regulación emocional, estrategias de afrontamiento funcionales en el entorno familiar, la adecuada comunicación familiar, así como un adecuado soporte social y condición económica, son factores protectores para la resiliencia familiar de pacientes con cáncer, tal como lo reportan Shao *et al.* (2023). Por lo cual, la comunicación y el acercamiento con las y los pacientes que carecen de apoyo social se vuelve prioritario; pues, como se ha documentado, la falta o limitación de apoyo tanto emocional como instrumental a través de una red sólida de apoyo social, puede predisponer a los pacientes a ser dependientes de personal médico oncológico (Loh *et al.*, 2019).

CONCLUSIÓN

Es fundamental reconocer y abordar las necesidades y desafíos que enfrentan las personas con enfermedad mental grave (EMG) en el contexto oncológico. Identificar estas disparidades permite superar barreras de acceso oportuno a los servicios de salud, reducir el estigma, promover la concientización y fomentar relaciones positivas entre los proveedores de atención médica y las personas con EMG. Abordar estos desafíos es crucial para garantizar que todas las personas, independientemente de su estado de salud mental, tengan acceso justo y equitativo a las pruebas de detección y tratamientos oncológicos (Tuschick *et al.*, 2024).

Adicionalmente, las oportunidades de capacitación dirigidas a los equipos de salud en oncología deben ser sensibles a las necesidades culturales y psicológicas de cada población, prestando especial atención al contexto socioeconómico y político, así como al sistema de atención médica de cada región. Contribuir a la reducción y eliminación de las disparidades de salud locales y globales relacionadas con el cáncer requiere intervenciones que lleguen a diversos grupos culturales y que demuestren éxito en la mejora de los resultados clínicos y psicosociales. Un enfoque efectivo para lograrlo es la adaptación cultural de intervenciones basadas en evidencia científica, asegurando que sean efectivas para nuevos grupos cultura-

les, manteniendo la más alta calidad científica y clínica en los resultados obtenidos (Costas Muniz *et al.*, 2023).

Para alcanzar estos objetivos, se propone: 1. equiparar las intervenciones en psicooncología, fundamentadas en procedimientos basados en evidencia y con personal de salud mental adecuadamente capacitado y profesionalizado; 2. desarrollar políticas públicas que consoliden el rol del psicólogo(a) en oncología como parte esencial de la atención; 3. consolidar líneas de investigación que lleven al desarrollo constante de estas áreas; y 4. desarrollar programas de atención en salud mental dirigidos también a las personas cuidadoras primarias, que son parte esencial del éxito del tratamiento en oncología en nuestro país (Vázquez *et al.*, 2023).

Finalmente, aminorar las brechas de tratamiento y disparidades en personas con EMG y enfermedades oncológicas representa hoy un desafío que cada sistema de salud deberá atender de acuerdo con sus recursos y necesidades, particularmente en el área de salud mental. En este sentido, la Psicología de la Salud está llamada a fortalecer programas de prevención, detección y atención de la salud mental en contextos oncológicos para pacientes, cuidadores primarios y personal de salud. Esto no solo busca reducir las brechas mencionadas, sino también mitigar el estigma y disminuir el impacto del cáncer en el paciente, su entorno y el contexto social, especialmente en zonas de alta vulnerabilidad social, política y económica, como los países de Latinoamérica, donde se han observado mayores disparidades y consecuencias psicosociales.

REFERENCIAS

- Baillargeon, J., Kuo, Y. F., Lin, Y. L., Raji, M. A., Singh, A. y Goodwin, J. S. (2011). Effect of mental disorders on diagnosis, treatment, and survival of older adults with colon cancer. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(7), 1268-1273. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03481.x>
- Castillo L., R. L., Marván G., M. L., Vázquez O., G. y Landa R., E. (2017). Afrontamiento en pacientes con cáncer de mama: una revisión narrativa. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 35-41.
- Chan, J. K. N., Correll, C. U., Wong, C. S. M., Chu, R. S. T., Fung, V. S. C., Wong, G. H. S. y Chang, W. C. (2023). Life expectancy and years of potential life lost in people

- with mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 65. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102294>
- Doubeni, C. A., Major, J. M., Laiyemo, A. O., Schootman, M., Zauber, A. R., Hollenbeck, A. R., Sinha, R. y Allison, J. (2012). Contribution of behavioral risk factors and obesity to socioeconomic differences in colorectal cancer incidence. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 104(18, 19), 1353-1362. <https://doi.org/10.1093/jnci/djs346>
- Costas Muniz, R., Torres Blasco, N., Gany, F., Gonzalez, C. J., Galindo Vazquez, O., Bergerot, C. D., Rocha Cadman, X., Lui, F., Lichtenthal, W. G., Velazquez, A. I., Tergas, A. I. y Castro Figueroa, E. M. (2023). Cultural adaptation process of cancer-related interventions: A step-by-step guide. *Psycho-oncology*, 32(1), 179-186. <https://doi.org/10.1002/pon.6071>
- Cunningham, R., Sarfati, D., Stanley, J., Peterson, D. y Collings, S. (2015). Cancer survival in the context of mental illness: A national cohort study. *General Hospital Psychiatry*, 37(6), 501-506. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.06.003>
- De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D. A. N., Asai, I. y Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications, and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10(1), 52.
- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B. y Valentini, V. (2021). Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current Oncology Reports*, 23(3), 38. <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Evans, C., Saliba Serre, B., Préau, M., Bendiane, M. K., Gonçalves, A., Signoli, M. y Bouhnik, A. D. (2022). Post-traumatic growth 5 years after cancer: Identification of associated actionable factors. *Supportive Care in Cancer*, 30(10), 8261-8270.
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A. I., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C. y Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *The Lancet Psychiatry*, 6(8), 675-712. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
- Galindo Vázquez, O., Rivera, S., Lerma, A., Calderillo-Ruiz, G., Espinoza-Bello, M., Menezes, A. y Lerma, C. (2022). Detection of psychosocial distress in cancer patients: A survey of Mexican oncologists. *Journal of Psychosocial Oncology*, 40(6), 708-723. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1986765>

- Gilham, K., Gadermann, A., Dummer, T. y Murphy, R. A. (2023). Mental health, cancer risk, and the mediating role of lifestyle factors in the CARTaGENE cohort study. *PLOS ONE*, *18*(2), e0281588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281588>
- Gonzalez Ling, A., Vázquez, O. G., Bello, M. E., Robles, R., Rascón Gasca, M. L., Lara Mejia, L. y Arrieta, O. (2023). Quality of life, anxiety, depression, and distress in patients with advanced and metastatic lung cancer. *Palliative y Supportive Care*, *21*(4), 608-615. <https://doi.org/10.1017/S147895152200116X>
- Grassi, L. y Riba, M. (2020). Cancer and severe mental illness: Bi-directional problems and potential solutions. *Psycho-oncology*, *29*(10), 1445-1451. <https://doi.org/10.1002/pon.5534>
- Hernández Silva, M. A., Ruiz Martínez, A. O., González Escobar, S., González Celis Rangel, A. L. M. (2020). Ansiedad, depresión y estrés asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Acta de Investigación Psicológica*, *10*(3), 102-111. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362>
- Hernández Marín, J. (2019). Niveles de satisfacción con el equipo de salud, síntomas de ansiedad y depresión en pacientes mexicanos con cáncer [Tesis de licenciatura, UNAM].
- Ikhile, D., Ford, E., Glass, D., Gremesty, G. y van Marwijk, H. (2024). A systematic review of risk factors associated with depression and anxiety in cancer patients. *PLOS ONE*, *19*(3), e0296892. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296892>
- International Agency for Research on Cancer (2022). GLOBOCAN: *Estimated cancer incidence, mortality and prevalence*. Recuperado el 12 de mayo de 2024, de <https://gco.iarc.fr/today/home>
- Kerrison, R. S., Jones, A., Peng, J., Price, G., Verne, J., Barley, E. A. y Lugton, C. (2023). Inequalities in cancer screening participation between adults with and without severe mental illness: Results from a cross-sectional analysis of primary care data on English screening programmes. *British Journal of Cancer*, *129*(1), 81-93. <https://doi.org/10.1038/s41416-023-02249-3>
- Kisely, S., Crowe, E. y Lawrence, D. (2013). Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry*, *70*(2), 209-217. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.278>
- Loh, K. P., Mohile, S. G., Epstein, R. M., McHugh, C., Flannery, M., Culakova, E., Lei, L., Wells, M., Gilmore, N., Babu, D., Whitehead, M. I., Dale, W., Hurria, A., Wittink, M., Magnuson, A., Conlin, A., Thomas, M., Berenberg, J. y Duberstein, P. R. (2019).

- Willingness to bear adversity and beliefs about the curability of advanced cancer in older adults. *Cancer*, 125(14), 2506-2513. <https://doi.org/10.1002/cncr.32074>
- Ma, K. J., Su, S. Y., Nie, D., Chung, W. S., Yao, C. Y. y Wang, J. Y. (2023). Disparities in the medical expenditures of patients with cancer and concomitant mental disorder: Analyzing the effects of diagnosis sequence order. *BMC Health Services Research*, 23(1), 92. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09056-9>
- Massetti, G. M., Thomas, C. C., King, J., Ragan, K. y Buchanan Lunsford, N. (2017). Mental health problems and cancer risk factors among young adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3, Supplement 1), S30-S39. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.023>
- McFarland, D. C., Nelson, C. y Miller, A. H. (2020). Early childhood adversity in adult patients with metastatic lung cancer: Cross-sectional analysis of symptom burden and inflammation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 90, 167-173. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.08.006>
- Muirhead, L. (2014). Cancer risk factors among adults with serious mental illness. *American Journal of Preventive Medicine*, 46(3 suppl 1), S98-S103. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.10.028>
- Murphy, K. A., Stone, E. M., Presskreischer, R., McGinty, E. E., Daumit, G. L. y Pollack, C. E. (2021). Cancer screening among adults with and without serious mental illness: A mixed methods study. *Medical Care*, 59(4), 327-333. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001499>
- National Comprehensive Cancer Network (2020). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Distress Management.
- Ning, J., Tang, X., Shi, H., Yao, D., Zhao, Z. y Li, J. (2023). Social support and posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 320, 117-132. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.045>
- Pan American Health Organization (PAHO/WHO) (2024). Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. Recuperado el 12 de mayo de 2024, de <https://www.paho.org/es/noticias/1-2-2024-crece-carga-mundial-cancer-medio-creciente-necesidad-servicios>
- Perry, L. M., Hoerger, M., Seibert, K., Gerhart, J. I., O'Mahony, S. y Duberstein, P. R. (2019). Financial strain and physical and emotional quality of life in breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 58(3), 454-459. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.05.011>

- Peters, L., Brederbecke, J., Franzke, A., de Zwaan, M. y Zimmermann, T. (2020). Psychological distress in a sample of inpatients with mixed cancer: A cross-sectional study of routine clinical data. *Frontiers in Psychology*, *11*, 591771. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591771>
- Pirl, W. F., Greer, J. A., Gregorio, S. W. D., Deshields, T., Irwin, S., Fasciano, K. y Fann, J. R. (2020). Framework for planning the delivery of psychosocial oncology services: An American psychosocial oncology society task force report. *PsychoOncology*, *29*(12), 1982-1987. <https://doi.org/10.1002/pon.5409>
- Public Health England. (2018). Severe mental illness (SMI) and physical health inequalities: Briefing. Recuperado el 10 de mayo de 2024, de <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefing>
- Reynoso Noverón, N. y Torres Domínguez, J. A. (2018). Epidemiología del cáncer en México: Carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, *8*(1), 9. Recuperado a partir de <https://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/65111>
- Shao, M., Yang, H., Du, R., Zhang, M., Zhu, J., Zhang, H., Ma, B., Chen, C. y Wang, T. (2023). Family resilience in cancer treatment and key influencing factors: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, *66*, 102403. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102403>
- Solmi, M., Firth, J., Miola, A., Fornaro, M., Frison, E., Fusar-Poli, P. y Correll, C. U. (2020). Disparities in cancer screening in people with mental illness across the world versus the general population: Prevalence and comparative meta-analysis including 4,717,839 people. *The Lancet Psychiatry*, *7*(1), 52-63. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30414-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30414-6)
- Stroebe, M., Schut, H. y Stroebe, W. (2007). *Health outcomes of bereavement*. *Lancet* (London, England), *370*(9603), 1960-1973. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61816-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61816-9)
- Tran, E., Rouillon, F., Loze, J. Y., Casadebaig, F., Philippe, A., Vitry, F. y Limosin, F. (2009). Cancer mortality in patients with schizophrenia: an 11-year prospective cohort study. *Cancer*, *115*(15), 3555-3562. <https://doi.org/10.1002/cncr.24383>
- Tuschick, E., Barker, J., Giles, E. L., Jones, S., Hogg, J., Kanmodi, K. K., Sill, J. y Sykes, K. (2024). Barriers and facilitators for people with severe mental illness accessing cancer screening: A systematic review. *Psycho-oncology*, *33*(1), e6274. <https://doi.org/10.1002/pon.6274>

- Vázquez, O. G., Benjet, C., García, F. J., Castillo, E. R., Rosas, A. R., Ponce, J. L. A. y Aguilar, S. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Vázquez, O. G., Constantino, M. F., Marín, J. H. y Muñiz, R. C. (2023). La importancia de la psicooncología como parte integral del tratamiento en oncología. *Revista Digital Universitaria*, 24(6).
- Vázquez, O. G., Rocha, E. B., Lerma, A., Muñiz, R. C., Santos, N. A. A. y García, A. M. (2023). Malestar emocional, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de mama identificadas por el equipo de la salud de oncología. *Psicología y Salud*, 33(1), 171-186. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i1.2782>
- Weinstein, L. C., Stefancic, A., Cunningham, A. T., Hurley, K. E., Cabassa, L. J. y Wender, R. C. (2016). Cancer screening, prevention, and treatment in people with mental illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 66(2), 134-151. <https://doi.org/10.3322/caac.21334>
- World Health Organization (WHO) (2022). *Cáncer*. Recuperado el 10 de mayo de 2024, de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal%20causa%20de%20muerte%20en%20todo,21%20millones%20de%20casos\)%3B](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer#:~:text=El%20c%C3%A1ncer%20es%20la%20principal%20causa%20de%20muerte%20en%20todo,21%20millones%20de%20casos)%3B)
- World Health Organization (WHO) (2024). Crece la carga mundial de cáncer en medio de una creciente necesidad de servicios. Recuperado el 10 de mayo de 2024, de <https://www.who.int/es/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
- Zeng, E., He, W., Sjölander, A., Bergqvist, J., Fang, F. y Czene, K. (2024). Familial adversity: association with discontinuation of adjuvant hormone therapy and breast cancer prognosis. *Journal of the National Cancer Institute*, djae061. Advance online publication. <https://doi.org/10.1093/jnci/djae061>

CONDUCTAS SALUDABLES, BIENESTAR SUBJETIVO, REGULACIÓN EMOCIONAL, ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y ESTRÉS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE NUEVO INGRESO

TERESA IVETH SOTELO QUIÑONEZ¹

RAQUEL GARCÍA FLORES

PAOLA ESCOBEDO HERNÁNDEZ

SONIA BEATRIZ ECHEVERRÍA CASTRO²

INTRODUCCIÓN

El inicio de la educación superior representa una etapa de transición relevante en la vida de los jóvenes. Este periodo suele ir acompañado de cambios importantes, combinados con altas expectativas por parte de los estudiantes sobre cómo será la vida universitaria, así como también con altas expectativas sobre su propio desempeño académico, tanto de ellos mismos como de los demás. Aprender a vivir de forma independiente, probablemente mudarse lejos de casa, desarrollar nuevas redes sociales, adaptarse a nuevas formas de aprendizaje y lidiar con costos económicos adicionales pueden influir en la aparición de problemas emocionales en la población universitaria de nuevo ingreso, los cuales quizás comenzaron durante la educación preparatoria (Venable y Pietrucha, 2022).

¹ Departamento de Psicología, Instituto Tecnológico de Sonora, México.

² Raquel García, Paola Escobedo y Sonia Echeverría están adscritas al Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora, México.

Como evidencia de lo mencionado anteriormente, se sabe que aproximadamente 75% de todos los trastornos mentales a lo largo de la vida comienzan antes de los 24 años, y estos casos de aparición temprana se asocian con peores resultados clínicos y funcionales (Auerbach, 2018). Además, se han identificado prevalencias importantes en relación con los problemas de salud mental en estudiantes universitarios. Alrededor de 15.9% de los estudiantes presentaba trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), de los cuales 58.4% tenía comorbilidades. La evaluación clasificó a los encuestados con TDAH en las siguientes categorías: trastornos puros (42.9%), trastornos internalizantes (36.0%), comorbilidades bipolares (11.3%) y trastornos externalizantes (9.8%) (Mak *et al.*, 2022).

La encuesta sobre la carga de salud mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revela un aumento constante de 28% en la depresión grave y de 26% en la ansiedad, respectivamente, en 2020. Este aumento es más pronunciado entre las personas de 20 a 24 años (Santomauro *et al.*, 2021).

Durante la pandemia de covid-19, se observó un aumento en la incidencia de ideación suicida en comparación con el periodo anterior. Este incremento se encontró principalmente entre los estudiantes con una mayor sensación de vulnerabilidad, afrontamiento deficiente y un trastorno mental previo (Borges *et al.*, 2024). Además, las mujeres suelen presentar niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con los hombres (Fu *et al.*, 2024).

Se ha identificado que 93% de los estudiantes universitarios ha experimentado al menos una situación estresante que influye en la aparición de, al menos, un trastorno. Por lo tanto, se calcula que entre 46% y 80% de la prevalencia de trastornos podría reducirse si se aplicaran intervenciones para el manejo del estrés (Karyotaki *et al.*, 2022).

Por otra parte, cada vez es mayor el interés en estudiar el papel de la regulación de las emociones en el funcionamiento humano. La regulación de las emociones se refiere a reducir la excitación emocional y controlar la experiencia emocional mediante el uso de estrategias tanto conscientes como inconscientes para manejar situaciones estresantes y adaptarse a las demandas del entorno (Gratz y Roemer, 2004). Numerosos estudios sobre este tema han demostrado, por ejemplo, que la dificultad en la regulación de las emociones influye en la presencia de diversos trastornos psicológicos (Cludius *et al.*, 2020), por lo que la desregulación emocional es considerada un factor de mantenimiento y riesgo transdiagnóstico (Weidberg *et*

al., 2023). En sentido opuesto, la capacidad de regular las emociones eficazmente se ha relacionado con la salud mental y el bienestar (Richard Sephton *et al.*, 2023). Además, se ha observado que la regulación emocional influye en la salud mental de los estudiantes universitarios (Rufino *et al.*, 2022).

Se ha destacado el papel relevante que tiene un estilo de vida saludable en la salud mental de los estudiantes universitarios (Pearce *et al.*, 2022; Granero, 2022), por lo que su promoción durante la vida universitaria es fundamental. Por ejemplo, en España se analizaron los datos de la última Encuesta Nacional de Salud publicada en 2018. Se utilizaron datos sobre depresión y cuatro factores del estilo de vida (dieta, ejercicio físico, tabaquismo y consumo de alcohol). Estos factores se combinaron en un índice que oscilaba entre 0 (estilo de vida más saludable) y 4 (estilo de vida menos saludable). Se observó que el sedentarismo fue el factor más prevalente, seguido de una alimentación poco saludable, el tabaquismo y el consumo de alcohol de alto riesgo. Tener ≥ 1 factores se asoció con una mayor prevalencia de depresión en comparación con tener 0 factores (2.5 % frente a ≥ 5.2 %), independientemente del número acumulado de factores UL (1, 2, 3 o 4). Estar físicamente inactivo (OR = 1,6) y fumar (OR = 1.3) aumentó la probabilidad de depresión (Navarra *et al.*, 2023). En este mismo sentido, Zhang *et al.* (2024) identificaron en estudiantes universitarios que realizar ejercicio adecuado y consumir frutas y mariscos demostró un impacto positivo en las condiciones del sueño, la ansiedad y los niveles de depresión.

Otra variable relevante en la población universitaria es el bienestar subjetivo. El bienestar subjetivo se puede definir como la evaluación que una persona realiza respecto a una vida placentera y gratificante (Diener *et al.*, 1999). Se considera que el bienestar subjetivo es alto cuando las experiencias emocionales/afectivas son más positivas que negativas (“felicidad”) y cuando una persona emite juicios positivos sobre las circunstancias de su vida en relación con sus metas y valores (“satisfacción”) (Diener *et al.*, 2002).

Actualmente, se destaca la importancia de promover la salud y el bienestar subjetivo de los estudiantes universitarios, ya que es esencial para generar otros resultados positivos. Se ha demostrado que el bienestar es un antecedente importante para un mejor rendimiento académico (Dodd *et al.*, 2021), reduce los riesgos de salud mental (Campbell *et al.*, 2022), fomenta el desarrollo personal (Yu *et al.*, 2018) y fortalece las conexiones y el apoyo social (Cobo Rendón *et al.*, 2020). En un estu-

dio reciente, se identificó que ser hombre incrementa la probabilidad de presentar un bienestar alto (Navarra *et al.*, 2024). El bienestar subjetivo es fundamental para ayudar a los estudiantes universitarios a sobresalir académica, emocional y socialmente, enfrentando los desafíos de su formación universitaria y su vida como profesionistas.

Contar con información sobre las variables relacionadas con la salud física y emocional de los estudiantes de nuevo ingreso es fundamental para desarrollar e implementar programas de atención psicológica y entrenamiento en habilidades en las primeras etapas de su formación. Estos programas permitirían a las y los estudiantes hacer frente a las adversidades que puedan surgir durante el transcurso de sus estudios universitarios, favoreciendo así su bienestar y su rendimiento académico (Hernández Torrano *et al.*, 2020).

Teniendo en cuenta la relevancia del estudio de las variables mencionadas en estudiantes de nuevo ingreso y los efectos de la pandemia por covid-19, la cual tuvo un gran impacto en la población joven, el objetivo de la presente investigación fue analizar la relación entre el bienestar subjetivo, las conductas saludables, la regulación emocional, la ansiedad, la depresión y el estrés en estudiantes universitarios y universitarias de nuevo ingreso.

La hipótesis planteada para el estudio es la existencia de asociaciones estadísticamente significativas entre el bienestar subjetivo, las conductas saludables, la regulación emocional, la ansiedad, la depresión y el estrés.

MÉTODO

La presente investigación fue de tipo no experimental, transversal y de naturaleza cuantitativa.

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Participaron 1 795 estudiantes de nuevo ingreso de una universidad pública del sur de Sonora. El 52% reportaron ser mujeres y el rango de edad varió de 17 a 30 años ($M=18.5$, $DE=2.2$). Para cumplir con el objetivo del estudio, se estableció como criterio de inclusión a

todos los alumnos de nuevo ingreso de la universidad seleccionada. Se excluyeron aquellos que respondieron menos de 80% de las encuestas.

Instrumentos

El cuestionario sobre conductas saludables fue elaborado específicamente para el presente estudio y explora diversas conductas relacionadas con la salud en los estudiantes universitarios. Se indaga sobre la percepción de la calidad de la alimentación mediante la pregunta: ¿cómo calificarías la calidad de tu alimentación actualmente?, con cinco opciones de respuesta que van de deficiente a excelente. De igual manera, se explora la calidad de sueño a través de la pregunta: ¿cómo calificarías tu calidad de sueño actualmente?, con cinco opciones que van de muy mala a excelente. Además, se indaga sobre la realización de ejercicio físico de forma regular, con una respuesta dicotómica (sí/no), y sobre el consumo de alcohol y consumo de tabaco, ambos con respuestas dicotómicas (sí/no). También se explora la sensación de sueño reparador mediante la pregunta: cuando duermes, ¿te despiertas con la sensación de haber descansado?, con respuesta dicotómica (sí/no), así como el uso del condón siempre que se tienen relaciones sexuales, con respuesta dicotómica (sí/no).

El DERS-E (Gratz y Roemer, 2004) utilizado en este estudio en su versión adaptada por De la Rosa *et al.* (2021) evalúa las dificultades en la regulación emocional y presenta cinco opciones de respuesta que van de casi nunca a casi siempre. Este instrumento consta de seis dimensiones: no aceptación (1 reactivo), metas (4 reactivos), impulsividad (4 reactivos), estrategias (3 reactivos), conciencia (1 reactivo) y claridad (2 reactivos). En los análisis estadísticos, el reactivo 15, que dice “Yo estoy atento a mis sentimientos”, fue recodificado a la inversa. La confiabilidad obtenida en este estudio fue de .89. Por otro lado, el Bienestar Subjetivo se evaluó utilizando la versión corta EBS-8 (Calleja *et al.*, 2022), un instrumento breve en formato Likert, diseñado en español para la población mexicana. Este cuestionario incluye una dimensión compuesta por 8 reactivos y presenta 6 opciones de respuesta que van de “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”. La confiabilidad obtenida en este estudio fue de .96.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21), diseñada por Lovibond y Lovibond (1995), mide los estados emocionales negativos de depresión, ansie-

dad y estrés mediante subescalas. Las opciones de respuesta varían de “No me ha ocurrido” a “Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo”. En este estudio se utilizó la versión de Gurrola *et al.* (2006), y la confiabilidad obtenida fue de .94.

Procedimiento

El proyecto fue sometido ante el comité de ética de la institución, obteniendo su aprobación. Posteriormente, se solicitó el apoyo de los docentes que imparten una clase del bloque de formación general, común a todas las carreras de la universidad en el primer semestre de la licenciatura, para que compartieran un formulario en Google Forms con sus estudiantes. Este formulario incluía un consentimiento informado y los instrumentos mencionados previamente. En el consentimiento informado se indicó que las respuestas serían anónimas, confidenciales y destinadas únicamente a fines de investigación.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron capturados en el programa estadístico IBM SPSS Statistics v23®. Inicialmente, se realizó un análisis de errores de digitación y valores perdidos. Para evaluar la normalidad univariada de las variables, se utilizó la prueba de Kolmogórov-Smirnov. Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos, correlaciones de Spearman y comparaciones por sexo de las conductas en salud mediante la prueba de Chi cuadrada. Para el resto de las escalas, se aplicó la prueba U de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de los instrumentos aplicados, los cuales pueden revisarse en la tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos Descriptivos de las variables del estudio

	CA	CS	BS	DERS	DASS
Media	3.11	3.11	4.39	2.48	1.09
Desviación Típica	0.75	1.01	1.11	0.78	0.64
Mínimo	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
Máximo	5.00	5.00	5.87	4.93	3.00

Nota: CA = Percepción de la calidad en la alimentación, CS = Calidad del sueño, BS= Bienestar subjetivo, DERS = Desregulación emocional, DASS = Depresión, Ansiedad y Estrés.

Fuente: elaboración propia.

Las asociaciones entre las variables percepción de la calidad de la alimentación, calidad del sueño, bienestar subjetivo, desregulación emocional y depresión, ansiedad y estrés se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Análisis de Correlaciones de Spearman entre variables

	CA	CS	DERS	BS	DASS 21
Calidad de la alimentación	1				
Calidad de sueño	.22**	1			
DERS	-.00	-.01	1		
BS	.01	-.01	-.45**	1	
DASS 21	-.05	-.02	.65**	-.54**	1

Nota: CA = Percepción de la calidad en la alimentación, CS = Calidad del sueño, BS = Bienestar subjetivo, DERS = Desregulación emocional, DASS = Depresión, Ansiedad y Estrés.

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

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

Fuente: elaboración propia.

Para analizar la asociación entre la presencia de conductas saludables y sexo de los participantes, se aplicó la prueba Chi cuadrada. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre sexo y conductas saludables

Variable	N Total = 1795	Mujeres N=938	Hombres N=857	p
Ejercicio	1144(64)	504 (54)	640(78)	.00*
Fumar	165(9)	73(8)	92(11)	.03*
Alcohol	654(36)	331(35)	323(38)	.30
Uso del condón	665(37)	302(45)	363(54)	.00*
Sueño reparador	761(42)	345(37)	416(48)	.00*

Nota: se registró entre paréntesis el porcentaje identificado.

Respecto a las variables de bienestar subjetivo, desregulación emocional, depresión, ansiedad y estrés, se aplicó la prueba U Mann-Whitney y no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. Sin embargo, en la variable de calidad de la alimentación sí se identificaron diferencias significativas entre hombres (Rn=970) y mujeres (Rn=832) ($Z=-6.5$, $p<.001$).

DISCUSIÓN

En función del objetivo, se analizó la relación entre el bienestar subjetivo, conductas saludables, regulación emocional, ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarios y universitarias de nuevo ingreso, encontrando lo siguiente: en el análisis de correlación, se observó una asociación negativa, moderada y significativa entre el bienestar subjetivo y la depresión, ansiedad y estrés. Estos hallazgos son congruentes con lo reportado por Karyotaki *et al.* (2022), quienes indican que 93% de los estudiantes universitarios ha experimentado al menos una situación estresante que influye en la aparición de trastornos mentales, estimando una prevalencia de 46 a 80%, lo cual impacta negativamente en su bienestar y calidad de vida.

El bienestar subjetivo se correlacionó de forma negativa, moderada y significativamente con la desregulación emocional. Esto puede explicarse por lo señalado por Cludius *et al.* (2020), quienes afirman que la dificultad para regular las emociones contribuye a la presencia de diversos trastornos psicológicos, lo cual lo convierte en un factor de riesgo transdiagnóstico (Aldao y Nolen-Hoeksema,

2010; Weidberg *et al.*, 2023). Por el contrario, una adecuada regulación emocional se asocia con el bienestar y con la salud mental (Richard Sephton *et al.*, 2023), especialmente en el contexto de los estudiantes universitarios (Rufino *et al.*, 2022).

Se encontró una asociación positiva, aunque baja pero significativa, entre la percepción de la calidad de la alimentación y la calidad del sueño. Estos dos hábitos saludables suelen estar interrelacionados y pueden verse afectados de manera conjunta ante cambios en las rutinas diarias, como se observó en los estudios realizados durante la pandemia de covid-19 (Delgadillo Arteaga *et al.*, 2021), que señalan que una mala calidad del sueño se asoció con hábitos alimentarios poco saludables. Esto contrasta con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud publicada en 2018, donde se indicó que la inactividad física presentaba la prevalencia más alta entre la población de estudiantes universitarios españoles.

En los resultados sobre conductas saludables diferenciadas por sexo, se observó que cuatro de ellas –hacer ejercicio, fumar, uso del condón y sueño reparador– tienen una mayor frecuencia de ocurrencia en hombres. La práctica de ejercicio y el sueño reparador son hábitos saludables que pueden influir positivamente en los hombres y contribuir a que reporten un mayor nivel de bienestar (Navarra *et al.*, 2024).

La conducta de beber alcohol no mostró diferencias significativas, indicando que tanto hombres como mujeres consumen alcohol con la misma frecuencia. Esto permite inferir lo encontrado por Beltrán *et al.* (2020), quienes en su estudio reportan que, aunque las mujeres siguen hábitos saludables con menor frecuencia, presentan mayor inactividad y menor calidad de sueño en comparación con los hombres, no perciben una afectación notable en su bienestar.

No se observaron diferencias por sexo en las variables de bienestar subjetivo, desregulación emocional, depresión, ansiedad y estrés, excepto en la calidad de la alimentación, que presentó una menor frecuencia en las mujeres. Esto concuerda con lo reportado por Escandón Nagel *et al.* (2021), quienes encontraron que las mujeres universitarias exhiben con mayor frecuencia conductas alimentarias de riesgo. Esta percepción de baja calidad en la alimentación entre las estudiantes, junto con la inactividad física y el consumo de alcohol, podría poner en riesgo su salud mental y desarrollo personal en el futuro (Campbell *et al.*, 2022; Yu *et al.*, 2018).

CONCLUSIÓN

Es fundamental evaluar el bienestar en los jóvenes universitarios y explorar las variables asociadas, ya que se encuentran en una etapa de vulnerabilidad frente a trastornos mentales que pueden impactar negativamente su calidad de vida y sus objetivos académicos. Asimismo, los hábitos saludables como una alimentación adecuada, la actividad física regular, una buena calidad de sueño y la evitación del consumo de sustancias cuentan con evidencia que respalda su efectividad en el mantenimiento del bienestar, la salud mental y la calidad de vida, contrarrestando los riesgos para la salud física y mental.

Por lo tanto, se considera necesario implementar programas de intervención orientados a la promoción y prevención de la salud mental y el bienestar subjetivo en estudiantes universitarios, incorporando estrategias que fortalezcan sus habilidades de regulación emocional y fomenten hábitos y conductas saludables, con un enfoque particular en la población femenina. Es esencial que futuros estudios examinen variables como las conductas alimentarias de riesgo en mujeres universitarias y las barreras que enfrentan para llevar a cabo prácticas y hábitos saludables.

Otra limitación del estudio es su diseño transversal, lo que impide observar cambios y tendencias a lo largo del tiempo. Para obtener una visión más completa de los hallazgos, se recomienda realizar estudios longitudinales o incorporar múltiples medidas en el tiempo. Asimismo, se sugiere investigar las conductas saludables utilizando escalas válidas y confiables que permitan realizar análisis con un mayor poder predictivo, mejorando la robustez y aplicabilidad de los resultados obtenidos.

REFERENCIAS

- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C. y WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 127*(7), 623-638.

- Beltran, Y. H., Bravo, N. N., Guette, L. S., Osorio, F. V., Ariza, Á. L., Herrera, E. T. y Villegas, A. V. (2020). Estilos de vida relacionados con la salud en estudiantes universitarios. *Retos: Nuevas Tendencias en educación física, deporte y recreación*, (38), 547-551.
- Borges, G., Orozco, R., Gunnell, D., Gutiérrez-García, R. A., Albor, Y., Quevedo Chávez, G. E., Hernández Uribe, P. C., Cruz Hernández, S., Covarrubias Díaz Couder, M. A., Alonso, J., Medina-Mora, M. E., y Benjet, C. (2024). Suicidal ideation and behavior among Mexican university students before and during the covid-19 pandemic. *Archives of Suicide Research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 28(1), 342-357.
- Campbell, F., Blank, L., Cantrell, A., Baxter, S., Blackmore, C., Dixon, J. *et al.* (2022). Factors that influence mental health of university and college students in the UK: A systematic review. *BMC Public Health*, 22, 1778.
- Cludius, B., Mennin, D. y Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, 20, 37-42. <https://doi.org/10.1037/emo0000646>
- Cobo Rendón, R., López Angulo, Y., Pérez Villalobos, M. V. y Díaz-Mujica, A. (2020). Perceived social support and its effects on changes in the affective and eudaimonic well-being of Chilean university students. *Frontiers in Psychology*, 11, 590513.
- De la Rosa, A., Hernández, A., Valencia, P. y Guajardo, D. (2021). Análisis dimensional de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS-15) en universitarios mexicanos. *Revista Evaluar*, 21(2), 80-97.
- Delgadillo Arteaga, B. K., Garduño García, J., Camarillo Romero, M. del S., Huitrón Bravo, G. G. y Morales, L. P. M. (2021). Asociación entre la calidad del sueño y el comportamiento alimentario en estudiantes universitarios en la contingencia por covid-19: Sueño y comportamiento alimentario. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 25.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. E. (2009). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. En S. J. Lopez y C. R. Snyder (eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology*. 2a. ed., pp. 187-194, Oxford University Press.
- Dodd, R. H., Dadaczynski, K., Okan, O., McCaffery, K. J. y Pickles, K. (2021). Psychological wellbeing and academic experience of university students in Australia during covid-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), 866. <https://doi.org/10.3390/ijerph18030866>

- Escandón Nagel, N., Apablaza Salazar, J., Novoa Seguel, M., Osorio Troncoso, B. y Barrera Herrera, A. (2021). Factores predictores asociados a conductas alimentarias de riesgo en universitarios chilenos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 41(2).
- Fu, H., Pan, M. y Lai, M. (2024). Sources of negative emotions and tactics of self-emotion regulation among college students during covid-19 school closure in China. *Frontiers in Public Health*, 12, 1265350.
- Granero, R. (2022). Role of nutrition and diet on healthy mental state. *Nutrients*, 14(4), 750.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. R. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, M. y Virseda, A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(002), 3-7.
- Hernández Torrano, D., Ibrayeva, L., Sparks, J., Lim, N., Clementi, A., Almukhambetova, A., Nurtayev, Y. y Muratkyzy, A. (2020). Mental health and well-being of university students: A bibliometric mapping of the literature. *Frontiers in Psychology*, 11, 1226.
- Karyotaki, E., Cuijpers, P., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., Bantjes, J., Bruffaerts, R., Ebert, D. D., Hasking, P., Kiekens, G., Lee, S., McLafferty, M., Mak, A., Mortier, P., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G. y Kessler, R. C. (2020). Sources of stress and their associations with mental disorders among college students: Results of the World Health Organization World Mental Health Surveys International College Student Initiative. *Frontiers in Psychology*, 11, 1759.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Mak, A. D. P., Lee, S., Sampson, N. A., Albor, Y., Alonso, J., Auerbach, R. P., Baumeister, H., Benjet, C., Bruffaerts, R., Cuijpers, P., Ebert, D. D., Gutiérrez-García, R. A., Hasking, P., Lapsley, C., Lochner, C. y Kessler, R. C. (2022). ADHD comorbidity structure and impairment: Results of the WHO World Mental Health Surveys International College Student Project (WMH-ICS). *Journal of Attention Disorders*, 26(8), 1078-1096.
- Navarra Ventura, G., Coronado Simsic, V., Riera-Serra, P. et al. (2023). Associations between unhealthy lifestyle and depression: Cross-sectional results from the Spanish

- National Health Survey. *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*. En línea, 5 de octubre de 2023. <https://doi.org/10.1016/j.sjpmh.2023.08.001>
- Navarra Ventura, G., Riera Serra, P., Roca, M., Gili, M., García Toro, M., Vilagut, G., Alayo, I., Ballester, L., Blasco, M. J., Castellví, P., Colom, J., Casajuana, C., Gabilondo, A., Lagares, C., Almenara, J., Miranda-Mendizabal, A., Mortier, P., Piqueras, J. A., Soto-Sanz, V., Alonso, J. y UNIVERSAL study group. (2024). Factors associated with high and low mental well-being in Spanish university students. *Journal of Affective Disorders*, 356, 424-435.
- Pearce, M., Garcia, L., Abbas, A. *et al.* (2022). Association between physical activity and risk of depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(6).
- Richard Sephton, P. B., Crisp, D. A. y Burns, R. A. (2023). The emotion regulation strategies of flourishing adults. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05332-3>
- Rufino, K. A., Babb, S. J. y Johnson, R. M. (2022). Moderating effects of emotion regulation difficulties and resilience on students' mental health and well-being during the covid-19 pandemic. *Journal of Adult and Continuing Education*, 28(2), 397-413.
- Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., *et al.* (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the covid-19 pandemic. *Lancet*, 398, 1700-1712.
- Venable, M. A. y Pietrucha, M. E. (2022). College Student Mental Health Report. *Best Colleges*. <https://www.bestcolleges.com/research/college-student-mental-health/>
- Weidberg, S., González Roz, A., Castaño, Y. y Secades-Villa, R. (2023). Emotion dysregulation in relation to cannabis use and mental health among young adults. *Addictive Behaviors*, 144, 107757.
- Yu, L., Shek, D. T. L. y Zhu, X. (2018). The influence of personal well-being on learning achievement in university students over time: Mediating or moderating effects of internal and external university engagement. *Frontiers in Psychology*, 8, 02287.
- Zhang, C., Zhao, L., Dong, T., Zhao, J., Gao, C. y Zhao, F. (2024). A prospective study of sleep status, anxiety, and depression levels of college students at a university in Shandong Province, China. *Frontiers in Psychology*, 15, 1361632.

MALTRATO INFANTIL Y VULNERABILIDAD LATENTE A LA PSICOSIS EN POBLACIÓN GENERAL MEXICANA

TECELLI DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ¹

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos incluyen una variedad de condiciones que comparten factores etiológicos y de riesgo comunes, aunque difieren en aspectos como la gravedad, la frecuencia, la cronicidad y el pronóstico (Guloksuz y van Os, 2018). Generalmente, estos trastornos se manifiestan de manera gradual y progresiva durante la adolescencia o al inicio de la adultez, ocasionando alteraciones significativas en múltiples áreas de la vida y diversos grados de discapacidad que generan costos en el ámbito familiar, social y en el sistema de salud (Morgan *et al.*, 2017).

A diferencia del enfoque categórico, que se basa en la presencia o ausencia de una enfermedad o trastorno para establecer un diagnóstico, la visión dimensional propone que el fenotipo extendido de la psicosis se manifiesta a lo largo de un amplio y dinámico espectro de manifestaciones que incluyen experiencias psicóticas atenuadas, subclínicas (como la esquizotipia o los estados mentales de alto riesgo) y clínicas (trastornos psicóticos), con diversos grados de disfunción (Van Os y Reininghaus, 2016). En este enfoque dimensional, la esquizofrenia y otros trastornos del espectro psicótico son vistos como expresiones extremas de la dis-

¹ Centro de Investigación en Salud Mental Global, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz-UNAM, México.

posición de la personalidad conocida como esquizotipia (Barrantes *et al.*, 2020; van Os *et al.*, 2009).

La esquizotipia se define como la manifestación fenotípica de una vulnerabilidad subyacente a la psicopatología del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Se presenta en la población general como una manifestación subclínica y es un importante predictor de la transición a la psicosis. Este constructo permite comprender la etiología, el desarrollo y la expresión de la psicopatología del espectro de la psicosis, ya que incorpora un amplio continuo de manifestaciones clínicas y subclínicas (Barrantes Vidal *et al.*, 2023). Al igual que la esquizofrenia, la esquizotipia es multidimensional y se compone de tres dimensiones caracterizadas por los siguientes rasgos/síntomas: positiva (creencias extrañas, experiencias perceptivas inusuales, ideas de referencia y pensamiento mágico), negativa (aplanamiento afectivo, desinterés social, abulia, anhedonia, disminución del funcionamiento cognitivo y alogia) y desorganizada (conductas excéntricas, pensamientos y habla extraños).

Los individuos con esquizotipia tienen una vulnerabilidad subyacente a la esquizofrenia, comparten vías comunes de desarrollo neurológico y pueden exhibir formas leves y transitorias de las características cognitivas, emocionales y conductuales de la esquizofrenia, pero no necesariamente desarrollarán la enfermedad (Barrantes Vidal *et al.*, 2015). La elucidación de los procesos implicados en el desarrollo de este amplio fenotipo es esencial para identificar a individuos con riesgo de desarrollar trastornos psicóticos e implementar intervenciones profilácticas (Fonseca Pedrero *et al.*, 2021). Además, el estudio de las manifestaciones subclínicas del fenotipo de la psicosis permite identificar factores protectores y de riesgo, así como entender mejor la etiología y desarrollo de los trastornos psicóticos antes de que se manifiesten algunas de las consecuencias de la evolución del trastorno, tales como la cronicidad, los efectos de la medicación, la hospitalización, la marginación social, entre otros (Fusar Poli *et al.*, 2020).

La evidencia sugiere de manera convincente que el estrés desempeña un papel significativo en la etiología de la psicosis. Diversos factores psicosociales y situaciones estresantes a lo largo de la vida, tanto a nivel macro (como la migración) como micro (por ejemplo, la exposición a eventos vitales estresantes o traumáticos, un entorno familiar conflictivo, discriminación, marginación social, etc.), interactúan con la predisposición genética y provocan una reactividad anómala al estrés.

Esto conlleva a una hipersensibilización del sistema dopaminérgico que afecta la atribución de saliencia emocional a los estímulos internos y externos, resultando en distorsiones de la realidad que caracteriza la psicosis (Cullen *et al.*, 2020; Georgiades *et al.*, 2023; van Os *et al.*, 2008; Fusar Poli *et al.*, 2017).

Por otro lado, se ha propuesto que los eventos vitales estresantes pueden tener un impacto en etapas posteriores de la vida y propiciar la aparición de episodios psicóticos (Turner *et al.*, 2020). La exposición prolongada a la adversidad durante periodos críticos del desarrollo, como la infancia y la adolescencia, puede alterar los mecanismos cerebrales de regulación del estrés. Cuantos más eventos estresantes experimente una persona, mayor será la gravedad de los síntomas y las tasas de recaída (Sideli *et al.*, 2020; Varchmin *et al.*, 2021). La intensidad de estrés ambiental necesaria para desencadenar la psicosis varía entre individuos, al igual que el nivel de vulnerabilidad.

Las investigaciones epidemiológicas han identificado una amplia variedad de factores de riesgo ambientales y psicosociales asociados con el desarrollo de la psicosis durante la adolescencia y la adultez. Entre estos factores, el maltrato infantil y la experiencia de acontecimientos vitales altamente estresantes y/o traumáticos a lo largo de la vida se destacan como los predictores más sólidos y consistentes (Althwanay *et al.*, 2020; Brasso *et al.*, 2021; Fusar Poli *et al.*, 2017; Mayo *et al.*, 2017; Pastore *et al.*, 2020; Rosenfield *et al.*, 2022).

El maltrato infantil abarca diversas formas de abuso –físico, sexual, emocional– y negligencia hacia un niño menor de 18 años en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, lo que puede comprometer su salud, desarrollo, supervivencia o dignidad (World Health Organization [WHO], 2022). Este tipo de adversidad durante el desarrollo es relativamente común y constituye un problema significativo de salud pública, ya que afecta profundamente el desarrollo integral de los/as niños/as, así como su rendimiento y funcionamiento en las actividades diarias. Además, los expone a un mayor riesgo de desarrollar diversos problemas de salud mental, incluida la psicosis (Centers for Disease Control and Prevention, 2021; Glaser, 2017; Hillis *et al.*, 2016).

La estimación de la prevalencia del maltrato infantil a nivel global es un desafío debido a la limitada disponibilidad de datos en algunos contextos y la variabilidad en las definiciones y métodos de evaluación utilizados (Jiménez Borja *et al.*, 2020; Mathews *et al.*, 2020). Un metaanálisis global calculó que la tasa de prevalencia

de experiencias de maltrato autoinformadas varía entre 12.7% para el abuso sexual y 36.3% para el abuso emocional. Asimismo, algunas investigaciones indican que existen diferencias geográficas en las tasas de prevalencia, siendo más altas en países de ingresos medios y bajos en comparación con los de ingresos altos (Stoltenborgh *et al.*, 2015). En el caso de México, se observa una normalización de métodos de disciplina y educación violenta, como gritos, golpes y humillaciones, que constituyen maltrato hacia niños/as y adolescentes en el entorno familiar. Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2019), aproximadamente 63% de los menores de 14 años en México han experimentado agresiones físicas y psicológicas como parte de su crianza.

La literatura científica ha aportado evidencia sólida sobre la relación entre la exposición a abuso o negligencia en la infancia y un mayor riesgo de desarrollar esquizotipia (Dong *et al.*, 2021; Heins *et al.*, 2011; van Dam *et al.*, 2015). Un metaanálisis y revisión sistemática reciente ha demostrado que, en muestras no clínicas, todas las formas de abuso y de negligencia se asocian con la esquizotipia.

Específicamente, se ha encontrado que el abuso emocional guarda una relación constante con la dimensión negativa de la esquizotipia, mientras que el abuso físico y sexual se asocian con la dimensión positiva, y la negligencia, con las dimensiones positiva, negativa y desorganizada (Tountzidis *et al.*, 2022).

Los estudios sugieren que la relación entre la esquizotipia y el maltrato emocional es particularmente notable, con una influencia más marcada y generalizada que la observada en el abuso físico y sexual. Una posible explicación es que el maltrato emocional puede potenciar los efectos de otros tipos de abuso y negligencia, al mismo tiempo que puede perdurar sin ser detectado por más tiempo, mientras que el abuso físico y sexual suelen ser eventos más puntuales (Akner *et al.*, 2013).

Aunque la mayoría de las investigaciones ha identificado asociaciones significativas entre el trauma infantil y la esquizotipia, es necesario profundizar en el estudio de los tipos específicos de trauma y sus síntomas asociados, así como en los mecanismos subyacentes que podrían conducir del trauma a la psicosis (Tountzidis *et al.*, 2023).

La conexión entre el maltrato infantil y la esquizotipia en la adultez puede ser entendida a través de una perspectiva neurobiológica que sostiene que las experiencias adversas, como el abuso o la negligencia, impactan el neurodesarrollo y resultan

en déficits cognitivos y psicosociales. Estos déficits se han vinculado con niveles elevados de esquizotipia, especialmente en sus dimensiones positiva y desorganizada (Huang *et al.*, 2023).

El modelo etiológico de la sensibilización al estrés refuerza esta relación al proponer que la exposición temprana a eventos traumáticos o estresantes induce una mayor sensibilidad a estresores futuros. En personas con predisposición a la psicosis, esta sensibilización provoca respuestas emocionales intensificadas frente a los estresores cotidianos (Paetzold *et al.*, 2021). Además, estas experiencias tempranas pueden fomentar el desarrollo de creencias negativas sobre uno mismo y los demás, alimentando patrones de desconfianza, suspicacia, ideación paranoide e ideas de referencia, así como una mayor incidencia de ansiedad y depresión (Cheli y Lysaker, 2023; Steel *et al.*, 2009).

La investigación actual en el campo de la relación entre el maltrato infantil y la esquizotipia ha sido llevada a cabo predominantemente en países occidentales de altos ingresos, lo que limita la generalización de los hallazgos a otras regiones. Por tanto, es crucial realizar más estudios en países de ingresos bajos y medios, como México, para explorar el impacto particular de diferentes tipos de maltrato en la vulnerabilidad a desarrollar psicosis.

Este enfoque permitirá identificar factores de riesgo específicos adaptados al contexto sociocultural y económico, lo que a su vez puede ayudar al diseño de intervenciones preventivas más efectivas. Tales intervenciones podrían mejorar el pronóstico de las personas en riesgo y reducir la carga de salud pública a largo plazo que representan los trastornos psicóticos (Brasso *et al.*, 2021; Worthington *et al.*, 2021).

OBJETIVO

El presente estudio tiene como objetivo principal explorar la prevalencia de los diferentes tipos de maltrato infantil (abuso físico, sexual, emocional, negligencia física y emocional) y analizar su asociación con las dimensiones positiva, negativa y desorganizada de esquizotipia en una muestra de jóvenes mexicanos de la población general.

MÉTODO

Muestra y procedimiento

Se realizó una encuesta en línea a través del *software* Qualtrics®, dirigida a jóvenes mexicanos de la población general con edades entre 15 y 45 años. La encuesta se distribuyó a través de redes sociales personales e institucionales (instituciones sanitarias y educativas) entre marzo de 2022 y octubre de 2023. Todos los participantes aceptaron participar de forma voluntaria y dieron su consentimiento informado. Los menores de edad participaron con la previa autorización de sus padres/tutores. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (CEI/C/019/2021), siguiendo los principios de la Declaración de Helsinki. Los participantes fueron excluidos del estudio si reportaron un trastorno del espectro psicótico o una hospitalización relacionada con psicosis.

Instrumentos

Se utilizó el Cuestionario de Trauma Infantil (CTQ-SF; Roncal-Terán *et al.*, 2020) para evaluar retrospectivamente experiencias de abuso y de negligencia durante la infancia (antes de los 17 años). El CTQ está compuesto por 28 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que va de “nunca” a “muy a menudo” y conforma cinco subescalas: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia emocional y negligencia física. Cada subescala tiene un rango posible de 5 a 25 puntos. Las puntuaciones más altas indican mayores niveles de maltrato. El CTQ ha mostrado tener propiedades psicométricas adecuadas en poblaciones hispanohablantes, con validez de constructo y contenido, así como con valores de fiabilidad adecuados (con alfas de Cronbach que oscilan entre 0.91 y 0.95; Hernández *et al.*, 2013; Behn *et al.*, 2020). En la muestra del presente estudio, el alfa de Cronbach para cada una de las subescalas fue: abuso físico $\alpha=0.87$, abuso sexual $\alpha=0.93$, abuso emocional $\alpha=0.88$, negligencia emocional $\alpha=0.87$ y negligencia física $\alpha=0.70$.

Para evaluar las dimensiones de esquizotipia se utilizó la escala breve multidimensional de esquizotipia (MSS-B; Kemp *et al.*, 2020). Consta de 38 reactivos con respuestas dicotómicas (verdadero= 1 y falso= 0) que se dividen en tres dimensio-

nes: positiva (13 ítems), negativa (13 ítems) y desorganizada (12 ítems). Las puntuaciones más altas indican niveles más elevados de esquizotipia para cada una de las dimensiones. El MSS-B original ha mostrado alta consistencia interna en todas las subescalas, con coeficientes alfa que oscilan entre 0.78 y 0.90, buen ajuste de ítems y modelos, así como una óptima validez de constructo en diferentes muestras (Gross *et al.*, 2018; Kemp *et al.*, 2020). La versión en español también ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas (alta consistencia interna en las tres subescalas, fiabilidad test-retest, bondad de ajuste y modelo de tres factores), lo cual indica que es un instrumento válido para evaluar las dimensiones de esquizotipia positiva, negativa y desorganizada en individuos hispanohablantes (Fagián *et al.*, 2023). En la muestra del presente estudio, los análisis factoriales confirmatorios mostraron que el modelo de tres factores presentó una excelente bondad de ajuste (CFI= 0.93; TLI= 0.93; RMSEA= 0.05; SRMR= 0.08). Los valores alfa de Cronbach para las subescalas del MSS-B demostraron una consistencia interna aceptable para la dimensión negativa ($\alpha = 0.78$), una buena consistencia interna para la dimensión positiva ($\alpha = 0.81$) y una excelente fiabilidad para la dimensión desorganizada ($\alpha = 0.89$).

Análisis estadísticos

Se utilizó el programa estadístico IBM-SPSS 24. Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y modelos de regresión lineales múltiples para explorar la asociación entre los tipos de maltrato y las dimensiones de esquizotipia.

RESULTADOS

Características de la muestra

Como puede verse en la tabla 1, la muestra se constituyó por 1 629 jóvenes mexicanos de la población general, en su mayoría mujeres (78.5%; $n = 1\ 026$), de clase media (62.9%; $n = 1\ 026$), con un promedio de edad de 29.3 ($DE = 8.9$) años. El 53.7% ($n = 875$) eran solteros/as, 41.3% ($n = 672$) tenía pareja y 4.5% ($n = 74$) eran separados/divorciados. El 41.6% ($n = 678$) tenía un nivel educativo de licenciatura, seguido de 36.5% ($n = 595$) con nivel medio-superior. Alrededor de la mitad (53.5%;

n= 871) eran empleados, 34.1% (n= 555) eran estudiantes y el resto no tenía trabajo o realizaba una actividad no remunerada. La mayoría residía en la región centro del país (84.2%; n= 1 372), 7.6% (n= 125) en el sur y 7.2% (n= 118) en el norte.

Tabla 1. Características de la muestra (n=1629)

	n (%)
<i>Edad (Media; D. E.)</i>	29.3; (8.9)
<i>Sexo</i>	
Hombre	349 (21.4)
Mujer	1 278 (78.5)
Otro	2 (0.1)
<i>Género</i>	
Masculino	344 (21.1)
Femenino	1 236 (75.9)
Otro	49 (3.0)
<i>Nivel socioeconómico</i>	
Bajo	492 (30.2)
Medio	1 026 (62.9)
Alto	111 (6.8)
<i>Estado civil</i>	
Soltero/a	875 (53.7)
Con Pareja	672 (41.3)
Separado/divorciado	74 (4.5)
Viudo	8 (0.5)
<i>Nivel educativo</i>	
Primaria	3 (0.2)
Secundaria	101 (6.2)
Carrera técnica	22 (1.4)
Bachillerato/preparatoria	472 (29.0)
Licenciatura	678 (41.6)
Posgrado o superior	353 (21.7)
<i>Ocupación</i>	
Estudiante	555 (34.1)
Empleado/a	871 (53.5)
Nunca ha trabajado o desempleado >6 meses	97 (6.0)
Labores domésticas o trabajo no remunerado	106 (6.5)
<i>Región del país en la que residen</i>	
Norte	118 (7.2)
Centro	1372 (84.2)
Sur	125 (7.6)

Fuente: elaboración propia.

Prevalencia de maltrato infantil

Tal y como se muestra en la figura 1, los tipos de maltrato más prevalentes fueron el abuso emocional (63.2%) y la negligencia emocional (62.2%), seguidos del abuso sexual (46.7%), el abuso físico (41.9%) y la negligencia física (37.9%).

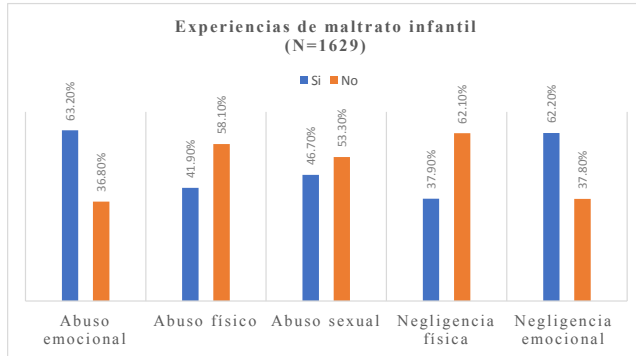


Figura 1. Prevalencia de maltrato infantil.

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se muestran los niveles de maltrato infantil y esquizotipia. Los participantes mostraron niveles de negligencia física mínima, abuso físico bajo-moderado, abuso emocional, abuso sexual y negligencia emocional moderado-severa.

Tabla 2. Experiencias de maltrato infantil y dimensiones de esquizotipia (n= 1629)

	Rango posible	Media	D.E
Experiencias de maltrato infantil			
Abuso físico	5-25	8.4	4.2
Abuso emocional	5-25	11.5	5.5
Abuso sexual	5-25	7.9	4.8
Negligencia física	5-25	7.5	3.1
Negligencia emocional	5-25	11.8	5.1
Dimensiones de la esquizotipia			
Positiva	0-13	2.0	2.6
Negativa	0-13	4.2	2.9
Desorganizada	0-12	3.2	3.6

Fuente: elaboración propia.

Asociación entre los tipos de maltrato y las dimensiones de esquizotipia

Tal y como se muestra en la tabla 3, las dimensiones positiva y desorganizada de esquizotipia se asociaron con el abuso emocional, mientras que la dimensión negativa y desorganizada se asociaron con la negligencia emocional.

Tabla 3. Asociación de los tipos de maltrato infantil con las dimensiones de esquizotipia (n= 1 629)

Criterio	Abuso físico	Abuso emocional	Abuso sexual	Negligencia física	Negligencia emocional	Total r2
	β	β	β	β	β	
Esquizotipia Positiva	.05	.19***	.04	.02	.04	.08***
Esquizotipia Negativa	-.01	.00	.00	-.01	.35***	.13***
Esquizotipia Desorganizada	.02	.25***	-.01	.01	.14***	.13***
*** $p < 0.001$						

*** $p < 0.001$

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio en explorar la relación entre el maltrato infantil y las diferentes dimensiones de esquizotipia en mexicanos de la población general, lo cual representa una importante contribución a la investigación en este campo que no había sido explorada previamente en México.

Los resultados de este estudio apoyan la evidencia en la literatura que indica que la exposición temprana a eventos adversos, como el maltrato infantil, se asocia con la vulnerabilidad a la psicosis en poblaciones no clínicas (Mayo *et al.*, 2017; Peh *et al.*, 2019; Stanton *et al.*, 2020). En particular, los hallazgos son consistentes con estudios previos que han mostrado que existe una estrecha relación entre el abuso y la negligencia emocional con las dimensiones de esquizotipia (Toutounzidis *et al.*, 2022).

Debido a la alta prevalencia reportada de los diferentes tipos de maltrato infantil y su asociación con la esquizotipia, resulta necesario establecer un enfoque de identificación temprana y prevención, así como de atención específica a las víctimas. Es importante crear políticas y programas de salud pública que proporcionen a los padres y tutores herramientas para promover una crianza sin violencia, con el fin de reducir los efectos adversos del maltrato infantil en la población mexicana. Por otro lado, es pertinente brindar capacitaciones al personal educativo para que puedan detectar a los estudiantes (niñas, niños y adolescentes) que experimenten algún tipo de maltrato y canalizarlos a atención especializada (Glouchkow *et al.*, 2022; Stanton *et al.*, 2020). También se requieren estrategias que permitan identificar el maltrato infantil en la atención a personas con síntomas del espectro psicótico en los servicios de atención primaria, así como implementar tratamientos eficaces para el trauma infantil en poblaciones vulnerables, centrados en fomentar la resiliencia, el apego seguro, la autoestima, la regulación emocional, las estrategias de afrontamiento activo y el apoyo social de las personas supervivientes de abuso y negligencia infantil (Kunzler *et al.*, 2020; Rosenfield *et al.*, 2022).

Aunado a esto, es importante reducir el estigma y promover la búsqueda de atención profesional en personas que presentan altos niveles de esquizotipia, para que reciban un tratamiento oportuno que ayude a mejorar su pronóstico y posible transición a la psicosis. Para ello, se requiere mejorar el conocimiento sobre la psicosis y la identificación de los síntomas de alto riesgo en la población general, así como desarrollar campañas a nivel comunitario dirigidas a desmitificar las ideas estigmatizantes sobre la psicosis y las creencias culturales negativas sobre los servicios de salud mental, que dificultan la búsqueda de atención profesional (Domínguez *et al.*, 2024).

LIMITACIONES

Este estudio tiene algunas limitaciones que es importante considerar. La selección de la muestra no fue aleatoria y la naturaleza transversal del estudio limita las inferencias que pueden hacerse en términos de causalidad. Finalmente, el uso de evaluaciones de auto-informe pueden ser susceptibles a sesgos de información.

CONCLUSIÓN

Los resultados de esta investigación se suman a los esfuerzos actuales por identificar los factores de riesgo comunes y específicos en diferentes países y contextos socioculturales, para orientar estrategias preventivas en la población vulnerable a la psicosis, con el objetivo de mejorar el pronóstico y reducir la carga de salud pública que generan estos trastornos a largo plazo (Brasso *et al.*, 2021; Worthington *et al.*, 2021), sobre todo en países como México, donde la brecha en la atención es muy grande (80%) y existe una importante carencia de servicios especializados en psicosis temprana (Domínguez *et al.*, 2023, 2024).

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

FINANCIAMIENTO: Programas Nacionales Estratégicos (Pronaces) del Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (Conacyt). Nombre del proyecto: Prevención y alfabetización comunitaria en salud mental para mejorar la detección temprana de trastornos mentales graves, disminuir el estigma y promover la búsqueda de atención profesional oportuna. Investigadora Principal: doctora Tecelli Domínguez Martínez.

REFERENCIAS

- Ackner, S., Skeate, A., Patterson, P. y Neal, A. (2013). Emotional abuse and psychosis: A recent review of the literature. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 22(9), 1032-1049.
- Althwanay, A., AlZamil, N. A., Almukhadhib, O. Y., Alkhunaizi, S. y Althwanay, R. (2020). Risks and protective factors of the prodromal stage of psychosis: A literature review. *Cureus*, 12(6).
- Barrantes Vidal, N., Grant, P. y Kwapil, T. R. (2015). The role of schizotypy in the study of the etiology of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 41(suppl 2), S408-S416.
- Barrantes Vidal, N., Racioppi, A. y Kwapil, T. R. (2020). Schizotypy, schizotypal personality, and psychosis risk. En *Risk factors for psychosis* (pp. 81-99).

- Barrantes Vidal, N. y Kwapil, T. R. (2023). Conceptualization and assessment of multidimensional schizotypy. En S. Cheli y P. H. Lysaker (eds.), *A Dimensional Approach to Schizotypy*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-41788-7_6
- Behn, A., Vöhringer, P., Martínez, P., Domínguez, A., González, A., Carrasco, M. y Gloger, S. (2020). Validación de la versión en español del Childhood Trauma Questionnaire-Short Form en Chile, en una muestra de pacientes con depresión clínica. *Revista Médica de Chile*, 148(3), 336-343. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000300336>
- Brasso, C., Giordano, B., Badino, C., Bellino, S., Bozzatello, P., Montemagni, C. y Rocca, P. (2021). Primary psychosis: Risk and protective factors and early detection of the onset. *Diagnostics*, 11(11), 2146.
- Centers for Disease Control and Prevention (15 de marzo de 2021). *Violence prevention. Risk and protective factors*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/riskprotectivefactors.html>
- Cheli, S. y Lysaker, P. H. (2023). *A Dimensional Approach to Schizotypy: Conceptualization and Treatment*. Springer.
- Cullen, A. E., Rai, S., Vaghani, M. S., Mondelli, V. y McGuire, P. (2020). Cortisol responses to naturally occurring psychosocial stressors across the psychosis spectrum: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 513.
- Domínguez Martínez, T., Robles García, R., Fresán, A., Vega, H., Cruz, J., Rodríguez Pérez, V. y Reed, J. M. (2023). Risk factors for violence in transgender people: A retrospective study of experiences during adolescence. *Psychology y Sexuality*, 14(4), 659-675. <https://doi.org/10.1080/19419899.2020.1802772>
- Domínguez, T., Pech, D., Fresán, A., Sheinbaum, T., Nieto, L., Robles, R., De la Fuente-Sandoval, C., López, S., Lara, M. C., Celda, C., Rosel, M. y Saracco, R. (2023). Why do some Mexican youth with psychosis risk symptoms seek help and others do not? [manuscrito enviado para publicación].
- Dong, F., Liu, J., Hodgson, N. y Medoff-Cooper, B. (2021). Early life factors of schizotypal personality disorder in adolescents: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(6), 1092-1112. <https://doi.org/10.1111/jpm.12733>
- Fagián, K. (2023). Study of the psychometric properties of the Spanish Multidimensional Schizotypy Scale-Brief (MSS-B) in two nonclinical samples [tesis de maestría]. Universitat Autònoma de Barcelona.

- Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia [UNICEF]. (2019). Panorama estadístico de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en México. UNICEF. <https://www.unicef.org/mexico/media/1731/file/UNICEF%20PanoramaEstadistico.pdf>
- Fonseca Pedrero, E., Debbané, M., Rodríguez Testal, J. F., Cohen, A. S., Docherty, A. R. y Ortuño Sierra, J. (2021). Schizotypy: The way ahead. *Psicothema*, 33(1), 16-27.
- Fusar-Poli, P., Tantardini, M., De Simone, S., Ramella Cravaro, V., Oliver, D., Kingdon y J. McGuire, P. (2017). Deconstructing vulnerability for psychosis: Meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *European Psychiatry*, 40, 65-75.
- Fusar Poli, P., De Pablo, G. S., Correll, C. U., Meyer Lindenberg, A., Millan, M. J., Borgwardt, S. y Arango, C. (2020). Prevention of psychosis: Advances in detection, prognosis, and intervention. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 755-765.
- Georgiades, A., Almuqrin, A., Rubinic, P., Mouhitzadeh, K., Tognin, S. y Mechelli, A. (2023). Psychosocial stress, interpersonal sensitivity, and social withdrawal in clinical high risk for psychosis: A systematic review. *Schizophrenia*, 9(1), 38.
- Glaser, D. (2017). Child maltreatment. En *Child Psychology and Psychiatry: Frameworks for Clinical Training and Practice* (pp. 175-185).
- Glouchkow, A., Weegar, K. y Romano, E. (2023). Teachers' responses to child maltreatment. *Journal of Child y Adolescent Trauma*, 16(1), 95-108.
- Gross, G. M., Kwapil, T. R., Raulin, M., Silvia, P. J. y Barrantes-Vidal, N. (2018). The multidimensional schizotypy scale-brief: Scale development and psychometric properties. *Psychiatry Research*, 261, 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.033>
- Guloksuz, S. y van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229-244.
- Heins, M., Simons, C., Lataster, T., Pfeifer, S., Versmissen, D., Lardinois, M., Marcelis, M., Delespaul, P., Krabbendam, L., van Os, J. y Myin-Germeys, I. (2011). Childhood trauma and psychosis: A case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 168(12), 1286-1294. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10101531>
- Hernández, A., Gallardo Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Labad, A., Valero, J. y Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: Factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498-1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>

- Hillis, S., Mercy, J., Amobi, A. y Kress, H. (2016). Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*, *137*(3), e20154079. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-4079>
- Huang, Y. H., Hu, H. X., Wang, L. L., Zhang, Y. J., Wang, X., Wang, Y. y Chan, R. C. (2023). Relationships between childhood trauma and dimensional schizotypy: A network analysis and replication. *Asian Journal of Psychiatry*, *85*, 103598.
- Jiménez Borja, M., Jiménez Borja, V., Borja Alvarez, T., Jiménez Mosquera, C. A. J. y Murgueitio, J. (2020). Prevalence of child maltreatment in Ecuador using the ICAST-R. *Child Abuse y Neglect*, *99*, 104230. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104230>
- Kemp, K. C., Bathery, A. J., Barrantes Vidal, N. y Kwapil, T. R. (2020). A brief questionnaire measure of multidimensional schizotypy predicts interview-rated symptoms and impairment. *PLoS One*, *15*(8), e0237614. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237614>
- Kunzler, A., Helmreich, I., König, J., Chmitorz, A., Wessa, M., Binder, M. y Lieb, K. (2020). Psychological intervention to foster resilience in healthcare students (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *2020*(7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
- Mathews, B., Pacella, R., Dunne, M. P., Simunovic, M. y Marston, C. (2020). Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS One*, *15*(1), e0227884. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227884>
- Mayo, D., Corey, S., Kelly, L. H., Yohannes, S., Youngquist, A. L., Stuart, B. K. y Loewy, R. L. (2017). The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: A review. *Frontiers in Psychiatry*, *55*.
- Morgan, V. A., Waterreus, A., Carr, V., Castle, D., Cohen, M., Harvey, C. y Jablensky, A. (2017). Responding to challenges for people with psychotic illness: Updated evidence from the Survey of High Impact Psychosis. *Australian y New Zealand Journal of Psychiatry*, *51*(2), 124-140.
- Myin Germeys, I. y van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: Evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, *27*(4), 409-424.
- Paetzold, I., Myin-Germeys, I., Schick, A., Nelson, B., Velthorst, E., Schirmbeck, F. y Reinherhaus, U. (2021). Stress reactivity as a putative mechanism linking childhood trauma with clinical outcomes in individuals at ultra-high-risk for psychosis: Findings from the EU-GEI High Risk Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *30*, e40.

- Pastore, A., de Girolamo, G., Tafuri, S., Tomasicchio, A. y Margari, F. (2020). Traumatic experiences in childhood and adolescence: A meta-analysis of prospective studies assessing risk for psychosis. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 1-14.
- Peh, O. H., Rapisarda, A. y Lee, J. (2019). Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 49(7), 1089-1101.
- Roncal Teran, Y. M. y Sanchez Requejo, R. L. (2020). Adaptación y validación del Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ-FC) en una muestra de estudiantes universitarios de Lima.
- Rosenfield, P. J., Jiang, D. y Pauselli, L. (2022). Childhood adversity and psychotic disorders: Epidemiological evidence, theoretical models and clinical considerations. *Schizophrenia Research*, 247, 55-66.
- Sideli, L., Murray, R. M., Schimmenti, A., Corso, M., La Barbera, D., Trotta, A. y Fisher, H. L. (2020). Childhood adversity and psychosis: A systematic review of bio-psycho-social mediators and moderators. *Psychological Medicine*, 50(11), 1761-1782.
- Stanton, K. J., Denietolis, B., Goodwin, B. J. y Dvir, Y. (2020). Childhood trauma and psychosis: An updated review. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 29(1), 115-129.
- Steel, C., Marzillier, S., Fearon, P. y Ruddle, A. (2009). Childhood abuse and schizotypal personality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 44(11), 917-923. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0038-0>
- Stoltenborgh, M., Bakermans Kranenburg, M., Alik, L. y van IJzendoorn, M. (2015). The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24, 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Toutountzidis, D., Gale, T. M., Irvine, K., Sharma, S. y Laws, K. R. (2022). Childhood trauma and schizotypy in non-clinical samples: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 17(6), e0270494.
- Turner, S., Harvey, C., Hayes, L., Castle, D., Galletly, C., Sweeney, S. y Spittal, M. J. (2020). Childhood adversity and clinical and psychosocial outcomes in psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e78.
- Van Os, J., Rutten, B. P. y Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: Review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1066-1082.

- Van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. J. P. M. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179-195.
- Van Os, J. y Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118-124.
- Varchmin, L., Montag, C., Treusch, Y., Kaminski, J. y Heinz, A. (2021). Traumatic events, social adversity, and discrimination as risk factors for psychosis –An umbrella review. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 665957. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.665957>
- World Health Organization (WHO) (2022). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Worthington, M. A. y Cannon, T. D. (2021). Prediction and prevention in the clinical high-risk for psychosis paradigm: A review of the current status and recommendations for future directions of inquiry. *Frontiers in Psychiatry*, 1835.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(2), 103.

ÍNDICE

Prólogo	7
Agradecimientos	11
Advertencia	13
Mediación de los roles de género y la evitación emocional sobre la relación entre atracción sexual y riesgo suicida en jóvenes escolarizados colombianos	17
CARLOS ALEJANDRO PINEDA ROA Y ADALBERTO CAMPO ARIAS	
Experiencias de violencia obstétrica en madres primigestas: un análisis del discurso	41
MARÍA AMANDA JULIETA TELLO BELLO, MARLEN Y. MORALES MARTÍNEZ Y FRANCISCO JAVIER ROSAS SANTIAGO	
Actitudes hacia el aborto desde dos perspectivas latinoamericanas: México y Paraguay	61
FABIOLA ORIHUELA CORTÉS MARÍA LUISA MARVÁN, KELLY MOJICA MARTÍNEZ Y THAMARA CÁCERES ACHUCARRO	
Estudiantes universitarios: población vulnerable susceptible de padecer enfermedades no transmisibles a causa de una mala alimentación	79
MA. DE LOS ÁNGELES VACIO MURO Y MARTHA LETICIA SALAZAR GARZA	

Expectativas parentales y del niño con enfermedad crónica en la configuración de su vida y tratamiento.	93
ANA DELIA LÓPEZ SUÁREZ	
Reconstrucciones narrativas de los desafíos de las menarcas tempranas.	109
VERÓNICA ALCALÁ HERRERA, JUAN MANUEL SÁNCHEZ Y CLAUDIA GARCÍA PRIETO	
Gestión emocional del duelo anticipado en cuidadores informales de personas con demencia	133
ÁLVARO RODRÍGUEZ MORA	
Niveles de sobrecarga percibida, síndrome de burnout, síntomas asociados al estrés y su relación con los estilos de afrontamiento en cuidadoras primarias informales de pacientes psiquiátricos	147
FRANCISCO JAVIER ROSAS SANTIAGO Y CINDY MARIEL RENDÓN ALEJO	
Cuidados paliativos, sufrimiento y esperanza. Del sufrimiento a la esperanza en cuidados paliativos.	171
MARÍA DEL CARMEN LLANTÁ ABREU, JORGE AMADO GRAU ABALO MARIUSKA FORTEZA SÁEZ Y YANELYS MARTÍNEZ OCHOA	
Expresiones silenciosas: el arte como herramienta de evaluación en oncología pediátrica.	189
OLIMPIA PETZOLD	
Contexto de la atención del cáncer en grupos vulnerables: personas con enfermedades mentales graves, efectos psicosociales desde el diagnóstico hasta la sobrevida	209
ÓSCAR GALINDO VÁZQUEZ, JAZMÍN HERNÁNDEZ MARÍN Y MÓNICA RAMÍREZ OROZCO	

Conductas saludables, bienestar subjetivo, regulación emocional, ansiedad,
depresión y estrés en estudiantes universitarios de nuevo ingreso 227

TERESA IVETH SOTELO QUIÑONEZ, RAQUEL GARCÍA FLORES

PAOLA ESCOBEDO HERNÁNDEZ Y SONIA BEATRIZ ECHEVERRÍA CASTRO

Maltrato infantil y vulnerabilidad latente a la psicosis en población general
mexicana 241

TECELLI DOMÍNGUEZ MARTÍNEZ



Siendo rector de la Universidad Veracruzana el doctor Martín Gerardo Aguilar Sánchez, se publicó **PSICOLOGÍA Y SALUD EN POBLACIONES VULNERABLES**, coordinado por Francisco Javier Rosas Santiago y María Luisa Marván. Este libro se terminó de producir en marzo de 2026. La fuente tipográfica utilizada en su composición es Life BT de 10/14 puntos.

El lector tiene en sus manos una obra imprescindible para comprender, desde la psicología, los grandes desafíos de la salud en contextos de vulnerabilidad. Este libro reúne investigaciones y reflexiones actuales sobre problemáticas que atraviesan la vida cotidiana de millones de personas, llevadas a cabo con una mirada científica, humana y socialmente comprometida. Sus capítulos abordan temas de alta relevancia con rigor académico y sensibilidad clínica, y muestran cómo los procesos psicológicos se entrelazan con el cuidado, el sufrimiento, la desigualdad y la esperanza. Este es un libro dirigido a estudiantes, docentes, profesionales de la salud e investigadores, y ofrece conocimiento útil, pertinente y aplicable para pensar e intervenir en realidades complejas, en una lectura que dialoga con el presente y que aporta claves para construir prácticas más éticas, informadas y transformadoras.

ISBN 978-968-9735-78-6



Universidad Veracruzana
Dirección Editorial