

# PERSPECTIVAS Y ANÁLISIS DE LA SALUD PARA LA MEJORA DEL BIENESTAR

COMPS.

Ana Belén Barragán Martín  
África Martos Martínez  
María del Mar Simón Márquez  
María del Mar Molero Jurado  
María del Carmen Pérez-Fuentes  
Begoña María Tortosa Martínez

*Dykinson, S.L.*



# **Perspectivas y Análisis de la Salud para la mejora del bienestar**

**Comps.**

**Ana Belén Barragán Martín**

**África Martos Martínez**

**María del Mar Simón Márquez**

**María del Mar Molero Jurado**

**María del Carmen Pérez-Fuentes**

**Begoña María Tortosa Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Perspectivas y Análisis de la Salud para la mejora del bienestar”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Editorial DYKINSON, S.L. Meléndez Valdés, 61 - 28015 Madrid

Teléfono (+34) 91 544 28 46 - (+34) 91 544 28 69

e-mail: [info@dykinson.com](mailto:info@dykinson.com)

<http://www.dykinson.es>

<http://www.dykinson.com>

Consejo Editorial véase [www.dykinson.com/quienessomos](http://www.dykinson.com/quienessomos)

Madrid, 2021

ISBN: 978-84-1122-012-5

*Preimpresión realizada por los autores*

## *CAPÍTULO 1*

### *COGNITIVE AND BEHAVIORAL APPROACHES TO MEMORY DISTORTIONS: AN OVERVIEW*

LUIS JORGE RUIZ SÁNCHEZ, MARIA SISTO, Y BEGOÑA MARÍA TORTOSA MARTÍNEZ .....9

## *CAPÍTULO 2*

### *LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA PARA LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA ROTACIÓN*

MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA, DANIEL DORTA AFONSO, Y LAURA ROMERO DOMÍNGUEZ .....19

## *CAPÍTULO 3*

### *LOS SISTEMAS DE PRÁCTICAS DE ALTO RENDIMIENTO EN RECURSOS HUMANOS COMO MECANISMO PARA REDUCIR BURNOUT: UNA APLICACIÓN AL SECTOR DEL ALOJAMIENTO HOTELERO*

LAURA ROMERO DOMÍNGUEZ, DANIEL DORTA AFONSO, Y MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA .....29

## *CAPÍTULO 4*

### *CONDUCTAS DIANA PARA EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO*

AINARA NARDI RODRÍGUEZ, CAROLINA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, BORJA COSTA LÓPEZ, MAITE MARTÍN-ARAGÓN GELABERT, Y M. CARMEN TEROL CANTERO .....39

## *CAPÍTULO 5*

### *FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES INMIGRANTES DE LA REGIÓN DE MURCIA: ESTUDIO PRELIMINAR*

MARÍA CRISTINA GONZÁLEZ MARTÍNEZ, CAROLINA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ, AINARA NARDI RODRÍGUEZ, Y BORJA COSTA LÓPEZ .....51

## *CAPÍTULO 6*

### *FACTORES DE LA COMUNICACIÓN ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN EN HOMBRES VIH POSITIVOS Y NEGATIVOS*

RICARDO SÁNCHEZ MEDINA, DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE, Y CONSUELO RUBÍ ROSALES PIÑA .....65

*CAPÍTULO 7*

*PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO: APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA*

IVÁN RUIZ RODRÍGUEZ, ANABEL MELGUIZO GARÍN, Y JAVIER SALAS-RODRÍGUEZ..... 77

*CAPÍTULO 8*

*LOS SISTEMAS DE TRABAJO DE ALTO RENDIMIENTO COMO MECANISMO PARA LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL*

CLAUDIA BENÍTEZ NÚÑEZ, DANIEL DORTA AFONSO, LAURA ROMERO DOMÍNGUEZ, Y MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA ..... 91

*CAPÍTULO 9*

*LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DE GAMIFICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL BULLYING EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS*

JUAN MIGUEL FERNÁNDEZ CAMPOY, JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ FERRER, MATÍAS E. RODRÍGUEZ-RIVAS, ANA MANZANO LEÓN, LAURA MOLINA ALONSO, ROCÍO COLLADO SOLER, Y CRISTINA MÉNDEZ AGUADO ..... 103

*CAPÍTULO 10*

*PREVALENCIA DEL AUTISMO EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE: UNA REVISIÓN DE ALCANCE*

KAREL GUEVARA Y DAVID SALDAÑA SAGE ..... 115

*CAPÍTULO 11*

*FORMACIÓN EN GESTIÓN EMOCIONAL Y SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO*

SILVIA YÁÑEZ LÓPEZ ..... 125

*CAPÍTULO 12*

*LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES DE LAS PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE*

ANA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ..... 139

*CAPÍTULO 13*

*EL PAPEL DE LAS MUJERES COMO CUIDADORAS PRINCIPALES EN EL CÁNCER INFANTO-JUVENIL*

ANABEL MELGUIZO GARÍN, IVÁN RUIZ RODRÍGUEZ, Y ALBA GARCÍA CID..... 149

## *CAPÍTULO 14*

### *TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ORTOREXIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: RELACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL*

ÁLVARO RUIZ MACIÁ, LIDIA PAMIES AUBALAT, EVA LEÓN ZARCEÑO, MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN, Y YOLANDA QUILES MARCOS ..... 161

## *CAPÍTULO 15*

### *SALUD MENTAL Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN MIGRANTES*

MARINA DEL ROCÍO RAMÍREZ ZHINDÓN, DAVID ORTEGA, Y TATIANA CECIBEL MANSANILLAS ROJAS ..... 173

## *CAPÍTULO 16*

### *AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL CAPITAL PSICOLÓGICO EN TRABAJADORES DEL SUR DE ECUADOR*

DAVID ORTEGA, MARINA DEL ROCÍO RAMÍREZ ZHINDÓN, Y TATIANA CECIBEL MANSANILLAS ROJAS ..... 185

## *CAPÍTULO 17*

### *COMUNICACIÓN CON PADRES, CONOCIMIENTOS Y CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE JÓVENES SORDOS Y OYENTES*

SILVIA SUSANA ROBLES-MONTIJO Y YUMA YOALY PÉREZ BAUTISTA ..... 193

## *CAPÍTULO 18*

### *¿QUÉ VARIABLES PSICOSOCIALES SE RELACIONAN CON EL RIESGO A DESARROLLAR UN TRASTORNO ALIMENTARIO EN CHICOS ADOLESCENTES?*

LIDIA PAMIES AUBALAT, EVA LEÓN ZARCEÑO, MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN, YOLANDA QUILES MARCOS, Y ÁLVARO RUIZ MACIÁ ..... 203

## *CAPÍTULO 19*

### *REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN JÓVENES REALIZADOS EN LOS INSTITUTOS DE ESPAÑA DESDE EL 2010*

NATALIA DEL PINO-BRUNET, ALBA GARCÍA CID, Y JAVIER SALAS-RODRÍGUEZ .. 215

*CAPÍTULO 20*

*DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD MENTAL EN USUARIOS REMOTOS DE UN PROGRAMA BIOPSICOEDUCATIVO EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19*

MANUEL DE JESÚS CARRERA-ESCOBEDO, MARÍA LUISA RAMÍREZ-DE LOS SANTOS, CLAUDIA JACKELIN DE LA CRUZ-AHUMADA, GABRIELA VALLE, CARMEN CELINA ALONSO-SÁNCHEZ, ÁNGEL PÉREZ-REYES, EDGAR IVÁN LÓPEZ-PULIDO, Y SAÚL RAMÍREZ-DE LOS SANTOS..... 227

*CAPÍTULO 21*

*INFLUENCIA DEL GÉNERO SOBRE EL PERFIL DE PERSONALIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL*

MARÍA LUISA RAMÍREZ-DE LOS SANTOS, SAÚL RAMÍREZ-DE LOS SANTOS, MANUEL DE JESÚS CARRERA-ESCOBEDO, CARMEN CELINA ALONSO-SÁNCHEZ, CLAUDIA JACKELIN DE LA CRUZ-AHUMADA, Y EDGAR IVÁN LÓPEZ-PULIDO..... 237

*CAPÍTULO 22*

*IGUALDAD, SALUD Y EDUCACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIO-CULTURAL*

ISABEL DAMIANA ALONSO LÓPEZ, ANA MANZANO LEÓN, CRISTINA MÉNDEZ AGUADO, MATÍAS E. RODRÍGUEZ-RIVAS, JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ FERRER, LAURA MOLINA ALONSO, Y ROCÍO COLLADO SOLER ..... 247

*CAPÍTULO 23*

*LUCHAS POR EL RECONOCIMIENTO SOCIAL: ELABORACIÓN DE UNA ESCALA Y PROPUESTA DE ESTUDIO EMPÍRICO*

CLARISSA PEPE FERREIRA ..... 255

*CAPÍTULO 24*

*EFFECTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD SOBRE LA OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN MUJERES ADULTAS MAYORES*

RICARDO LÓPEZ GARCÍA, ROSA MARÍA CRUZ CASTRUITA, NORMA ANGÉLICA BORBÓN CASTRO, Y ANDRÉS AQUILINO CASTRO ZAMORA..... 267



**CAPÍTULO 1**  
**COGNITIVE AND BEHAVIORAL APPROACHES TO MEMORY DISTORTIONS:**  
**AN OVERVIEW**

LUIS JORGE RUIZ SÁNCHEZ, MARIA SISTO, Y BEGOÑA MARÍA TORTOSA MARTÍNEZ  
*Universidad de Almería*

**INTRODUCTION**

The occurrence of false memory phenomena is of practical concern in situations where inaccurate recall has severe repercussions, leading to applied research on topics such as eyewitness testimony (e.g., Loftus & Palmer, 1974) and childhood sexual abuse (e.g., Ceci & Friedman, 2000; Goodman & Clarke-Stewart, 1991). When studied on a basic level, cognitive psychology typically uses the term “memory” as a noun, referring to a cognitive mental entity that is an informational representation of an event (e.g. Gallo, 2006). A “true memory” accurately preserves information about events as they happened, whereas a “false memory” is a distorted representation or otherwise does not correspond with events as they occurred. False memories are purportedly the result of information processing errors, and extrapolation from such errors is thought to reveal the nature of the cognitive structures and mechanisms deemed responsible for remembering (Brainerd & Reyna, 2005). As such, false memories are of special interest to basic cognitive researchers seeking to develop effectively predictive mechanistic models (e.g., schema theory: Brewer & Treyens, 1981).

In contrast to the cognitive approach, it is not tenable to approach “memories” as being noun-entities from a behavior analytic perspective. However, the general notion of “memory” is conveyed in verbs such as “recalling,” “recollecting,” and “remembering.” The events referred to by these verbs are instances of behavior and are therefore viable targets of behavior analysis. That is, as an alternative to developing *predictive* cognitive models that ground causation in hypothetical mental mechanisms, through a behavior-analytic approach one can seek to *influence* the occurrence of remembering behavior via the causal influence of manipulatable environmental variables. In turn, studying false remembering from a behavior analytic perspective involves identifying the manipulatable environmental variables that can cause a person to remember events that did not happen (i.e., Ruiz-Sánchez et al., 2019). Cognitive and behavior analytic approaches to the study of false memory tend to have different aims and experimental designs, but it is nevertheless possible and perhaps even fruitful to consider objective findings from both perspectives. To

that end, we now turn to an overview of how the topic has been approached in the cognitive and behavior analytic literature.

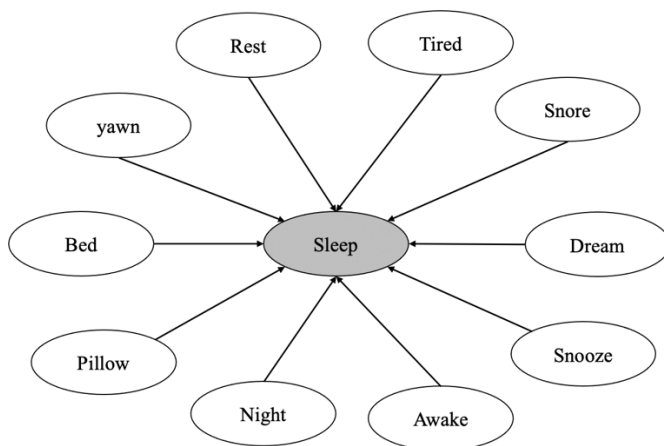
### **Cognitive Approach to False Memory**

A well-established basic research paradigm for investigating false memories is the Deese-Roediger-McDermott paradigm (DRM; Roediger & McDermott, 1995). During a typical DRM task, participants are presented with a list of words to memorize (e.g., bed, rest, dream, etc.), semantically related to a non-presented critical root word (e.g., sleep). Participants then complete recall and/or recognition tests requiring them to remember the words they studied, at which point participants often falsely remember the critical root word (Robinson & Roediger, 1997; Roediger & McDermott, 1995). These falsely remembered words are referred to as “intrusions” or “false recognitions” and are taken as evidence of semantic false memories. The DRM paradigm has largely been employed to develop cognitive explanations of false memory, with many prominent explanations involving some “nodal network” models (e.g., Anderson, 1983; Collins & Loftus, 1975; Masson, 1995; Moss et al., 1994).

The basic premise of nodal network models is that information about events is represented in a network of interconnected nodes. Furthermore, simultaneous activation of nodes from encountering or otherwise thinking about their corresponding referents causes the nodes to more strongly wire together, thereby strengthening their interconnectivity. Finally, activation of a node spreads along with its connections to other nodes in direct proportion to the strength of interconnectivity between them. As such, upon the activation of a node, the informational representations of connected nodes become active and available for further cognitive processing (i.e., Anderson, 1983)

With respect to the DRM paradigm, nodal network models suppose that meaningfully related study list and critical root words have strong interconnections between their representational nodes and/or nodes corresponding to the words’ referents (Figure 1). The resulting pattern of spreading activation during word-list informational encoding and/or retrieval facilitates true recall of meaningfully related study items (e.g., *bed*, *rest*, *dream*, etc.; McEvoy et al., 1999), but can also result in false-positive nodal activation of meaningfully related words that were not on the study list (e.g., critical root words, such as *sleep*), resulting in word list intrusions. Questions then arise as to what exactly is the nature of “meaningfully” related stimuli or the nature of “meaningfully” connected nodes.

Figure 1. Example of a hypothesized semantic network related to sleep



DRM word list intrusions are typically labeled as reflecting “semantic” false memories (e.g., Buchanan et al., 1999); the study list words all “mean” something involving the critical root word, and the term “semantic” can refer to linguistic meaning. However, a consensus has yet to be achieved as to the nature of semantic nodal connections, with different cognitive models placing a greater or lesser emphasis on distinguishing between associative relationships versus semantic relationships (see Hutchison, 2003). Where distinctions are made, associative relationships are thought to be grounded in the extent of historical temporal contiguity or co-occurrence between otherwise unrelated stimulus events; greater co-occurrence of events (or cognitive propositions about those events) leads to more frequent simultaneous activation of their nodal representations, producing stronger associative connections between these nodes (Moss et al, 1995). In contrast, semantic relations can be said to arise from complex stimuli that share common physical features (e.g., *lions* and *tigers*); the overlapping features of such stimuli produce overlapping constellations of nodal activation and, hence, interconnectivity (Masson, 1995).

A broader construal of semantic relatedness takes into consideration mediated nodal connections (see Balota & Lorch, 1986). For example, the stimuli *lion* and *stripes* do not frequently co-occur nor do they share many physical features, but they can be considered to be semantically related in the sense that *tiger* mediates the semantic relations *lion-tiger* and *tiger-stripes* (i.e., *lion-tiger-stripes*). Semantic nodal mediation helps explain certain false memory and other cognitive effects, as when being primed with the stimulus *lion* leads to faster responding to the stimulus *stripes*. (Balota & Lorch, 1986; McNamara & Altarriba, 1988).

Although much research has been done from a cognitive approach regarding “meaning” and its relationship to memory, no uniform consensus has been reached in the cognitive literature, at least in part due to the difficulty in separating associative from semantic relatedness within network models (see Hutchison, 2003; McRae & Jones, 2013; McRae, Khalkhali, & Hare, 2012). For example, the *fur* and *claws* and *teeth* of a lion need to co-occur for their corresponding nodes to become simultaneously active and thereby create a “semantic” network, and that physically similar stimuli are sometimes likely to co-occur (e.g., *lions* and *tigers* are often both encountered at zoos). Thus, the ostensible distinctions are often blurred in experimental practice, with the typical word list stimuli of the DRM paradigm being a case in point.

A potential problem underlying the dilemma is that predictive cognitive approaches typically rely on the nomothetic meaning of experimental stimuli having been established prior to experimentation, leaving associative and semantic histories uncontrolled. As a secondary issue, there can also be a certain reiteration when relatedness (whether associative or semantic) is solely defined in terms of the effects of relatedness. For example, little is gained when the words *bed* and *sleep* are deemed to be related because they are found to prime one another, and then this finding is explained by appeal to the relatedness (e.g., hypothetical nodal connectivity) of the two words. Potential solutions to both of these underlying issues may be found by giving greater experimental attention to the causal environmental conditions that establish meaningful relations between stimuli in the first place.

### **Behavior Analytic Approach to False Remembering**

From a behavior analytic perspective, the meanings of words are to be found in the conditions of their use and their effects on behavior (Cooper et al., 2020). That is, meaning is to be found in the stimulus *functions* and can be analyzed in terms of the histories responsible for their establishment. For example, if someone in the presence of a red octagon stands still and this behavior is contingently reinforced, the red octagon will come to acquire such a behavioral function or “meaning”. In addition, this function can be acquired by other physically similar stimuli, producing a phenomenon known as *generalization*. Following the previous example, this person could stand still in the presence of another physically similar stimulus such as a stop signal. Although there are some parallels between generalization and cognitive models that ground semantic meaning in shared physical features, a defining characteristic of *symbolic or verbal* stimuli is that their analysis-relevant stimulus functions are specifically *not* established via stimulus generalization. For example, there is no physical similarity between a red octagon and the sound of the word “stop,” yet for many people these stimuli function similarly. Furthermore, under the right conditions, if one of these stimuli directly acquire a new function (e.g., if the red octagon acquire an eliciting

function by directly pairing it with an aversive stimulus), the other stimulus could come to indirectly acquire that same function without any additional training (e.g. the person trained in this fashion might come to physiologically respond in the presence of the spoken word “stop”). In such cases of functional entanglement, the stimuli can be deemed to be *functionally equivalent* (Dougher & Markham, 1994, 1996; Goldiamond, 1962).

Research on *stimulus equivalence* has shown that the *functional equivalence* or the symbolic relatedness of stimuli can be established through match-to-sample (MTS) arbitrary conditional discrimination training (Sidman, 1994; Sidman & Tailby, 1982). During MTS training trials, participants are presented with a sample stimulus along with two or more comparison stimuli of which only one “matches” the sample, in the sense that its selection is followed by a reinforcer. The non-matching comparison stimuli on each trial are co-occurring stimuli that do not produce reinforcement when selected. Under these arrangements, it is possible to directly train the relationship *if A pick B* ( $A-B$ ) and the relationship *if A pick C* ( $A-C$ ). Thus, an individual being trained in this fashion can be exposed to the contingent relationships  $A-B\text{--}behavior\text{--}R^+$  and  $A-C\text{--}behavior\text{--}R^+$ , thereby exposing the individual to the stimulus co-occurrences  $A-B$  and  $A-C$  and co-occurrences with comparisons stimuli. Following such training, verbally competent humans will spontaneously engage in derived  $B-A$  and  $C-A$  *symmetric* responding, as well as derived  $B-C$  and  $C-B$  combined symmetric and *transitive* responding, hereafter referred to as equivalence responding. Demonstrations of symmetric and equivalence responding identify the stimuli as being members of a *stimulus equivalence class* (Dougher & Markham, 1994, 1996). It can be noted that in cognitive models,  $B-A$  and  $C-A$  nodal relations would be considered associative due to their physical dissimilarity and history of direct co-occurrence, whereas  $C-B$  would be considered a mediated relationship via  $C-A$  and  $A-B$  co-occurrences. Thus, experimental procedures for producing stimulus equivalence afford opportunities for exerting experimental control over both associative and semantic learning histories (see also Barnes-Holmes et al., 2005).

### **Evidence from a behavior-analytic approach**

Using the framework of equivalence responding, Guinther and Dougher (2010, 2014) developed the Derived Relational Intrusions Following Training (DRIFT) procedure as a behavior analytic account of semantic effects in false remembering. The DRIFT procedure posits that semantic false memory effects can occur when studied stimuli (e.g., words) acquire a discriminative function for remembering, and this function then transfers to stimuli that are members of the same equivalence class as the studied stimuli. Specifically, Guinther and Dougher (2010) examined whether

a group of non-studied words assigned to the same class as studied words would be falsely recalled or recognized at higher rates relative to non-studied words that had not been assigned to the same class. Furthermore, because some of the studied and non-studied words appeared together as comparison stimuli during MTS training, the authors were able to explore the effect of co-occurrence as a source of false memories. That is, their procedure allowed for a comparison of semantic (derived equivalence relations) versus associative (direct relations based on co-occurrence or contiguity) false remembering.

In more detail, Guinther and Dougher's (2010) experimental procedure began with one-to-many MTS training to establish three equivalence classes of random English words. The first to-be-formed class consisted of a geometric shape (e.g., a red square) and 24 words, 12 that would later be presented as a list of words for memorization (identified as Type 1: T1) and 12 that represented same-class non-studied words (identified as Type 3: T3). The second to-be-formed class consisted of a different geometric shape (e.g., a blue circle) and 24 different words, 12 that were consistently paired with the T1 words as comparison stimuli during MTS training (identified as Type 2: T2), and 12 that were consistently paired with the T3 words as comparison stimuli (identified as Type 4: T4). Finally, the third to-be-formed class consisted of a third shape (e.g., a green pentagon) and 24 Type 5 (T5) words randomly paired with T1, T2, T3, and T4 across MTS trials. After a block of 72 MTS training trials (24 trials for each sample shape and corresponding matching words), stimulus equivalence tests were conducted using a subset of the stimuli (six symmetry and six equivalence trials). If this criterion was not achieved, participants completed another block of MTS training, followed by another stimulus equivalence test using a new subset of stimuli. Once the criterion was met, participants were presented with the 12 T1 study-list words for memorization, followed by free recall and recognition tests. Supposing that stimulus pairing played a dominant role in establishing stimulus relations, the highest level of false recalls and recognitions was expected for T2 words because they had been directly paired with T1 words during MTS training. However, the highest level of false recalls and recognitions actually occurred for the same-class but non co-occurring T3 words. The authors concluded that functional relations played a stronger role in generating false memories than stimulus co-occurrence, but did acknowledge that co-occurrence may exert stronger control under different circumstances.

A potential shortcoming of the Guinther and Dougher (2010) procedure was that the inclusion of equivalence tests prior to memory testing introduced a direct source of T1-T3 co-occurrence for a subset of the stimuli. Therefore, some T3 false memories could potentially be explained as being directly related to T1 study words via co-occurrence without being derived (Guinther & Dougher, 2010). To circumvent this

potential confound, equivalence tests were omitted in a follow-up study (Guinther & Dougher, 2014) that aimed to bring semantic relations under contextual control. The MTS training included an initial context (X1) in which selections of T1 (and not T2) study-list words and T3 (and not T4) non-study words were reinforced in the presence of a sample (S1). In another context (X2), selections of T1 (and not T3) study-list words and T2 (and not T4) non-study words were reinforced in the presence of S1. There were only two comparison stimuli per trial, such that the frequency of T1-T2 in X1 and T1-T3 in X2 pairings was equated. Subsequent memory tests with the T1 study-list words were conducted in X1 vs. X2 as a between-subjects effect. Results showed a significant interaction between memory-test context and intrusion type, with the most intrusions of T3 words in X1 but the most intrusions of T2 words in X2. However, there were slightly elevated levels of T2 intrusions in X1 as well as slightly elevated levels of T3 intrusions in X2. The authors concluded that these context-inconsistent intrusions may have reflected only partial contextual control over derived semantic relatedness, and that the strongest effects could not be better explained by an appeal to stimulus contiguity.

As emphasized by Guinther and Dougher (2010, 2014), the trained relationships between same-class stimuli were more influential in producing false memories in their studies than relations-based stimulus co-occurrence. However, in both studies, non-studied words that had been paired with T1 words were members of a separate equivalence class, thereby overriding potential false memory effects (see Guinther & Dougher, 2010; 2014). Consequently, Guinther and Dougher's main findings do not rule out the possibility that equivalence classes (and corresponding false memories) could be formed among paired stimuli under different experimental conditions.

Ruiz-Sánchez, Luciano, & Guinther (2019) extended previous studies using an experimental analogous to some natural learning histories based on observing contiguous events. Furthermore, they analyzed the impact of the equivalence test (as an analog of questions about the relation among events) on the subsequent emergence of false memories. Specifically, a one-to-many ReT training procedure (ReT; Barnes-Holmes, Smeets, & Leader, 1996) was implemented to establish two stimulus equivalence classes. The first to-be-formed class consisted of a geometric shape (e.g., a red square) and 24 words, 12 that would be presented as study list of words (Type 1: T1) and 12 that represented same-class non-studied words (Type 3: T3). The second to-be-formed class consisted of a different shape (e.g., a blue circle) and 24 Type 2 (T2) words. A partial test for stimulus equivalence with a subset of stimuli from each class, along with a new comparison word, followed. As in Guinther and Dougher, 2010, after passing an equivalence test, participants were presented with 12 T1 study-list words beneath a shape for memorization, followed by a distraction task. Finally, free recall and

recognition tests were implemented. In line with previous studies, false memories were more frequent for T3 than for T2. Furthermore, the authors found that false recall and false remembering of non-studied Class 1 words were more frequent for words that had been equivalence-tested than for words that had not been equivalence-tested. That is, giving *explicit opportunities for deriving equivalence* relations seemed to promote the subsequent transfer of functions. This study connects with the findings found around the “testing effect” on the emergence of false memories and how strengthening relationships increase their production (i.e., see Reyna, 1988).

## CONCLUSIONS

In recent years, the behavioral scientist has paid close attention to understanding the functional properties of semantic relationships and their relationship with memory distortions or false memories. However, rather than attempting to map out the organization of “semantic networks,” behavioral scientists have systematically examined how familiar stimuli (those that are part of pre-existing stimulus relationships) are developed or incorporated into new stimulus classes. In other words, it has been given greater experimental attention to the causal environmental conditions that establish meaningful relations between stimuli in the first place. Results from a behavior analytic perspective are consistent with cognitive literature on semantic meaning (e.g., Robinson & Roediger, 1997; Roediger & McDermott, 1995), suggesting that derived relations are a good behavioral working model of false memories, as suggested by Guinther and Dougher (2010, 2014) and Ruiz-Sánchez et al. (2019). Collectively, these studies exemplify how this complex phenomenon may be understood and established from a behavioral approach. Further behavioral experimentation on false memories and other memory phenomena, such as mood-congruent false memory and the emergence of aversive memory distortions, might benefit from following a similar experimental path in order to specify the learning histories responsible for these behaviors.

## REFERENCES

- Anderson, J. R., & Bower, G. H. (1973). *Human associative memory*. Washington, DC: Winston.
- Balota, D. A., & Lorch, R. F. (1986). Depth of automatic spreading activation: Mediated priming effects in pronunciation but not in lexical decision. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition*, 12, 336–345.
- Brainerd, C. J., & Reyna, V. F. (2005). *The science of false memory*. Oxford: University Press.
- Brewer, W. F., & Treyens, J. C. (1981). Role of schemata in memory for places. *Cognitive Psychology*, 13, 207–230.



Buchanan, L., Brown, N. R., Cabeza, R., & Maitson, C. (1999). False memories and semantic lexicon arrangement. *Brain and Language*, 68(1-2), 172-177.

Ceci, S. J., & Friedman, R. D. (2000). The suggestibility of children: Scientific research and legal implications. *Cornell Law Review*, 86, 33-108.

Collins, A. M., & Loftus, E. F. (1975). A spreading activation theory of semantic memory. *Psychological Review*, 82, 407-428.

Cooper, J. O., Heron, T. E., & Heward, W. L. (2020). *Applied behavior analysis*. Pearson UK.

Dougher, M. J., & Markham, M. (1994). Stimulus equivalence, functional equivalence and the transfer of function. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, M. Sato, & K. Ono (Eds.). *Behavior Analysis of Language and Cognition* Context Press: Reno, NV.

Dougher, M. J., & Markham, M. R. (1996). Stimulus classes and the untrained acquisition of stimulus functions. In T. R. Zentall, & P. M. Smeets (Eds.). *Stimulus class formation in humans and animals* (pp. 137-152). New York: Elsevier.

Gallo, D. A. (2006). *Associative illusions of memory: False memory research in DRM and related tasks*. New York: Psychology Press

Goodman, G. S., & Clarke-Stewart, A. (1991). Suggestibility in children's testimony: Implications for child sexual abuse investigations. In J. L. Doris (Ed.). *The suggestibility of children's recollections* (pp. 92-105). Washington, DC: American Psychological Association.

Guinther, P. M., & Dougher, M. J. (2010). Semantic false memories in the form of derived relational intrusions following training. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 93, 329-347.

Guinther, P. M., & Dougher, M. J. (2014). Partial contextual control of semantic false memories in the form of derived relational intrusions following training. *The Psychological Record*, 64, 457-473.

Hutchison, K. A. (2003). Is semantic priming due to association strength or feature overlap? A microanalytic review. *Psychonomic Bulletin & Review*, 10, 785-813.

Loftus, E. F., & Palmer, J. C. (1974). Reconstruction of automobile destruction: An example of the interaction between language and memory. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 13, 585-589.

Masson, M. E. J. (1995). A distributed memory model of semantic priming. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21(1), 3-23.

McEvoy, C. L., Nelson, D. L., & Komatsu, T. (1999). What is the connection between true and false memories? The differential roles of interitem associations in recall and recognition. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 25, 1177-1194.

McRae, K., & Jones, M. N. (2013). Semantic memory. In D. Reisberg (Ed.) *The Oxford Handbook of Cognitive Psychology*

McRae, K., Khalkhali, S., & Hare, M. (2012). Semantic and associative relations: Examining a tenuous dichotomy. In V. F. Reyna, S. B. Chapman, M. R. Dougherty, & J. Confrey (Eds.), *The Adolescent Brain: Learning, Reasoning, and Decision Making* (pp. 39-66). Washington, DC: APA.

Moss, H. E., Hare, M. L., Day, P., & Tyler, L. K. (1994). A distributed memory model of the associative boost in semantic priming. *Connection Science*, 6, 413-427.

Reyna, V. F. (1998). Fuzzy-trace theory and false memory. *Memory distortions and their prevention*, 15-27.

Robinson, K. J., & Roediger, H. L. (1997). Associative processes in false recall and false recognition. *Psychological Science*, *8*, 231–237.

Roediger, H. L., & McDermott, K. B. (1995). Creating false memories: Remembering words not presented in lists. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, *21*(4), 803–814.

Ruiz-Sánchez, L. J., Luciano, C., & Guinther, P. M. (2019). Derived false memories using a respondent-type (ReT) procedure. *Journal of the experimental analysis of behavior*, *111*(1), 12–27.

## CAPÍTULO 2

### LA RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA PARA LA SATISFACCIÓN LABORAL Y LA ROTACIÓN

MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA\*, DANIEL DORTA AFONSO\*\*,  
Y LAURA ROMERO DOMÍNGUEZ\*\*\*

*\*Universidad de La Laguna; \*\*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria;*

*\*\*\*Escuela Universitaria de Turismo de Santa Cruz de Tenerife*

#### INTRODUCCIÓN

El turismo es una actividad de vital importancia para la economía española (Dorta-Afonso y Hernández-Martín, 2015). Debido a que se trata de una actividad de servicios, los empleados de este sector desempeñan un papel clave en la operativa diaria de las empresas. La principal razón es que la prestación de servicios requiere la interacción directa entre empleados y clientes, lo que hace que los primeros asuman un rol esencial no solamente en el servicio prestado, sino en la forma en la que se presta (Chen y Wang, 2019). Así, la literatura reconoce la importancia de los trabajadores de este sector en la satisfacción de los turistas, así como en el rendimiento de las empresas (Chi y Gursoy, 2009). Por ejemplo, en un restaurante, no solamente es importante la calidad de los platos que van a degustar los clientes, sino también la forma en la que el personal de sala atiende a los comensales.

No obstante, lo anterior, los trabajadores del turismo afrontan frecuentemente condicionales laborales precarias en términos de seguridad, compensación oportunidades de desarrollo y conciliación (Ariza-Montes, Hernández-Perlines, Han, y Law, 2019; Baum, 2018) que desembocan en un problema importante de baja satisfacción laboral y alta rotación en las empresas turísticas (Deery y Jago, 2015). En este capítulo, se plantea que las empresas turísticas podrían mejorar la satisfacción laboral de sus empleados y reducir la rotación en llevando a cabo prácticas de responsabilidad social corporativa (CSR). La CSR ha sido reconocida como fuente de ventaja competitiva, ya que muestra a los diferentes stakeholders (clientes, proveedores y empleados, entre otros) el compromiso de la organización con el bienestar social y medioambiental (El Akremi, Gond, Swaen, De Roeck, e Igalens, 2018). Sin embargo, la investigación en este tópico suele llevarse a cabo de forma agregada, tanto desde la perspectiva de los stakeholders (ignorando que cada grupo de interés es importante y difieren en percepciones, motivaciones e intereses y por lo tanto deben ser analizados por separado) como desde la perspectiva de los propios componentes de la CSR (ignorando la variedad de prácticas que existen, así como sus objetivos finales). Así, la literatura requiere que se avance el conocimiento en la

“micro-CSR” (es decir, en las prácticas de CSR que generan reacciones y resultados a nivel individual, Ouakouak, Arya, y Zaitouni, 2020), y abandonar los análisis agregados (Jones et al., 2019).

En esta investigación, los autores se centran en el concepto de CSR orientada al empleado, que se refiere aquellas prácticas dirigidas a crear mejores ambientes para los trabajadores dentro de las empresas (El Akremi et al., 2018); y además adoptan un enfoque centrado en la perspectiva de los mismos. Concretamente, se plantea que la CSR orientada al empleado tiene un efecto positivo en la satisfacción laboral y en la rotación de los trabajadores, que son problemas relevantes dentro de la industria turística.

De este estudio, que se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio que estudia la calidad del empleo en el sector turístico, se derivan varias contribuciones teóricas y de gestión. En este sentido, amplía el conocimiento existente en esta línea de investigación, ya que existen muy pocos estudios que se hayan centrado en el análisis de la CSR orientada al empleado en el sector turístico (ver como excepción el estudio de Kim, Rhou, Topcuoglu, y Kim, 2020). Desde una perspectiva práctica, se propone que las empresas turísticas inviertan estas prácticas, en la medida en que tienen efectos positivos en variables actitudinales de los trabajadores.

### **Marco teórico y planteamiento de hipótesis**

En este apartado se plantean los argumentos que dan soporte a las hipótesis en las que se basa el estudio presentado en este capítulo. En primer lugar, se presentan los argumentos que llevan a hipotetizar el efecto positivo de la CSR en la satisfacción laboral. En segundo lugar, se justifican los potenciales efectos de la CSR en la reducción de la intención de rotación de los trabajadores del sector turístico.

#### *El efecto de las acciones de CSR en la satisfacción laboral de los empleados*

La satisfacción laboral es una actitud de los empleados que se refiere, en términos simples, al grado en el que estos están contentos con su empresa y les gusta su trabajo (Currrivan, 1999). Se trata de una variable ampliamente estudiada en la literatura sobre dirección de empresas, incluidas las turísticas, debido a los efectos positivos que tiene sobre el rendimiento de las mismas (García-Rodríguez, Dorta-Afonso, y González-de-la-Rosa, 2020; Zopiatis, Constanti, y Theocharous, 2014). Además, en el sector turístico la satisfacción tiene una importancia adicional, ya que la prestación de servicios depende en gran medida de las interacciones que se producen entre los propios trabajadores y los clientes (Ariza-Montes et al., 2019). Por ejemplo, la satisfacción de un cliente en el restaurante de un hotel no depende únicamente de la calidad de los platos degustados, sino también de la forma en la que es tratado durante su comida. Por lo tanto, si dicho cliente es atendido por un camarero altamente

satisfecho, es más probable que las interacciones entre empleado y cliente sean de mayor calidad, por lo que la satisfacción del cliente con el servicio prestado será mayor. De lo contrario, si la satisfacción laboral de este hipotético camarero es baja, probablemente no se esforzará en tratar de la mejor forma posible al cliente, por lo que la satisfacción de este se podría ver mermada.

En este sentido, la literatura que estudia la relación entre la satisfacción laboral y el rendimiento de los empleados es clara, y sugiere que, a mayor satisfacción laboral, mayor rendimiento individual (Dorta-Afonso, González-de-la-Rosa, García-Rodríguez, y Romero-Domínguez, 2021). Sin embargo, a veces las empresas turísticas fallan en ofrecer a sus empleados ambientes laborales en los que puedan maximizar su satisfacción. Un reciente metaanálisis sobre la satisfacción laboral en turismo sugiere que, en base a las prácticas de gestión organizativa que llevan a cabo las empresas, se puede mejorar la satisfacción laboral de los trabajadores (Kong, Jiang, Chan, y Zhou, 2018). De hecho, ya existen trabajos empíricos que han relacionado las acciones de CSR con la satisfacción laboral de los empleados (Raub y Blunschi, 2014). Es más, el reciente estudio de Kim et al. (2020) plantea que las acciones de CSR más instrumentales, es decir, aquellas que tienen un impacto más directo en los trabajadores, mejoran su calidad de vida laboral, y esta, a su vez, mejora la satisfacción laboral. No obstante, el mencionado estudio no plantea ninguna relación (directa o indirecta) entre la CSR y la satisfacción y, por lo tanto, se desconoce si la CSR orientada al empleado tiene efectos sobre su satisfacción. Así, esta investigación plantea que, efectivamente, las acciones de CSR dirigidas al empleado tendrán un efecto positivo sobre su satisfacción laboral. Por lo tanto, se enuncia formalmente la siguiente hipótesis:

Hipótesis 1: Las acciones de CSR orientadas al empleado aumentará la satisfacción laboral de los empleados de primera línea del sector turístico.

### **El efecto de las acciones de CSR en la intención de rotación de los empleados**

La intención de rotación se refiere a la actitud que desarrollan los empleados que quieren abandonar la empresa en la que trabajan. Es lo que precede a la rotación real y está, además, estrechamente relacionada con el absentismo laboral (Afsar, Shahjehan, y Shah, 2018). La rotación constituye un problema tradicional en las empresas del sector turístico por diferentes razones. En primer lugar, cuando un empleado abandona la empresa, tiene que ser reemplazado por otro, y esta sustitución acarrea costes de reclutamiento y selección inherentes al proceso de incorporación del nuevo personal a la organización (Zopiatis et al., 2014). La rotación también puede tener efectos en el rendimiento financiero de las empresas, en la medida en que la satisfacción de los clientes puede verse mermada (Jang y George, 2012). Esto se debe a que el empleado saliente ya sabía hacer su trabajo y, por lo tanto,

era capaz de realizar una buena prestación de servicios, mientras que las nuevas incorporaciones rinden a niveles sub-óptimos, al menos inicialmente, hasta que logran cierta soltura en el desempeño de sus tareas. Por lo tanto, desde la perspectiva del rendimiento organizativo y de la calidad del servicio, reducir la intención de rotación de los trabajadores constituye un objetivo fundamental para las empresas del sector turístico (Yan, Mansor, Choo, y Abdullah, 2021). Esto es aún más relevante con la situación de incertidumbre, inseguridad laboral y riesgos para la salud provocada por la crisis de la COVID-19 (Bajrami et al., 2021).

Al margen de la pandemia, la rotación de los empleados es un tópico que lleva captando la atención de los investigadores desde hace varias décadas (Afsar et al., 2018; Chen y Wang, 2019; Zopiatis et al., 2014). Pese a la importancia del problema, la literatura que analiza las condiciones laborales del sector turístico reconoce que ofrece empleos caracterizados normalmente por una baja remuneración, largas jornadas laborales que dificultan la conciliación y pocas oportunidades de desarrollo y promoción (Ariza-Montes et al., 2019; Baum, 2015; Ladkin, 2011). Por ello, los investigadores han intentado identificar y analizar las formas en las que las empresas pueden reducir la rotación de sus empleados.

En este sentido, la literatura señala que las empresas podrían reducir las intenciones de rotación de sus trabajadores bajo la premisa de la reciprocidad. Es decir, si los trabajadores perciben que sus empresas se preocupan e invierten en ellos, desarrollarán actitudes y comportamientos positivos hacia la misma (Khan et al., 2021) y, por lo tanto, no querrán buscar otro lugar en el que trabajar. En esta línea, existe evidencia que relaciona la CSR con la reducción de la intención de abandono (Bode, Singh, y Rogan, 2015; Ouakouak et al., 2020). No obstante, aunque no existe evidencia de que sean específicamente las acciones orientadas al empleado las que tengan el potencial de reducir la rotación, sería razonable pensar que dichas acciones podrían ser percibidas como positivas por parte de los trabajadores, y reducir sus intenciones de buscar otro empleo. Así, se forma la siguiente hipótesis:

Hipótesis 2: Las acciones de CSR orientadas al empleado reducen las intenciones de rotación de los empleados de primera línea del sector turístico.

## **MÉTODO**

Para cumplir con los objetivos de investigación, se realizó una investigación cuantitativa por encuesta a empleados de primera línea del sector turístico. La muestra final estaba formada por 240 empleados de hoteles ubicados en Tenerife (Islas Canarias, España). El cuestionario incluía varias escalas destinadas a medir las diferentes variables de interés para el estudio.

### **Caracterización de la muestra**

El cuestionario fue distribuido entre 240 trabajadores de hotel de la isla de Tenerife, priorizando los hoteles de tres, cuatro y cinco estrellas. De los individuos de la muestra, el 61% eran mujeres y el 39% eran hombres, y tenían una edad media de 40,77 años. El 70% de la muestra tenía un contrato fijo y casi el 80% de los sujetos encuestados se dedicaban a tiempo completo a su trabajo en los establecimientos.

### **Variables**

CSR orientada al empleado. El factor 3 orientada al empleado se midió con el factor 3 de la escala de El Akremi et al. (2018). Este estaba formado por seis ítems, a los cuales los participantes debían responder con valores de 1 a 5 según su grado de acuerdo con las afirmaciones planteadas. Algunos ejemplos de los ítems incluidos son: “La empresa facilita que pueda conciliar mi vida laboral, personal y familiar”, “La empresa desarrolla programas para aumentar la seguridad y mejorar el entorno de trabajo de los empleados”, y “Recibo una adecuada asistencia médica en mi trabajo”.

Satisfacción laboral. Esta variable se midió con una escala formada por tres ítems diseñada a partir de los trabajos de Chi y Guroy (2009), y Zopiatis et al. (2014). En ella, los participantes debían indicar con valores del 1 al 5 su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones (1 = Totalmente en desacuerdo su grado; 5 = Totalmente de acuerdo): “En general, me siento satisfecho con mi actual trabajo”, “En general, me gusta trabajar en esta empresa”, y “Mi trabajo me proporciona sentimientos de logro y contribuye positivamente a mi satisfacción en la vida”.

Intención de rotación. La intención de los trabajadores de abandonar su empresa se midió con 2 ítems obtenidos de la literatura (Karatepe et al., 2006). La medida tenía un rango de 1 a 5 y puntuaciones mayores implicaban mayores intenciones de abandonar la empresa. Un ejemplo de los ítems era “Probablemente buscaré otro trabajo pronto”.

## **RESULTADOS**

Para contrastar las hipótesis planteadas, se ha realizado un modelo de ecuaciones estructurales mediante la técnica de PLS (PLS-SEM). Esta elección se debe a que PLS-SEM funciona bien con muestras de tamaño reducido, y porque no asume ninguna distribución particular sobre los datos (Hair, Risher, Sarstedt, y Ringle, 2019).

En primer lugar, se validó el modelo de medida, que era de naturaleza íntegramente reflectiva. Como puede observarse en la Tabla 1, las cargas de todos los ítems superaban el corte de 0,708 que establece la literatura (Hair et al., 2019), confirmando así la fiabilidad individual de los ítems. Con respecto a la fiabilidad compuesta, medida con el estadístico rho\_A, la Tabla 1 muestra que los valores son mayores que 0,7 para todos los constructos, confirmando dicha fiabilidad (Dijkstra y

Henseler, 2015). Finalmente, se analizó la validez convergente mediante la varianza media extraída de cada constructo. Dado que todos los valores superaban el corte de 0,5 (Hair et al., 2019), también se confirma dicha propiedad del modelo propuesto.

*Tabla 1. Fiabilidad y validez convergente del modelo*

Constructos	Ítems	Cargas	Fiabilidad compuesta	rho_A	AVE
CSR orientada al empleado	CSR1	0,747	0,903	0,889	0,609
	CSR2	0,791			
	CSR3	0,683			
	CSR4	0,843			
	CSR5	0,761			
	CSR6	0,847			
Satisfacción laboral	SAT1	0,922	0,935	0,899	0,828
	SAT2	0,912			
	SAT3	0,896			
Intención de rotación	INT1	0,924	0,929	0,854	0,867
	INT2	0,939			

AVE: varianza media extraída.

Con respecto a la validez discriminante, se aplicó el criterio de la ratio heterotrait-monotrait. Todos los valores obtenidos eran inferiores al corte de 0,85 establecido por Henseler, Ringle, y Sarstedt (2015). Por tanto, se confirma la validez discriminante del modelo.

Una vez evaluado el modelo de medida, se validó el modelo estructural. Para ello, en primer lugar, se examinaron el valor del factor de inflación de la varianza para cada constructo. En todos los casos, este valor cumplía el criterio óptimo de menor que 3 (Hair et al., 2019). Por tanto, se puede afirmar que el modelo propuesto no presentaba problemas de colinealidad.

A continuación, se examinaron los coeficientes path y los niveles de significación de las hipótesis propuestas. Como se muestra en la Tabla 2, las acciones de CSR orientadas al empleado influyen positiva y significativamente en la satisfacción laboral de los empleados. Es decir, las acciones de CSR aumentan la satisfacción laboral. Por tanto, se confirma la hipótesis 1. Paralelamente, el efecto de las acciones de CSR sobre la intención de rotación es negativo y significativo, lo cual se traduce en que las acciones de CSR orientadas al empleado reducen la intención de rotación de los empleados. Por tanto, se acepta la hipótesis 2.

Finalmente, y en lo relativo al poder explicativo del modelo, medido con el estadístico R<sup>2</sup>, este predice el 56,9% de la varianza de la satisfacción laboral y el 8,5% de la intención de rotación. Esto, según Hair et al. (2019), indica un poder alto y bajo, respectivamente. Ahora, analizando la relevancia predictiva del modelo (Q<sup>2</sup>), para



ambos constructos los valores son superiores a 0, cumpliendo con el requisito establecido por Hair et al. (2019).

*Tabla 2. Contraste de hipótesis*

Hipótesis	Coeficientes <i>path</i>	<i>t</i>	Intervalos de confianza		Conclusión
			5%	95%	
CSR orientada al empleado → Satisfacción laboral	0,754***	26.070	0,707	0,802	Se acepta H1
CSR orientada al empleado → Intención de rotación	-0,292***	4,382	-0,407	-0,188	Se acepta H2

*Nota:* Resultados para 10.000 submuestras; \*\*\*p-value<0.001.

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Con este estudio se aporta evidencia empírica de los efectos positivos de las acciones de CSR orientadas al empleado, tanto en la mejora de la satisfacción laboral como en la reducción de la intención de abandono en una muestra de empleados de primera línea del sector turístico. De los resultados obtenidos se derivan importantes contribuciones teóricas, y permiten realizar recomendaciones de gestión. Ambos aspectos se presentan a continuación. Para finalizar, también se describen algunas limitaciones que incitan al debate para futuras líneas de investigación.

Como principal contribución teórica, este trabajo contribuye al conocimiento existente sobre la CSR, concretamente en el ámbito de las empresas turísticas. En este sentido, este estudio se concibe como una respuesta a los requerimientos de la literatura de realizar análisis desde la perspectiva de los empleados, que constituyen el principal grupo de interés para las empresas turísticas (Kim et al., 2020); así como de desagregar los diferentes componentes de la propia CSR (El Akremi et al., 2018; Jones et al., 2019). Así, los resultados permiten reafirmar la evidencia de que las acciones de CSR orientadas al empleado son positivas en dos de las variables más estudiadas e importantes en la literatura sobre comportamiento organizativo: la satisfacción laboral y las intenciones de abandonar la empresa. Adicionalmente, este trabajo también contribuye a la literatura sobre la satisfacción laboral y la intención de abandono, concretamente a la rama que intenta esclarecer los determinantes de ambas variables (Kong et al., 2018; Zopiatis et al., 2014).

Además, el estudio sigue línea del llevado a cabo recientemente por Kim et al. (2020). Estos autores proponen dos tipos de acciones de CSR: voluntarias e instrumentales. Las que este trabajo plantea como orientadas al empleado serían similares a las que ellos denominan instrumentales, que tienen que ver con aspectos como el trato justo, la remuneración, la estabilidad laboral o la conciliación. Así, se sugiere a las empresas turísticas que inviertan en este tipo de acciones, más

instrumentales y fácilmente percibidas por los trabajadores, de cara a mejorar tanto su satisfacción laboral como a reducir la rotación.

No obstante, este estudio presenta algunas limitaciones que merecen atención y que permiten abrir futuras líneas de investigación. En primer lugar, se ha considerado a los trabajadores como un colectivo homogéneo, mientras que las realidades que viven en las empresas turísticas son muy diferentes (Dorta-Afonso et al., 2021; Lee et al., 2015). Por ello, se propone, en primer lugar, tener en cuenta el departamento de adscripción (p.ej., recepción, alimentos y bebidas, animación, reservas), y replicar este estudio con el fin de ver si las hipótesis se sostienen. También sería interesante tener en cuenta el nivel jerárquico dentro de la empresa, puesto que las acciones de CSR pueden ser percibidas de forma diferente en función de su condición de directivos o no (Kim et al., 2020).

## REFERENCIAS

- Afsar, B., Shahjehan, A., y Shah, S. I. (2018). Frontline employees' high-performance work practices, trust in supervisor, job-embeddedness and turnover intentions in hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(3), 1436–1452.
- Ariza-Montes, A., Hernández-Perlines, F., Han, H., y Law, R. (2019). Human dimension of the hospitality industry: Working conditions and psychological well-being among European servers. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 41, 138–147.
- Bajrami, D.D., Terzić, A., Petrović, M.D., Radovanović, M., Tretiakova, T.N., y Hadoud, A. (2021). Will we have the same employees in hospitality after all? The impact of COVID-19 on employees' work attitudes and turnover intentions. *International Journal of Hospitality Management*, 94, 102754.
- Baum, T. (2015). Human resources in tourism: Still waiting for change?—A 2015 reprise. *Tourism Management*, 50, 204–212.
- Baum, T. (2018). Sustainable human resource management as a driver in tourism policy and planning: A serious sin of omission? *Journal of Sustainable Tourism*, 26(6), 873–889.
- Bode, C., Singh, J., y Rogan, M. (2015). Corporate social initiatives and employee retention. *Organization Science*, 26(6), 1702–1720.
- Chen, H.T. y Wang, C.H. (2019). Incivility, satisfaction and turnover intention of tourist hotel chefs. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 31(5), 2034–2053.
- Chi, C.G., y Gursoy, D. (2009). Employee satisfaction, customer satisfaction, and financial performance: An empirical examination. *International Journal of Hospitality Management*, 28(2), 245–253.
- Currihan, D.B. (1999). The causal order of job satisfaction and organizational commitment in models of employee turnover. *Human Resource Management Review*, 9(4), 495–524.
- Deery, M. y Jago, L. (2015). Revisiting talent management, work-life balance and retention strategies. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(3), 453–472.
- Dijkstra, T.K. y Henseler, J. (2015). Consistent partial least squares path modeling. *MIS Quarterly*, 39(2), 297–316.

Dorta-Afonso, D. y Hernández-Martín, R. (2015). Subnational tourism competitiveness performance. The Canary Islands vs. The German Länder. *European Journal of Tourism Research*, 10, 51–63.

Dorta-Afonso, D., González-de-la-Rosa, M., García-Rodríguez, F.J., y Romero-Domínguez, L. (2021). Effects of High-Performance Work Systems (HPWS) on Hospitality Employees' Outcomes Through Their Organizational Commitment, Motivation, and Job Satisfaction. *Sustainability*, 13(6), 3226.

El Akremi, A., Gond, J.P., Swaen, V., De Roeck, K., e Igalens, J. (2018). How do employees perceive corporate responsibility? Development and validation of a multidimensional corporate stakeholder responsibility scale. *Journal of Management*, 44(2), 619–657.

García-Rodríguez, F.J., Dorta-Afonso, D., y González-de-la-Rosa, M. (2020). Hospitality diversity management and job satisfaction: The mediating role of organizational commitment across individual differences. *International Journal of Hospitality Management*, 21, 102698. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102698

Hair, J.F., Risher, J.J., Sarstedt, M., y Ringle, C.M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*.

Henseler, J., Ringle, C.M., y Sarstedt, M. (2015). A new criterion for assessing discriminant validity in variance-based structural equation modeling. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 43(1), 115–135.

Jang, J. y George, R.T. (2012). Understanding the influence of polychronicity on job satisfaction and turnover intention: A study of non-supervisory hotel employees. *International Journal of Hospitality Management*, 31(2), 588–595.

Jones, D.A., Newman, A., Shao, R., y Cooke, F.L. (2019). Advances in employee-focused micro-level research on corporate social responsibility: Situating new contributions within the current state of the literature. *Journal of Business Ethics*, 157(2), 293–302.

Karatepe, O.M., Uludag, O., Menevis, I., Hadzimehmedagic, L., y Baddar, L. (2006). The effects of selected individual characteristics on frontline employee performance and job satisfaction. *Tourism Management*, 27, 547–560.

Khan, M.A.S., Du, J., y Anwar, F. (2021). Corporate social responsibility and the reciprocity between employee perception, perceived external prestige, and employees' emotional labor. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 61.

Kim, H., Rhou, Y., Topcuoglu, E., y Kim, Y.G. (2020). Why hotel employees care about Corporate Social Responsibility (CSR): Using need satisfaction theory. *International Journal of Hospitality Management*, 87, 102505.

Kong, H., Jiang, X., Chan, W., y Zhou, X. (2018). Job satisfaction research in the field of hospitality and tourism. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 2178–2194.

Ladkin, A. (2011). Exploring tourism labor. *Annals of Tourism Research*, 38(3), 1135–1155.

Lee, J.S., Back, K.J., y Chan, E.S. (2015). Quality of work life and job satisfaction among frontline hotel employees: A self-determination and need satisfaction theory approach. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(5), 768–789.

Ouakouak, M.L., Arya, B., y Zaitouni, M. (2020). Corporate social responsibility and intention to quit. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 69(3), 447–465.

Raub, S. y Blunschi, S. (2014). The power of meaningful work: How awareness of CSR initiatives fosters task significance and positive work outcomes in service employees. *Cornell Hospitality Quarterly*, 55(1), 10–18.

Yan, Z., Mansor, Z.D., Choo, W.C., y Abdullah, A.R. (2021). How to Reduce Employees' Turnover Intention from the Psychological Perspective: A Mediated Moderation Model. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 185.

Zopiatis, A., Constanti, P., y Theocharous, A. L. (2014). Job involvement, commitment, satisfaction and turnover: Evidence from hotel employees in Cyprus. *Tourism Management*, 41, 129–140.

## CAPÍTULO 3

### LOS SISTEMAS DE PRÁCTICAS DE ALTO RENDIMIENTO EN RECURSOS HUMANOS COMO MECANISMO PARA REDUCIR BURNOUT: UNA APLICACIÓN AL SECTOR DEL ALOJAMIENTO HOTELERO

LAURA ROMERO DOMÍNGUEZ\*, DANIEL DORTA AFONSO\*\*,  
Y MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA\*\*\*

*\*Escuela Universitaria de Turismo de Santa Cruz de Tenerife;*

*\*\*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; \*\*\*Universidad de La Laguna*

#### INTRODUCCIÓN

El turismo es una de las actividades económicas que más empleo genera en el mundo, ya que uno de cada diez puestos de trabajo está directamente relacionado con este sector. A su vez, constituye la principal fuente de contribución al PIB de muchos países (Sigala, 2020). Sin embargo, en 2020, la crisis provocada por la COVID-19 golpeó duramente a esta industria. Las llegadas de turistas internacionales cayeron un 74%, lo cual provocó pérdidas billonarias a nivel global. Además, la pandemia puso en riesgo entre 100 y 120 millones de puestos de trabajo directamente vinculados con la actividad turística (OMT, 2021). Ahora bien, el turismo se caracteriza por haber superado numerosas crisis (Sigala, 2020), y la de la COVID-19, a pesar de sus circunstancias sin precedentes, no será una excepción. Con los avances en la vacunación a nivel global (Mathieu et al., 2021) y las diferentes medidas institucionales para favorecer su recuperación – como, por ejemplo, el Certificado COVID Digital de la Unión Europea (Comisión Europea, 2021) -, el verano de 2021 parece presentarse como el punto de inflexión a partir del cual el turismo comenzará a reactivarse.

Con la recuperación progresiva del turismo, no hay que olvidar que este se desarrolla en entornos altamente estresantes para los trabajadores (Ariza-Montes, Hernández-Perlines, Han, y Law, 2019). Esto es incluso más evidente en la industria hotelera, un sector en el que los empleados tienen altas cargas de trabajo y pasan grandes cantidades de tiempo interactuando intensamente con los clientes (Lu y Gursoy, 2016). A estas condiciones se suman los salarios bajos, la inestabilidad laboral y unas oportunidades muy limitadas de desarrollo profesional (Baum, Solnet, Robinson, y Mooney, 2020). Al igual que otras profesiones orientadas al servicio, los empleados de hotel también experimentan altos niveles de burnout (Wong, Xu, Chan, y He, 2019). En términos simples, el burnout se refiere a una crisis del empleado con su trabajo a consecuencia del estrés que este provoca, y se manifiesta como un estado

de drenaje físico, emocional y mental (Maslach y Leiter, 2016; Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001).

A pesar de la importancia de estudiar este fenómeno por sus consecuencias negativas tanto a nivel individual y organizativo, pocos estudios han investigado cómo reducir el burnout desde la perspectiva de la gestión de recursos humanos (Fan et al., 2014). Algunos autores han considerado – y constatado – el papel de los sistemas de prácticas de alto rendimiento en recursos humanos (de ahora en adelante, sistemas PAR) como mecanismo para combatir este fenómeno (p.ej., Fan et al., 2014; Jyoti y Rani, 2019). Los sistemas PAR son conjuntos de prácticas de recursos humanos dirigidas a mejorar las habilidades, incrementar la motivación y fomentar la participación de los empleados en la organización (Sun, Aryee, y Law, 2007). Sin embargo, la literatura sobre los sistemas PAR aplicada al sector turístico todavía es escasa (Kloutsiniotis y Mihail, 2020c). Más particularmente, ningún trabajo hasta la fecha ha estudiado el efecto de los sistemas PAR sobre el burnout en este ámbito. El trabajo de Wong et al. (2019) es la única excepción. No obstante, estos autores solo consideraron uno de los tres componentes del burnout.

Por todo lo anterior, el objetivo de este estudio es analizar si los sistemas PAR contribuyen a la reducción del burnout que experimentan los empleados de hotel. Para ello, se encuestó a 120 empleados de diferentes hoteles ubicados en un destino turístico insular.

### **Los sistemas PAR y su relación con el burnout**

El burnout se define como un síndrome psicológico que surge ante la exposición prolongada a los elementos estresores del trabajo. Los empleados que lo experimentan desarrollan una sensación de agotamiento abrumador, sentimientos de desapego hacia el trabajo, y sensaciones de ineffectividad y falta de realización personal (Maslach et al., 2001). Esto provoca que pierdan la capacidad de mantener un grado de implicación suficiente para contribuir significativamente en el trabajo. Por tanto, el burnout se traduce en consecuencias organizativas negativas tales como el descenso de la productividad y del compromiso, así como el aumento de la insatisfacción, el absentismo y el abandono de los empleados (Maslach y Leiter, 2016). Desde el punto de vista individual, el burnout puede provocar problemas psicológicos (p.ej., ansiedad, depresión), físicos (p.ej., insomnio, problemas cardiovasculares) y personales (p.ej., problemas familiares/maritales, abuso de alcohol y drogas) (Molero, Pérez-Fuentes, Gázquez, Simón, y Martos, 2018; Shepherd et al., 2010).

El burnout está formado por tres dimensiones que, además, se manifiestan de forma sistemática. En primer lugar, aparece el agotamiento, un estado de fatiga física y emocional que se deriva de las demandas del trabajo. El agotamiento genera sentimientos negativos que provocan distanciamiento y desapego hacia el trabajo y

las personas (cinismo). Por último, si esta situación se mantiene en el tiempo, aparecen los sentimientos de fracaso e insatisfacción con uno mismo al ser incapaz de cumplir con las responsabilidades del trabajo (pérdida de la eficacia profesional) (Maslach y Leiter, 2016).

Dado que los empleados son el activo más valioso para cualquier organización (Dorta-Afonso, González-de-la-Rosa, García-Rodríguez, y Romero-Domínguez, 2021; Jyoti y Rani, 2019), la reducción del burnout constituye un objetivo primordial en la gestión de recursos humanos (Lu y Gursoy, 2016). Para ello, esta investigación propone los sistemas PAR, puesto que han recibido un escaso tratamiento como tal en la literatura en general, y en ámbito del alojamiento hotelero en particular.

Aunque no existe un consenso sobre qué prácticas individuales se consideran o no parte de los sistemas par (Fan et al., 2014; Kloutsiniotis y Mihail, 2020c), estas abordan aspectos como la formación y el desarrollo profesional, la promoción interna, la retribución o la participación en la toma de decisiones (Jyoti y Rani, 2019). A pesar de la controversia sobre sus efectos en el bienestar de los empleados (sobre si el beneficio es mutuo para empleados y organizaciones, o solo para las organizaciones a costa del bienestar de los primeros, ver Kloutsiniotis y Mihail, 2020b), la mayoría de expertos concluye que los sistemas PAR se traducen en un beneficio mutuo para empleados y empleadores. Los sistemas PAR proveen a los empleados de mejores habilidades, mayor seguridad laboral, mejores canales de comunicación y mayor comprensión de su trabajo, entre otras ventajas (Fan et al., 2014). Esto genera una relación de confianza entre ambas partes. Así, los empleados perciben que son valorados y respetados por la organización, lo cual les motiva a responder con conductas y actitudes positivas (p.ej., compromiso, satisfacción, comportamientos discrecionales) que se traducen en una mayor productividad y desempeño organizativo (Dorta-Afonso et al., 2021; Kloutsiniotis y Mihail, 2020b; Sun et al., 2007).

Teniendo esto en cuenta, según la teoría de las demandas y los recursos laborales (Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli, 2001), los sistemas PAR constituyen recursos (i.e., habilidades, motivación y oportunidades) que permiten a los empleados adaptarse mejor a las demandas de su trabajo, gestionando mejor el estrés físico y mental que estas generan y, en definitiva, reducir sus niveles de burnout (Kloutsiniotis y Mihail, 2020b). Así, el potencial de los sistemas PAR para reducir el burnout ha sido confirmado en los sectores de la sanidad (p.ej., Fan et al., 2014), las telecomunicaciones (p.ej., Jyoti y Rani, 2019) y la fabricación de bienes (p.ej., Kloutsiniotis y Mihail, 2020b). En el caso del alojamiento hotelero, donde las demandas laborales son muy altas (Ariza-Montes et al., 2019), únicamente Wong et al. (2019) han estudiado esta relación. Sin embargo, estos autores solo analizaron los

efectos de los sistemas PAR sobre el agotamiento, ignorando los efectos que estas pueden tener sobre el cinismo y la pérdida de la eficacia personal.

Por todo lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente hipótesis de investigación:

Hipótesis 1: Los sistemas PAR influyen negativamente en el burnout - a) agotamiento, b) cinismo, y c) pérdida de eficacia profesional - de los empleados de hotel.

## **MÉTODO**

Para cumplir con los objetivos de este trabajo, se ha realizado una investigación cuantitativa por encuesta a empleados de hotel. En concreto, se encuestó a una muestra de 120 trabajadores de hoteles ubicados en la isla de Gran Canaria (Islas Canarias, España). El cuestionario incluía diferentes escalas para medir las variables del estudio.

### **Caracterización de la muestra**

De los individuos encuestados, el 58,3% eran mujeres ( $N=70$ ), mientras que el 41,7% eran hombres ( $N=50$ ). La mayoría trabajaba en hoteles de tres estrellas (46,7%), mientras que el 40,8% lo hacía en hoteles de cuatro estrellas, y el 7,5% restante, en hoteles de cinco estrellas.

### **Variables**

Sistemas de prácticas de alto rendimiento de recursos humanos (sistemas PAR). Esta variable se midió con la escala de 20 ítems diseñada por Kloutsiniotis y Mihail (2020b). En ella, se solicitaba a los participantes que indicaran, en una escala de 5 puntos su grado de acuerdo con una serie de afirmaciones, donde 1 significaba “Totalmente en desacuerdo”, y 5, “Totalmente en desacuerdo”. Algunos ejemplos de los ítems incluidos en esta escala son: “La empresa se toma muchos esfuerzos en seleccionar a la persona adecuada” y “Mi trabajo tiene una descripción de tareas actualizada”.

Burnout: El burnout se midió con una adaptación al español del *Maslach Burnout Inventory o MBI* (Maslach, Jackson, y Leiter, 1997), diseñada por Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal, y Escobar (2001). Este instrumento de medida está formado por 16 ítems. Para cada uno de ellos, los participantes debían indicar la frecuencia con la que se identificaban con la afirmación recogida, siendo 0 “Nunca” y 6, “Cada día”. El MBI mide las tres dimensiones del burnout: agotamiento, cinismo y pérdida de eficacia personal.



## **RESULTADOS**

La hipótesis de partida planteaba que los sistemas PAR influían negativamente en las tres dimensiones del burnout. Es decir, que son beneficiosas para reducirlo. Por lo tanto, se realizaron tres análisis de regresión, en aras de predecir cada una de las dimensiones del burnout en función de los sistemas PAR.

La hipótesis 1a) sugería que los sistemas PAR reducen significativamente el agotamiento de los trabajadores de hotel. Tras llevar a cabo los análisis de regresión, se encontró una ecuación de regresión significativa  $F(1,118)=6,220, p<0,05$ , con un  $R^2$  de 0,22:

$$\text{Agotamiento} = 2,69 - 0,21 \cdot \text{Sistemas PAR}$$

Por lo tanto, el agotamiento de los empleados de hotel mejoraba (es decir, se reducía) en 0,21 unidades por cada unidad reportada de sistemas PAR percibida. Así, se aporta suficiente evidencia empírica para dar soporte a la hipótesis 1a).

La hipótesis 1b) planteaba que los sistemas PAR son beneficiosos para reducir el cinismo de los empleados de hotel. En este caso, no se encontró una ecuación significativa. Aunque el efecto se observaba para la dirección esperada (a más sistemas PAR, menos cinismo), la falta de significación estadística no permite apoyar empíricamente la hipótesis 1b).

La última hipótesis 1c) proponía que los sistemas PAR son positivos para reducir la percepción de los empleados de falta de eficacia profesional. En este caso, se obtuvo una ecuación de regresión significativa  $F(1,118)=11,57, p<0,05$ , con un valor de  $R^2$  de 0,10:

$$\text{Eficacia} = 2,67 + 0,58 \cdot \text{Sistemas PAR}$$

Por lo tanto, la percepción de los trabajadores sobre su propia eficacia profesional mejoraba en 0,58 unidades por cada unidad reportada de sistemas PAR percibida.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

El presente trabajo aporta evidencia empírica sobre los efectos positivos que tienen los sistemas de prácticas de alto rendimiento en recursos humanos (sistemas PAR) para reducir el burnout. En concreto, los resultados obtenidos permiten afirmar que los sistemas PAR reducen el agotamiento y mejoran la percepción de la eficacia profesional. Estos resultados tienen importantes implicaciones teóricas y prácticas, que se describen a continuación.

En primer lugar, esta investigación se suma a los estudios que abogan por los efectos positivos de los sistemas PAR sobre el rendimiento y las actitudes en el trabajo para los empleados del sector turístico (Alafeshat y Tanova, 2019; Dorta-Afonso et al., 2021; Karatepe, 2013b; Kloutsiniotis y Mihail, 2020c), y extiende dichos efectos, demostrando que dichas prácticas también mejoran la salud y el bienestar de los

misimos al reducir su burnout. Los resultados de este trabajo complementan los obtenidos por Wong et al. (2019), corroborando el efecto positivo de los sistemas PAR para reducir el agotamiento, y se amplía el conocimiento en esta línea de investigación, constatando que los sistemas PAR también aumentan la percepción de la eficacia profesional de los empleados de hotel. No obstante, no se han encontrado efectos sobre el cinismo. Estos resultados podrían atribuirse a la propia naturaleza del constructo de sistemas PAR. Mientras que en este trabajo se ha tratado como un único constructo, la literatura en recursos humanos sugiere tratar estas prácticas como “paquetes”, y agruparlas según el tipo de recurso o fuente de mejora que representan: habilidades, motivaciones u oportunidades (Kloutsiniotis y Mihail, 2020a). Este planteamiento ya ha sido aplicado en la literatura general, pero en muy contadas ocasiones se ha adoptado en estudios específicos sobre el sector turístico. Así, es posible que determinados paquetes o subgrupos de prácticas tengan efectos diferentes sobre las distintas dimensiones del burnout.

En cuanto a las implicaciones prácticas y de gestión, este trabajo se suma a los planteamientos en la literatura que conciben las prácticas organizativas como formas de mostrar compromiso con los empleados, así como de mejorar sus actitudes y su rendimiento laboral (García-Rodríguez, Dorta-Afonso, y González-de-la-Rosa, 2020; Karatepe, 2013a). En concreto, se recomienda a los hoteleros y a los profesionales de recursos humanos la implantación activa de sistemas PAR en sus organizaciones, ya que, como han demostrado los resultados, estos contribuyen a disminuir el burnout, lo cual debería ocupar un puesto prioritario entre los objetivos de la gestión de recursos humanos en el sector del alojamiento hotelero, que se caracteriza precisamente por altos niveles de demandas laborales y estrés (Ariza-Montes et al., 2019; Wong et al., 2019). Por otro lado, y siguiendo a Jyoti y Rani (2019), los sistemas PAR que se implementen (p.ej., formación continua, evaluación del rendimiento, participación en la toma de decisiones) deben basarse en prácticas flexibles (p.ej., horarios, ubicaciones), en aras de favorecer la conciliación y reducir el estrés que se deriva de las largas jornadas laborales a las que están sometidos los trabajadores de hoteles. Además de tener un diseño adecuado, los sistemas PAR requieren ser comunicados abiertamente a los empleados, pues ello hace que sean más conscientes de ellos, así como del entorno en el que trabajan (Dorta-Afonso et al., 2021). Al mismo tiempo, el conocimiento de los sistemas PAR implementados da un mayor significado al trabajo, evitando así los sentimientos de cinismo (Jyoti y Rani, 2019).

Por otra parte, las cargas de trabajo, derivadas directamente de los sistemas PAR o no, deben asignarse en términos lógicos, evitando que los empleados lleguen a ese grado de fatiga global que desencadena el burnout. Por último, y dado que el bienestar laboral también es responsabilidad individual (p.ej., el burnout puede derivarse de la adicción al trabajo), si los trabajadores muestran síntomas de estrés y/o agotamiento,

los responsables de recursos humanos deben procurar que estos tomen descansos para recuperarse, bien en forma de pausas durante la jornada, o bien en forma de vacaciones, para reducir los efectos negativos que provocan los periodos de trabajo más intensos.

En cuanto a las futuras líneas de investigación que se derivan de este trabajo, se plantea replicar los análisis aplicando el enfoque de los subgrupos de prácticas de alto rendimiento. De esta manera, se podría conocer qué prácticas son más determinantes para la reducción de los diferentes componentes de burnout. Además, y dado que no todas las realidades que afrontan los empleados de hotel son iguales (Lee, Back, y Chan, 2015), sería interesante examinar qué prácticas de recursos humanos son más efectivas para reducir el burnout en función del departamento de pertenencia, así como del rango que ocupa el individuo en la jerarquía de la empresa.

## REFERENCIAS

- Alafeshat, R. y Tanova, C. (2019). Servant leadership style and high-performance work system practices: Pathway to a sustainable Jordanian airline industry. *Sustainability*, 11, 6191. doi: 10.3390/su11226191
- Ariza-Montes, A., Hernández-Perlines, F., Han, H., y Law, R. (2019). Human dimension of the hospitality industry: Working conditions and psychological well-being among European servers. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 41, 138–147. doi: 10.1016/j.jhtm.2019.10.013
- Baum, T., Solnet, D., Robinson, R., y Mooney, S. K. (2020). Tourism employment paradoxes, 1946-2095: A perspective article. *Tourism Review*, 75(1), 252–255. doi: 10.1108/TR-05-2019-0188
- Comisión Europea. (2021). *Certificado COVID Digital de la UE*. Recuperado de: [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate\\_es](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_es)
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., y Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. doi: 10.1037/0021-9010.86.3.499
- Dorta-Afonso, D., González-de-la-Rosa, M., García-Rodríguez, F.J., y Romero-Domínguez, L. (2021). Effects of high-performance work systems (HPWS) on hospitality employees' outcomes through their organizational commitment, motivation, and job satisfaction. *Sustainability*, 13, 3226. doi: 10.3390/su13063226
- Fan, D., Cui, L., Zhang, M.M., Zhu, C.J., Härtel, C.E.J., y Nyland, C. (2014). Influence of high performance work systems on employee subjective well-being and job burnout: Empirical evidence from the Chinese healthcare sector. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(7), 931–950. doi: 10.1080/09585192.2014.876740
- García-Rodríguez, F.J., Dorta-Afonso, D., y González-de-la-Rosa, M. (2020). Hospitality diversity management and job satisfaction: The mediating role of organizational commitment across individual differences. *International Journal of Hospitality Management*, 91, 102698. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102698

Jyoti, J., y Rani, A. (2019). Role of burnout and mentoring between high performance work system and intention to leave: Moderated mediation model. *Journal of Business Research*, 98, 166–176. doi: 10.1016/j.jbusres.2018.12.068

Karatepe, O.M. (2013a). High-performance work practices, work social support and their effects on job embeddedness and turnover intentions. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 25(6), 903–921. doi: 10.1108/IJCHM-06-2012-0097

Karatepe, O.M. (2013b). High-performance work practices and hotel employee performance: The mediation of work engagement. *International Journal of Hospitality Management*, 32, 132–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2012.05.003>

Kloutsiniotis, P.V. y Mihail, D.M. (2020c). The effects of high performance work systems in employees' service-oriented OCB. *International Journal of Hospitality Management*, 90, 102610. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102610

Kloutsiniotis, P.V., y Mihail, D.M. (2020a). High performance work systems in the tourism and hospitality industry: A critical review. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 32(7), 2365–2395. doi: 10.1108/IJCHM-10-2019-0864

Kloutsiniotis, P.V., y Mihail, D.M. (2020b). Is it worth it? Linking perceived high-performance work systems and emotional exhaustion: The mediating role of job demands and job resources. *European Management Journal*, 38(4), 565–579. doi: 10.1016/j.emj.2019.12.012

Lee, J.S., Back, K.J., y Chan, E.S.W. (2015). Quality of work life and job satisfaction among frontline hotel employees: A self-determination and need satisfaction theory approach. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(5), 768–789. doi: 10.1108/IJCHM-11-2013-0530

Lu, A.C.C., y Gursoy, D. (2016). Impact of job burnout on satisfaction and turnover intention: Do generational differences matter? *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 40(2), 210–235. doi: 10.1177/1096348013495696

Maslach, C. y Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. doi: 10.1002/wps.20311

Maslach, C., Jackson, S.E., y Leiter, M.P. (1997). The Maslach Burnout Inventory Manual. En C. P. Zalaquett y R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (1st ed., pp. 191–218). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.

Maslach, C., Schaufeli, W.B., y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

Mathieu, E., Ritchie, H., Ortiz-Ospina, E., Roser, M., Hasell, J., Appel, C., ... Rodés-Guirao, L. (2021). A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature Human Behaviour*. doi: 10.1038/s41562-021-01122-8

Molero, M.M., Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Simón, M.M., y Martos, Á. (2018). Burnout risk and protection factors in Certified Nursing Aides. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1116. doi: 10.3390/ijerph15061116

Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., y Escobar Redonda, E. (2001). La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7(1), 69–78.

OMT. (2021). *COVID-19 and tourism. 2020: A year in review*. Recuperado de: [https://webunwto.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2020-12/2020\\_Year\\_in\\_Review\\_0.pdf](https://webunwto.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2020-12/2020_Year_in_Review_0.pdf)

Shepherd, C.D., Miles, M.P., Marchisio, G., Morrish, S.C., Deacon, J.H., y Miles, M.P. (2010). Entrepreneurial burnout: Exploring antecedents, dimensions and outcomes. *Journal of Research in Marketing and Entrepreneurship*, 12(1), 71–79. doi: 10.1108/14715201011060894

Sigala, M. (2020). Tourism and COVID-19: Impacts and implications for advancing and resetting industry and research. *Journal of Business Research*, 117, 312–321. doi: 10.1016/j.jbusres.2020.06.015

Sun, L.Y., Aryee, S., y Law, K.S. (2007). High-performance human resource practices, citizenship behavior, and organizational performance: A relational perspective. *The Academy of Management Journal*, 50(3), 558–577.

Wong, I.A., Xu, S., Chan, S.X.G., y He, M. (2019). A cross-level investigation of the role of human resources practices: Does brand equity matter? *Tourism Management*, 75, 418–426. doi: 10.1016/j.tourman.2019.04.013



## CAPÍTULO 4

### CONDUCTAS DIANA PARA EL DISEÑO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

AINARA NARDI RODRÍGUEZ\*, CAROLINA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ\*,  
BORJA COSTA LÓPEZ\*\*, MAITE MARTÍN-ARAGÓN GELABERT\*,  
Y M. CARMEN TEROL CANTERO\*

*\*Universidad Miguel Hernández; \*\*Universidad de Alicante*

#### INTRODUCCIÓN

En pleno siglo XXI, la Violencia de Género en la pareja (VG) todavía impacta de forma temprana en las vidas de nuestras jóvenes. En nuestro país, el último estudio promovido por el Ministerio de Igualdad revela que el 31.7% de las adolescentes ha sufrido en ocasiones violencia psicológica por parte de una pareja o expareja, y otro 5.5% la ha sufrido en combinación con otras violencias de tipo online, sexual y física con frecuencia (Díaz-Aguado et al., 2021). Su elevada prevalencia junto con el hecho de que vivir VG en la etapa adolescente predice sufrirla en la etapa adulta (Reed, Silverman, Raj, Decker, y Miller, 2011), pone de relieve la necesidad de prevenirla. Más aun cuando la prevención primaria es el nivel de intervención que mayor impacto puede ejercer en las cifras de VG (Heise, 2011).

Otro motivo de peso para su prevención son sus consecuencias sobre la salud. La evidencia acumulada apunta a que las chicas que han vivido VG presentan mayores ratios de depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de alcohol y/o sustancias, embarazos no deseados, intentos de suicidio, conductas autolíticas o conductas sexuales de riesgo (Díaz-Aguado et al., 2021; Silverman, Raj, Mucci, y Hathaway, 2001). Pero, además, sufrir VG impacta en la vida académica de las menores. Las guías para profesionales de la educación de nuestro país (Fernández, 2018; Herranz, 2014) recogen como indicadores de estar sufriendo VG: la disminución del rendimiento académico, el absentismo escolar o el abandono escolar, la aparición de comportamientos disruptivos en clase, cambios de actitud hacia el alumnado y profesorado, aislarse de actividades académicas o lúdicas o incluso la negativa a asistir a estas últimas.

Los centros educativos constituyen contextos clave para detectar y prevenir la problemática (Bonilla-Algovia y Rivas-Rivero, 2019). De hecho, nuestra legislación asigna un papel relevante al sistema educativo en el abordaje de la misma (Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género; Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres). A este respecto, el 47.8% del alumnado recuerda haber

trabajado la VG en su centro educativo. Los procedimientos más habituales fueron las jornadas o conferencias, seguidos de la explicación de la profesora, el empleo de videos, las explicaciones del profesor y el trabajo en equipo (Díaz-Aguado et al., 2020). Sin embargo, aun siendo la concienciación/sensibilización un paso necesario, los estudios parecen indicar que para reducir la prevalencia es necesario ir más allá.

Las recientes revisiones sobre la eficacia de los programas de prevención han puesto de relieve que la evidencia procedente de estudios metodológicamente rigurosos es escasa (Miller, 2020). A pesar de ello, las conclusiones extraídas parecen claras: los programas evaluados logran generar cambios cognitivos a nivel de conocimiento o actitudes, pero dichos cambios no se traducen en cambios comportamentales sostenidos en el tiempo (de la Rue, Polanin, Espelage, y Pigott, 2017; Kovalenko, Abraham, Graham-Rowe, Levine, y O'Dwyer, 2020; White, 2019). Dicho de otro modo, no logran reducir la tasa de VG.

Por ello, las expertas sugieren que los programas tengan como objetivo el cambio comportamental. Igualmente, recomiendan que los programas se elaboren sobre la base de modelos teóricos del comportamiento humano basados en la evidencia que identifiquen los predictores de las conductas violentas (de la Rue et al., 2017; WHO, 2010). Para ambas cuestiones resultaría de especial utilidad contar con una serie de conductas clave de VG en la adolescencia. Así mismo, serían útiles de cara a evaluar la eficacia de los programas de prevención en términos de cambio conductual. En nuestro país, de 20 programas, solo 4 fueron evaluados y ninguno en dichos términos (Casas, 2013). Además, disponer de un listado de conductas clave a abordar puede ser una herramienta de trabajo para el profesorado, cuya implicación en actividades de prevención en el aula es cada vez mayor (Díaz-Aguado et al., 2020).

Así, la pregunta planteada por las autoras del presente capítulo fue sobre qué conductas habría que aplicar los modelos teóricos sobre las que posteriormente se intervendría en un programa de prevención y por tanto evaluar en términos de cambio comportamental. Desde el marco de la prevención primaria interesa intervenir sobre los primeros indicios de VG (WHO, 2002), que según diversos autores/as pueden darse de forma sutil, bajo pretextos de broma o expresiones de amor evolucionado con el tiempo en intensidad (Luzón, Ramos, Recio, y de la Peña, 2011; Povedano, 2014). Así, los objetivos del presente estudio fueron identificar de entre las señales de alarma más representativas de la violencia de género en adolescentes: qué conductas en concreto pueden estar presentes en los principios de una relación, de entre éstas, cuáles presentan una mayor probabilidad de preceder formas más intensas de VG, e identificar cuáles son las más relevantes para prevenir la problemática. Las hipótesis establecidas fueron: 1) las conductas pertenecientes a las estrategias de control, desvalorización y chantaje emocional serán seleccionadas como las primeras en aparecer en una relación de VG en la adolescencia, tal y como



recoge la literatura (Luzón et al., 2011; Povedano, 2014), aunque no especifican qué conductas concretas; 2) la conducta sexista no será considerada como precursora de VG puesto que estudios anteriores encontraron que se trata de un predictor débil (Arnoso, Ibabe, Arnoso, y Elgorriaga 2017), y; 3) las conductas de control y desvalorización serán las más relevantes a prevenir en prevención primaria por poder adoptar formas sutiles y preceder formas más intensas de violencia (Luzón et al., 2011; Povedano, 2014).

## **MÉTODO**

La falta de estudios longitudinales que proporcionen datos objetivos sobre las conductas y su evolución, hace que en este caso resultara adecuado emplear el método Delphi (Reguant-Álvarez & Torrado-Fonseca, 2016). Permite alcanzar un consenso sobre las conductas en base al conocimiento y a la experiencia profesional de las personas expertas.

### **Participantes**

Se invitó a participar en el estudio, vía correo electrónico, a un total de 23 personas expertas en violencia de género y estudios de género. Del total, 15 aceptaron participar (65.2%), 10 mujeres y 5 hombres con una media de edad de 50.5 años. Ocho trabajaban en universidades, 3 en recursos sociales y 4 en centros de educación secundaria. La mayoría procedían del ámbito de la Psicología ( $n=11$ ), aunque también de otras disciplinas como la medicina forense o pedagogía. La edad media de años de experiencia en estudios de género fue 18.5 (rango: 8-40 años) y el rango medio de proyectos de investigación en VG fue 5.6 (1-12).

### **Instrumentos**

Previo al estudio Delphi, se identificó las 23 señales de alarma más representativas de la VG en adolescentes a partir de los listados de conductas ( $n=123$ ) presentes en estudios y guías de prevención realizadas por instituciones oficiales de nuestro país u organizaciones reconocidas. En total, 11 conductas pertenecían a la estrategia de control; 6 a la de desvalorización; 2 a la de amenaza e intimidación; 1 a la de chantaje emocional, 2 a la de presión sexual y 1 a conducta sexista (Nardi-Rodríguez, Pastor, López-Roig, y Ferrer, 2017).

Una vez identificadas dichas señales, se procedió al estudio Delphi de dos rondas. Las instrucciones fueron entregadas de forma independiente a las personas expertas vía correo electrónico.

Primera ronda. Se envió un cuestionario individual con el listado de las 23 señales de alarma más representativas de la VG en adolescentes. En el mismo se explicaba a las personas expertas que su cometido era identificar del listado qué conductas de

violencia psicológica podían adoptar formas sutiles y estar presentes al principio de una relación (nos referiremos a estas conductas como Conductas Violentas de Baja Intensidad [CVBI]). Para ello, se les proporcionó la siguiente definición: “son aquellas conductas realizadas por el varón que atentan contra la autonomía y el bienestar psicológico y social de la adolescente, pero que son sutiles, en ocasiones difíciles de percibir por la víctima y que suelen producirse con el fin de tener y mantener una posición de dominio sobre la mujer”. Esta definición fue elaborada sobre la base del concepto de micro machismos de Luis Bonino (1991) y la descripción de conductas sutiles de Luzón et al. (2011), enfatizando sobre el hecho de que las conductas se producen en el contexto de los inicios de una relación de pareja y por tanto pueden ser más difíciles de identificar como violentas o abusivas por las adolescentes. Solo si una conducta era seleccionada como CVBI, entonces el experto/a debía indicar si, además, la consideraba una conducta precursora de violencia de género en adolescentes.

Segunda ronda. En esta ocasión se les envió únicamente aquellas conductas consensuadas en la primera ronda como CVBI precursoras de VG en la adolescencia. Cada conducta era acompañada por el porcentaje de personas expertas que las clasificaron como tal y un recordatorio de su propia clasificación. Podían reconsiderar su decisión. Finalmente, se les pidió que seleccionaran aquellas 3 conductas imprescindibles a trabajar en los programas de prevención.

El criterio empleado para considerar que las personas expertas alcanzaron un consenso fue el establecido por Fink et al. (1991): existe consenso cuando un ítem es respaldado por al menos el 66% de las personas participantes.

### **Procedimiento**

Para acceder a la muestra, se solicitó a miembros de la Unidad de Igualdad de la Universidad Miguel Hernández y al Centro de Estudios de Género de la Universidad de las Islas Baleares un listado de personas expertas de cualquier comunidad autónoma. Podían proceder de diferentes contextos (p. e. académico o profesional) y campos de conocimiento. Se envió una carta de invitación a las personas expertas, explicando el proyecto para el cual se solicitaba su colaboración.

### **Análisis de datos**

Se empleó el paquete estadístico SPSS, versión 21 para realizar los análisis de frecuencias para las dos fases del estudio.

## RESULTADOS

### Ronda 1

Veintiún conductas fueron consideradas CVBI por al menos el 66% de las personas expertas. Aquellas excluidas fueron “Utiliza mis contraseñas para suplantar mi identidad” (categoría control), rechazada por el 40% de las personas expertas principalmente porque la conducta no podía ser percibida como sutil, y “Pasa de mí, solo está pendiente de sus cosas” (categoría desvalorización). Esta fue excluida por diversos motivos, desde no ser considerada una conducta violenta a ser percibida como una conducta violenta de alta intensidad. De las 21 CVBI, 19 fueron identificadas como precursoras de VG en parejas adolescentes. Las conductas excluidas fueron “Me pide con frecuencia que no salga con mis amistades” y “Es sobreprotector conmigo, considera que debe protegerme y defenderme” (Tabla 1).

*Tabla 1.* Porcentaje de acuerdo alcanzado por las personas expertas en la clasificación de las conductas en la primera ronda

Estrategia	Conducta	% CVBI	% CVBI + prec.
Control	Critica mi forma de vestir o maquillarme*	86	66
	Me llama varias veces para saber dónde estoy, con quién, qué hago y cuando*	86	80
	Me pide que cambie mi forma de vestir o maquillarme*	80	66
	Se pone celoso con frecuencia*	80	80
	Mira y controla mi móvil o correo o redes sociales*	73	73
	Me dice que necesita saber dónde voy, con quién, y qué hago*	73	66
	Me pide a menudo que no salga con mis amigos	73	60
	Habla mal de mi familia o amigos*	73	73
	Intenta aislarme de mis amistades y/o de mi familia*	73	66
	Me acusa con cierta frecuencia de tener una relación con otra persona*	66	66
Desvalorización	Usa mis contraseñas para suplantar mi identidad o controlarme	60	60
	Me compara con otras chicas haciéndome sentir incómoda y humillada*	93	86
	Me ignora o me castiga con el silencio*	86	86
	Pasa de mí, sólo está pendiente de sus cosas	60	40
	Me critica con frecuencia ya sea en público o en privado, por mi forma de pensar, hablar o por cualquier otro motivo*	73	73
	Me dice que me calle, no diga tonterías o se burla de mis opiniones*	73	73
	Me insulta o ridiculiza en privado o en público*	66	66

**Tabla 1.** Porcentaje de acuerdo alcanzado por las personas expertas en la clasificación de las conductas en la primera ronda (continuación)

Estrategia	Conducta	% CVBI	% CVBI + prec.
Amenaza e intimidación	Me grita y habla mal*	66	66
	Me amenaza, me intimida o me ha hecho sentir miedo*	66	66
Chantaje emocional	Me dice que no puede vivir sin mí, para que no le deje, ni siquiera una semana para irme de vacaciones, campamentos o excursiones*	86	73
Presión sexual	Me chantajea diciendo que, si no mantengo relaciones sexuales con él, se va con otra*	73	73
	Me ha presionado para mantener relaciones sexuales cuando no lo deseaba*	73	73
Conducta sexista	Es sobreprotector conmigo, considera que debe protegerme y defenderme	80	60

<sup>a</sup> Porcentaje de expertas/os que habiendo identificado la conducta violenta como de baja intensidad también la clasificaron como precursora de violencia de género en adolescentes.

\*Conductas consensuadas como CVBI precursoras de violencia de género en adolescentes por al menos el 66% de expertos/as.

El mayor porcentaje de consenso se alcanzó con la conducta de desvalorización “Me compara con otras chicas, haciéndome sentir incómoda y humillada” que fue considerada por el 93.3% de las personas expertas como CVBI y por un 86.7% como precursoras de VG en adolescentes. En total, 4 de 5 conductas de desvalorización obtuvieron un porcentaje de consenso por encima del 70% como CVBI precursoras de VG. En el caso de las conductas de control, 8 de 9 alcanzaron un acuerdo por encima del 70% como CVBI, y 4 alcanzaron dicho porcentaje en su clasificación como precursoras. Sin embargo, la estrategia de control fue aquella que incluyó el mayor número de conductas consideradas CVBI y precursoras de VG (n= 9).

## Ronda 2

Aumentó el porcentaje de consenso en torno a 16 conductas ya acordadas en la ronda anterior como CVBI precursoras de VG. Por tanto, las 19 conductas identificadas en la primera ronda como CVBI precursoras de VG permanecieron intactas.

Un total de 10 conductas pertenecientes a 5 estrategias diferentes fueron seleccionadas como CVBI precursoras de VG relevantes para la prevención. Las más relevantes pertenecían a las estrategias de amenaza e intimidación y presión sexual. No obstante, de las 10 conductas, 4 pertenecían a la estrategia de control y 3 a la de desvalorización (Tabla 2).

**Tabla 2.** Conductas consensuadas como relevantes para la prevención de la problemática

Conducta	Estrategia	Votos
Me ha presionado para mantener relaciones sexuales cuando no lo deseaba	Presión sexual	6
Me amenaza, me intimida o me ha hecho sentir miedo	Amenaza e intimidación	6
Me compara con otras chicas haciéndome sentir incómoda y humillada	Desvalorización	5
Me dice que no puede vivir sin mí, para que no le deje, ni siquiera una semana para irme de vacaciones, campamentos o excursiones	Chantaje emocional	4
Me ignora o me castiga con el silencio	Desvalorización	4
Me llama varias veces para saber dónde estoy, con quién, qué hago y cuando	Control	4
Se pone celoso con frecuencia	Control	3
Intenta aislarme de mis amistades y/o de mi familia	Control	3
Mira y controla mi móvil o correo o redes sociales	Control	2
Me insulta o ridiculiza en privado o en público	Desvalorización	2

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Según las expertas/os, los programas de prevención de la VG en adolescentes deben tener como objetivo el cambio comportamental y ser evaluados en estos términos. Además, el objetivo en prevención primaria debe ser intervenir en las primeras conductas en parecer en los inicios de una relación (WHO, 2002), modificando los predictores de su ejecución y aceptación. Para ello, resulta de especial utilidad identificar un grupo de conductas clave para la prevención primaria de la VG.

Según nuestras expertas/os, 21 señales de alarma pertenecientes a cualquiera de las estrategias pueden estar presentes en los inicios de una relación adoptando formas sutiles, difíciles de identificar por las adolescentes. Así, nuestra primera hipótesis (las conductas de control, desvalorización, chantaje emocional y sexismo serán seleccionadas como CVBI) se cumple parcialmente. De hecho, dos conductas de control y desvalorización fueron descartadas como CVBI, y por el contrario hubo consenso en cuanto a que las conductas de amenaza e intimidación o chantaje sexual también podían estar presentes en los inicios de una relación adoptando formas sutiles. Algunos autores/as diferencian entre la coerción sexual de tipo verbal y negativa (usando por ejemplo la presión verbal o haciendo sentir culpa a la chica) (Smith et al., 2018) y la positiva, caracterizándose esta por su sutileza (empleando un tono emocional positivo y tácticas que reflejan amor o cariño) (Camilleri, Quinsey, y Tapscott, 2009). Así, presionar a chica para mantener relaciones sexuales puede ser menos evidente si el chico le dice que para él mantener relaciones es importante, una forma de saber que ella realmente le quiere. Este tipo de presión sexual se encuentra normalizada, es la forma más prevalente de violencia sexual y decrece la probabilidad de abandonar la relación (Macià Garridos et al., 2020). Por tanto, parece relevante trabajar con la población adolescente conductas pertenecientes a diferentes

estrategias bajo una apariencia sutil. Aunque no todas: las personas expertas consideraron que dos conductas de control y desvalorización no podían adoptar dicha forma.

En cuanto a qué CVBI podían ser predictoras de VG en adolescentes, nuestra hipótesis según la cual la conducta sexista quedaría excluida se confirma. No obstante, también lo fue “Me pide a menudo que no salga con mis amigos”. En ambos casos quedaron descartadas como predictoras por un único voto. La decisión sobre la primera conducta coincide con los hallazgos de algunos estudios sobre la baja capacidad predictiva del sexismo (Arnosó et al., 2017). Sin embargo, en relación con la segunda conducta resulta más complejo dilucidar los posibles motivos. En este sentido hubiese sido interesante indagar sobre los motivos.

Siguiendo con el valor predictivo de las conductas, el estudio Delphi reveló claramente que las conductas de control y desvalorización juegan un rol importante: la mayoría de conductas clasificadas como CVBI precursoras de VG pertenecen a dichas estrategias. Esto concuerda con el hecho de que este tipo de conductas son consideradas las primeras en aparecer en una relación de VG (Povedano, 2014). Además, podrían preparar el terreno para el control coercitivo, un patrón de conductas de abuso físico y psicológico cuyo objetivo es dominar y controlar la vida diaria de las víctimas (Hlavaty y Haselschwerdt, 2019). Resulta preocupante si se tiene en cuenta que en nuestro país la incidencia media de conductas de control y desvalorización es superior en chicas entre 16 y 19 años que en las mujeres en su conjunto (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género [DGVG], 2015a), son las formas más prevalentes de VG en las adolescentes (Díaz Aguado et al., 2020; 2021) y sin embargo no son consideradas como tal por al menos un tercio de la población adolescente (DGVG, 2015b). Ciertamente es que las conductas “Me ignora o me castiga con el silencio” y “Me compara con otras chicas y me hace sentir incómoda y humillada” pueden actuar como conductas predictoras más sensibles. De las tres CVBI pertenecientes a la estrategia de desvalorización, estas dos alcanzaron el mayor consenso como predictoras de VG, por encima de las conductas de control. Un estudio con adolescentes españoles encontró que mientras que las agresiones verbales solían acompañarse con otras formas de violencia, no ocurría siempre lo mismo con las conductas de control (Díaz-Aguado y Martínez, 2015).

En cuanto a las conductas más relevantes para la prevención de la VG, pertenecían a diversas estrategias, siendo mayoritarias las de control y desvalorización. Los motivos para su selección podrían relacionarse con lo ya expuesto: pueden ser sutiles, estar presentes en los comienzos de una relación, ser especialmente dañinas, y precursoras de otras formas de violencia. No obstante, llama la atención que una conducta de amenaza e intimidación fuese una de las dos conductas que mayor puntuación obtuvo. Es cierto que un chico puede hacer sentir

miedo a su novia de forma sutil, con miradas, gestos, actitudes o frases de advertencia. Pero según expertas como Ruiz (2016) es más probable que aparezcan en una segunda etapa de la relación. Por tanto, las personas expertas podrían haberse basado en un criterio de gravedad a la hora de incluir este tipo de conductas como imprescindibles para la prevención primaria. De hecho, el porcentaje de consenso para ser considerada CVBI precursora de VG fue mínima, en comparación con las conductas de control y desvalorización que alcanzaron porcentajes más elevados. Por todo ello, nuestra hipótesis según la cual las conductas de control y desvalorización serían seleccionadas como las más relevantes, se confirmaría parcialmente.

Este estudio presenta una serie de limitaciones. El primero el hecho de que las personas expertas no procedan de la misma disciplina. Sin embargo, contar con profesionales de campos diversos es un procedimiento de control de calidad que aporta validez de contenido, al reducirse la probabilidad de responder en la misma línea (Sireci y Faulkner-Bond, 2014). Además, el número de expertas/os que participaron era superior al mínimo recomendado ( $\geq 10$ ) (Sireci y Faulkner-Bond, 2014). Una segunda limitación tiene que ver con que la generalización del uso de las conductas en el diseño y evaluación de los programas de prevención en otros países. Aunque no sea posible dado que se requeriría de estudios más profundos, en un análisis transcultural previo se constató que las conductas analizadas en este estudio están presentes en las guías de prevención de otros países como EE. UU. o Reino Unido (Picó, Pastor, Nardi-Rodríguez, y López-Roig, 2013). Independientemente de ello las conductas de este estudio pueden constituir una herramienta útil en el contexto español y el procedimiento para su identificación en otros países puede ser replicado. Y, por último, el estudio podría haberse beneficiado de una tercera ronda que permitiera obtener información acerca de determinadas decisiones consensuadas, como que la conducta de amenaza e intimidación se encuentre entre las 10 primeras a intervenir.

Como fortaleza del estudio destacar que se ofrece un listado de conductas clave para desarrolladoras/es de programas de prevención primaria tanto para identificar los predictores de las conductas e intervenir sobre ellos como para medir la eficacia de cualquier programa en términos de cambio comportamental.

## REFERENCIAS

- Arnosó, A., Ibabe, I., Arnosó, M., y Elgorriaga, E. (2017). Sexism as predictor of intimate partner violence in a multicultural context. *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 9-20. doi: 10.1016/j.apj.2017.02.001
- Bonilla-Algovia, E. y Rivas-Rivero, E. (2019). Creencias distorsionadas sobre la violencia contra las mujeres en docentes en formación de Colombia. *Revista Colombiana de Educación*, 77, 1-20. doi: 10.17227/rce.num77-9571

Bonino, L. (1993). Varones y abuso doméstico, algunas ideas desde el campo de la salud mental y la perspectiva de género. En A.E.N, *Jornadas sobre salud mental y ley* (celebradas en 1991) (pp. 193-218). Madrid: AEN.

Camilleri, J.A., Quinsey, V.L., y Tapscott, J.L. (2009). Assessing the propensity for sexual coaxing and coercion in relationships: Factor structure, reliability, and validity of the Tactics to Obtain Sex Scale. *Archives of Sexual Behavior*, 38, 959-973. doi: 10.1007/s10508-008-9377-2

Casas, M.M. (2013). *La prevención de la violencia de pareja entre adolescentes a través del programa: La máscara del Amor* (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia, Valencia. RODERIC: Repositori de Contengut Lluire, Univeritata de Valencia. Recuperado de: <https://roderic.uv.es/handle/10550/27991>

De la Rue, L., Polanin, J.R., Espelage, D.L., y Pigott, T.D. (2017). A Meta-Analysis of School-Based Interventions Aimed to Prevent or Reduce Violence in Teen Dating Relationships. *Review of Educational Research*, 87(1), 7-34. doi: 10.3102/0034654316632061

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015a). *Macroencuesta violencia contra la mujer 2015. Avance de resultados*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es>

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015b). *Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/>

Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R., y Martín, J. (2020). *Menores y Violencia de Género*. Madrid: Ministerio de Igualdad. Recuperado de: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es>

Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R., Martín, J., y Falcón, L. (2021). *La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España*. Madrid: Ministerio de Igualdad. Recuperado de: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es>

Díaz-Aguado, M.J. y Martínez, R. (2015). Types of Adolescent Male Dating Violence Against Women, Self-Esteem, and Justification of Dominance and Aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(15), 2636-2658. doi: 10.1177/0886260514553631

Fernández, P. (2018). *Guía para Profesionales ante Chicas adolescentes Que sufren violencia de género: saber mirar, saber acoger, saber acompañar*. Instituto Andaluz de la Mujer. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/>

Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M., y Brook, R.H. (1991). *Consensus methods: characteristics and guidelines for use*. Santa Monica, CA: RAND.

Garrido-Macias, M., Valor-Segura, I., y Exposito, F. (2020). Which tactics of sexual violence predict leaving the relationship? The role of dependence towards partner. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 53-60. doi: 10.5093/ejpalc2020a6

Heise, L. (2011). *What works to prevent partner violence? An evidence overview*. London: STRIVE Research Consortium and London School of Hygiene and Tropical Medicine. Recuperado de: <http://strive.lshtm.ac.uk/resources/>

Herranz, J. (2014). *Violencia de Género en población adolescente. Guía para profesionales de la Educación*. Diputación de Alicante.

Hlavaty, K. y Haselschwerdt, M. L. (2019). Domestic Violence Exposure and Peer Relationships: Exploring the Role of Coercive Control Exposure. *Journal of Family Violence*, 34(7). doi: 10.1007/s10896-019-00044-4



Kovalenko, A.G., Abraham, C., Graham-Rowe, E., Levine, M., y O'Dwyer, S. (2020): What Works in Violence Prevention Among Young People?: A Systematic Review of Reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*. Advance online publication. doi: 10.1177/1524838020939130

Luzón, J., Ramos, E., Recio, P., y de la Peña, E.M. (2011). *Andalucía Detecta. Sexismo y Violencia de Género en la Juventud*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/iam/>

Miller, R. (2020). *What Works to Prevent Violence Against Women and Girls: A Summary of the Evidence*. Justice Analytical Services Scottish Government. Recuperado de: <https://www.gov.scot/publications/>

Nardi-Rodríguez, A., Pastor Mira, M.A., López- Roig, S., y Ferrer Pérez, V.A. (2017). What are the most Representative warning signs of intimate partner violence against adolescent girls? *Anales de Psicología*, 33(2), 376-382. doi: 10.6018/analesps.33.2.256971

Picó, A., Pastor, M.A., Nardi-Rodríguez, A., y López-Roig, S. (2013). *Identificación y comparación de conductas violentas de baja intensidad a nivel transcultural* (Trabajo Final de Grado no publicado). Universidad Miguel Hernández, Elche.

Povedano, A. (2014). *Violencia de género en la adolescencia*. Andalucía: IC editorial.

Reed, E., Silverman, J.G., Raj, A., Decker, M.R., y Miller, E. (2011). Male perpetration of teen dating violence: Association with neighborhood violence involvement, gender attitudes, and perceived peer and neighborhood norms. *Journal of Urban Health*, 88, 226-239. doi: 10.1007/s11524-011-9545-x

Reguant-Álvarez, M., y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *REIRE, Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 9(1), 87-102. doi: 10.1344/reire2016.9.1916

Ruiz, C. (2016). *Voces tras los datos. Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes*. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

Silverman, J.G., Raj, A., Mucci, L.A., y Hathaway, J.E. (2001). Dating violence against adolescent girls and associated substance use, unhealthy weight control, sexual risk behavior, pregnancy, and suicidality. *JAMA*, 286, 572-579. doi: 10.1001/jama.286.5.572

Sireci, S. y Faulkner-Bond, M. (2014). Validity evidence based on test content. *Psicothema* 26(1), 100-107. doi: 10.7334/psicothema2013.256

Smith, S.G., Zhang, X., Basile, K.C., Merrick, M.T., Wang, J., Kresnow, M., y Chen, J. (2018). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2015 Data brief-Updated release*. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta, GA.

White, J. (2019). *Addressing school violence and bullying: Evidence review*. Edinburgh, Scotland: NHS Health.

World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneva.

World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva. Recuperado de: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/publications/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/)



## CAPÍTULO 5

### FACTORES PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES INMIGRANTES DE LA REGIÓN DE MURCIA: ESTUDIO PRELIMINAR

MARÍA CRISTINA GONZÁLEZ MARTÍNEZ\*, CAROLINA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ\*\*,  
AINARA NARDI RODRÍGUEZ\*\*, Y BORJA COSTA LÓPEZ\*\*\*

*\*Universidad de Murcia; \*\*Universidad Miguel Hernández;*

*\*\*\*Universidad de Alicante*

#### INTRODUCCIÓN

La Región de Murcia ha sido una gran receptora de población inmigrante desde hace varias décadas, por ello, es importante y necesaria la realización de estudios e investigaciones que aborden los diferentes factores psicosociales de dicha población. Según el INE (Instituto Nacional de Estadística, 2021), la población durante este último año quedaría distribuida de la siguiente manera (Figura 1).

*Figura 1. Fases de recogida de la muestra*

1ª Fase	Asociación Mujeres	Marruecos	Febrero-mayo 2020
2ª Fase	Técnica de Bola de nieve	Latinoamérica Europa	Mayo-septiembre 2020

Previa a la realización de la entrevista, cuya duración fue de, aproximadamente, 15 minutos, se les explicaba el objetivo de la investigación y el anonimato de los datos aportados.

La salud es una de las preocupaciones más importantes en la vida de las personas, y se ha venido aceptando en diversos ámbitos la influencia de múltiples factores psicosociales sobre ella. Se han realizado varias investigaciones sobre salud y calidad de vida en mujeres, que concluyen la influencia del género sobre el bienestar percibido.

Ser persona inmigrante supone un factor añadido, a considerar para acercarnos a la comprensión de las condiciones de salud de este colectivo.

#### **Apoyo social**

La migración de un país a otro supone la incorporación, por parte del migrante, a un nuevo contexto físico, sociocultural..., que implica modificaciones en relación a su posición social, dando lugar a cambios en sus relaciones interpersonales, por la necesidad de reconstruir su red de apoyo social en el país de acogida.

Según Aroian (1992), la reestructuración del tejido de relaciones interpersonales adquiere un papel importante y relevante como fuente de recursos necesarios para afrontar las demandas asociadas a la experiencia migratoria.

Aroian (1992) destaca la importancia de los efectos beneficiosos del apoyo social, y su papel en la adaptación de los inmigrantes en el país receptor. También han observado la diferenciación de funciones, dependiendo del origen del vínculo.

En relación a la percepción de apoyo, según el país de origen, diversos estudios confirman que el impacto de dicho apoyo es diferente según sea el grupo étnico en cuestión. De esta manera, autores como Jasinskaja-Lahti, Liebkind, Jaakkola, y Reuter (2006), comprobaron que los latinoamericanos son los que más apoyo social perciben frente a otros grupos, por lo que sufren menos las consecuencias del estrés por aculturación, entendida como un proceso que implica la recepción y adaptación a otra cultura, en especial con pérdida de la propia. Shavitt et al. (2016) afirman que los latinoamericanos perciben más apoyo social porque pertenecen a culturas denominadas colectivistas-horizontales, donde se promueve la sociabilidad entre iguales, frente a las colectivistas-verticales, como la cultura asiática o las culturas individualistas como la africana.

Numerosos autores inciden en la importancia de las tres grandes funciones que desempeña el apoyo social: apoyo emocional, material e informal (Barrón, 1996).

### **Apoyo social y salud**

Dean y Lin (1977) sostienen que la presencia o ausencia del apoyo social afecta a la salud de los individuos. El contenido y la calidad de esta relación explica que los individuos con buenas relaciones de apoyo social presentan mejores condiciones de salud física y mental, debido a los recursos emocionales y materiales que se obtienen de dichas relaciones. Berkman (1995) confirma en sus investigaciones, que la existencia de un débil apoyo social correlaciona con un mayor nivel de enfermedad.

Urzúa, Caqueo-Urizar, Calderón, y Rojas (2017), en su investigación llevada a cabo con población inmigrante procedente de Colombia y Perú, arrojan como resultados la evidencia del efecto mediador del apoyo social entre el estrés ocasionado por aculturación y la salud general en la población migrante objeto de estudio. Dicha relación está justificada en base a que el proceso migratorio se incluye dentro de uno de los acontecimientos vitales no normativos, que necesitan un mayor reajuste en los diferentes ámbitos de la vida de una persona (Martínez, García, y Maya, 2001). Según Cohen y Wills (1985) y Hernández, Pozo, y Alonso (2004), afirman que el apoyo social actuaría de manera indirecta, protegiendo al individuo de los efectos negativos que otras variables muestran, tanto en la salud como en el bienestar, sobre todo en situaciones de estrés donde el apoyo social aumentaría los niveles de bienestar.

### **Apoyo social y resiliencia**

La resiliencia, según Newman (2005) se definiría como “la capacidad humana de adaptarse a la tragedia, el trauma, la adversidad, las dificultades y los constantes factores de estrés en la vida” (p. 1).

Baridy y Dantagnan (2005) aseguran que la disposición a estar con otras personas permite el desarrollo de la resiliencia de manera interpersonal. Por otro lado, si consideramos el proceso migratorio como traumático, se hará necesario el estudio de esta variable.

Gagnon y Stewart (2014), describen la resiliencia como la agrupación de tres elementos: recursos psicológicos, y de afrontamiento, el apoyo social de la familia y amigos... y el entorno comunitario. Además, destacan la autoeficacia, la sensación de control y la competencia social como rasgos esenciales de la resiliencia.

Connor y Davidson (2003) afirman que la resiliencia se ha considerado como un factor protector frente a trastornos depresivos y ansiógenos, por lo que se asocia a una buena calidad de vida y satisfacción vital (García-Cid, Hombrados-Mendieta, Gómez-Jacinto, Palma-García, y Millán-Franco, 2017; Mahendra y Agarwal, 2016).

### **Salud y perspectiva de género**

Las principales razones por las que España recibe un gran porcentaje de inmigrantes son laborales y de reagrupación familiar. De las investigaciones llevadas a cabo, se destaca que la participación en la migración, las experiencias vividas y el estado de salud de dicha población, varía según el sexo (Núñez, 2016). Toselli, Gualdi-Russo, Marzouk, Sundquist, y Sundquist (2014) y Ferrer et al. (2021) afirman que las mujeres presentan mayor morbilidad y peor salud percibida que los hombres, además de una rápida pérdida de calidad de vida, una vez asentadas en el país receptor.

### **Objetivos Generales y específicos**

El objetivo general de la investigación se centra en el estudio preliminar de factores psicosociales, relacionados con la salud y calidad de vida en mujeres inmigrantes.

Como objetivos específicos:

- Conocer el estado de salud y la calidad de vida de las mujeres participantes, relacionados con sus países de procedencia.

- Conocer las diferencias en la percepción de salud y calidad de vida de las mujeres participantes, según el rango de edad.

La muestra está compuesta por 153 mujeres inmigrantes de distintas nacionalidades, residentes en la Región de Murcia, a las que se administraron varios cuestionarios sobre un conjunto de variables psicosociales y de salud, de las que,

además, se obtuvo información acerca de: competencia personal y social, rol sexual y apoyo social.

### **Hipótesis**

H1. Las mujeres latinoamericanas, al pertenecer a una cultura colectivista-horizontal, percibirán mayor apoyo social.

H2. El apoyo social influirá de una manera positiva en la salud de las mujeres inmigrantes.

H3. Las mujeres que perciban un mejor estado de salud tendrán valores más altos en fortaleza y confianza en sí mismas.

H4 Las mujeres que hayan accedido a un empleo, mostrarán valores más altos de fortaleza y confianza en sí mismas.

### **MÉTODO**

#### **Participantes**

Para la recogida de la muestra se han utilizado dos métodos diferentes, en una primera fase se contactó con las participantes a través de una asociación de mujeres marroquíes. La accesibilidad a mujeres de esta nacionalidad se hace difícil ya que, la gran mayoría, suelen repartir el tiempo entre el trabajo y el hogar; y es por este motivo el que se haya elegido una asociación como vía de contacto.

En una segunda fase, se contactó mediante la técnica de Bola de nieve, con mujeres de diversas nacionalidades distintas a Marruecos, obteniendo una muestra de 75 mujeres procedentes de Latinoamérica y Europa.

La muestra de estudio está compuesta por mujeres, cuyos países de procedencia se distribuyen entre Marruecos, Latinoamérica y Europa, cuya distribución se muestra en la Tabla 1.

*Tabla 1. Distribución por países*

Marruecos	78
Latinoamérica	58
Europa	17
Total	153

#### **Instrumentos de Evaluación**

Los instrumentos de evaluación utilizados se centraron en medir variables como apoyo social, percepción de salud, fortaleza y autoconfianza, además de aspectos relacionados con la ideología de género.

- Cuestionario sociodemográfico para la recogida de datos como edad, país de origen, nivel de estudios, situación laboral, estado civil, tiempo de residencia en España, número de hijos y ocupación.

- Cuestionario *The medical cuttomes Study Social Support Survey, Mos* (Sherboune et al., 1991) con 20 ítems para medir el apoyo social global, así como el emocional e instrumental.
- *Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)* para observar los cambios experimentados por las participantes a lo largo del tiempo. Con 9 ítems de repuesta tipo Likert con valores entre 0 y 3 que hacen referencia a las últimas dos semanas.
- *Cuestionario SP 36* de percepción de salud, consta de tres preguntas con respuesta tipo Likert, con cinco valores de Mucho peor a Mucho mejor.
- *Inventario de Rol Sexual (IRS)*: escala ideológica de género compuesta de 12 ítems.
- *ERM*: cuestionario para medir la fortaleza y autoconfianza, que consta de 19 ítems y una subescala de competencia social, compuesta de 8 ítems.

### Procedimiento

El trabajo de campo se realizó en dos fases (Figura 2).

### Análisis de datos

En dicha investigación se ha realizado un estudio descriptivo de las variables, por grupos de edad y país de procedencia.

Los grupos de edad establecidos para el análisis de las variables fueron los siguientes:

*Tabla 2.* Edad de las participantes

50 años o más	14
40-49 años	38
30-39 años	43
19-29 años	57
La participante no facilitó este dato	1
Total	153

*Tabla 3. Distribución por países*

País	Número de participantes
Marruecos >=50	13
Marruecos 40-49 años	21
Marruecos 30-39 años	31
Marruecos 19-29 años	12
Latinoamérica >=50	1
Latinoamérica 40-49 años	12
Latinoamérica 30-39 años	10
Latinoamérica 19-29 años	35
Europa >=50	0
Europa 40-49 años	5
Europa 30-39 años	2
Europa 19-29 años	10

*Tabla 4. Variables sociodemográficas empleo, estudios, hijos*

Edad	Empleo	Estudios	Hijos
50 años o más	21,43%	28,57%	100,00 %
40-49 años	60,53%	64,86%	84,21 %
30-39 años	55,81%	88,37%	81,40 %
19-29 años	45,45%	98,14%	17,54 %

*Tabla 5. Empleo por país y edad*

País/Empleo	(19-29 años)	(30-39 años)	(40-49 años)	(50 años)
Marruecos	8,33%	38,71%	42,86%	11,11%
Latinoamérica	51,52%	100%	75%	100%
Europa	70%	100%	100%	%

Los datos de las mujeres del grupo de 50 años o más, muestran una diferencia de porcentajes alta, siendo de un 11,11% para las mujeres marroquíes y de un 100% para Latinoamérica. Las franjas centrales muestran porcentajes menores, siendo más elevados en Latinoamericanas y de un 100% de las encuestadas procedentes de Europa. En la franja más joven, los porcentajes mayores se sitúan en la población de Latinoamérica y Europa, con una amplia diferencia con respecto al porcentaje de la población marroquí.

*Tabla 6. Muestra mujeres con estudios por país*

País	Estudios
Marruecos	71,43 %
Latinoamérica	88,89%
Europa	94,12%

En relación al nivel de estudios, los análisis realizados muestran que, a menor edad, mayor nivel de formación, en cambio, los resultados obtenidos por países de procedencia, se observa que el porcentaje de mujeres con estudios procedentes de Latinoamérica y Europa es similar quedando los porcentajes muy alejados de los procedentes de Marruecos.



*Tabla 7. Tiene hijos*

País	Tiene hijos
Marruecos	87,01%
Latinoamérica	39,66%
Europa	5,88%

Por grupos de edad, el porcentaje de las mujeres marroquíes es mucho mayor que el resto de los países, en relación a la variable “Tiene hijos”. El menor porcentaje representa la muestra de mujeres pertenecientes a países europeos.

*Tabla 8. Estado civil*

Edad	Soltera	Casada	Divorciada	Viuda
50 años o más	0,00 %	100,00 %	0,00 %	0,00 %
40-49 años	2,70 %	72,97 %	18,92 %	5,41 %
30-39 años	6,98 %	86,05 %	6,98 %	0,00 %
19-29 años	85,19 %	12,96 %	3,70 %	0,00 %

*Tabla 9. Estado civil*

País	Soltera	Casada	Divorciada	Viuda
Marruecos	20,93 %	70,93 %	5,81 %	2,33 %
Latinoamérica	16,22 %	75,68 %	5,41 %	2,70 %
Europa	54,55 %	40,26 %	2,60 %	2,60 %

El estado civil según los porcentajes calculados por edades, a partir de los 30 años predomina el estado Casada, mientras que por debajo de esa edad es Soltera. Por países, las europeas tienen un menor porcentaje de estado civil Casada (40,26%), frente a casi el 70,93% de las mujeres marroquíes y el 75,68% de las latinoamericanas.

## RESULTADOS

Una vez analizados, por edades y países de procedencia, los datos aportados en cada uno de los instrumentos de evaluación, se obtuvieron los siguientes resultados (Tablas 10-19).

*Tabla 10. Cuestionario PHQ-9 por edad*

Edad	PHQ-9
50 años o más	19,43
40-49 años	17,29
30-39 años	17,02
19-29 años	16,77

Tabla 11. Cuestionario PHQ por país

Marruecos	17,52
Latinoamérica	17,38
Europa	15,72

Casi toda la muestra reconoce que su estado de salud, en los últimos quince días, no es el adecuado, pero en la franja de mayor edad, los datos muestran un leve empeoramiento. Por países, Latinoamérica y Marruecos muestran promedios similares y un estado de salud peor que el de las mujeres procedentes de Europa.

Tabla 12. Cuestionario SP36 con tres preguntas sobre el estado de salud por edad

EDAD	SP 36
50 años o más	9,71
40-49 años	10,21
30-39 años	10,71
19-29 años	9,88

Aunque los valores de las medias son muy similares, el rango de edad comprendido entre 30-39 años muestra una mejor percepción de salud en relación al resto de grupos.

Tabla 13. Cuestionario SP36 con tres preguntas sobre el estado de salud por país

Marruecos	10,62
Latinoamérica	9,34
Europa	11,06

El cálculo de las medias por países nos indica que las europeas son las que tienen una percepción de estado de salud mejor, seguidas de Marruecos y Latinoamérica en último lugar.

Tabla 14. Cuestionario IRS Inventario de Rol Sexual por edad

Edad	IRS
50 años o más	37,50
40-49 años	32,86
30-39 años	34,32
19-29 años	20,56

Los estereotipos de género siguen más marcados en rangos de mayor edad y, por el contrario, están más sensibilizados en edades más jóvenes.

Tabla 15. Cuestionario IRS por país

Marruecos	35,08
Latinoamérica	22,43
Europa	23,67

Por países, los estereotipos de género son más marcados en la población marroquí y con una marcada diferencia a la baja, de los otros grupos que arrojaron valores muy parecidos.

Tabla 16. Escala Mos por edad

Edad	MOS
50 años o más	76,67
40-49 años	69,91
30-39 años	70,70
19-29 años	73,51

Por grupos de edad, son las mujeres del grupo de 50 años o más, las que arrojan valores más positivos en relación al apoyo social, seguidos de las más jóvenes (19-29 años). Las franjas de edad centrales muestran, prácticamente, el mismo valor.

Tabla 17. Escala Mos por país

Marruecos	73
Latinoamérica	70,34
Europa	74,56

En el análisis por países: las europeas son las que mejores cifras de apoyo social muestran, seguidas de Marruecos y, en último lugar, Latinoamérica.

Tabla 18. ERM por edad

Edad	ERM	Competencia social
50 años o más	69,50	29,79
40-49 años	72,47	31,11
30-39 años	69,57	29,98
19-29 años	73,21	30,32

Los rangos de edad más joven muestran valores más positivos en relación a la Fortaleza y confianza en sí mismas, seguidos de la franja de 40-49 años. Las franjas de edades 30-39 años y 50 años o más, arrojan valores menos positivos, pero muy parecidos.

Tabla 19. ERM por país

País	ERM	Competencia social
Marruecos	71,60	31,29
Latinoamérica	69,48	28,17
Europa	78,44	33,61

Por países, se mantiene que las europeas muestran mayor Fortaleza y confianza en sí mismas, seguidas de Marruecos y, más distanciada, Latinoamérica, mostrando el mismo valor para la variable de competencia social.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Analizando cada una de las hipótesis planteadas, se han obtenido las siguientes conclusiones:

H1. Las mujeres latinoamericanas, al pertenecer a una cultura colectivista-horizontal, percibirán mayor apoyo social.

En relación a esta hipótesis, no se cumple en esta muestra, ya que, las mujeres más jóvenes y mayores de 50 años, son las que arrojan valores más positivos; pero, por países, el orden sería Europa, Marruecos y, en último lugar, Latinoamérica. Estos resultados, tal vez, podrían estar motivados porque España y Europa comparten muchas similitudes culturales en relación al área social, y, además, los países de procedencia tendrían una mayor accesibilidad, siendo menos probable el poder visitar a la familia por parte de las mujeres latinoamericanas, por la mayor distancia en kilómetros entre los países, pero, por otro lado, la población marroquí es la que más ayudas y apoyos reciben por parte del Gobierno; y este dato nos ayudaría a entender la percepción de mayor apoyo social.

Según Hovey y Magana (2002) destacan la importancia de la existencia de dichas relaciones para compartir experiencias u obtener ayudas, por lo que la percepción de apoyo social es idónea y conveniente. Las más jóvenes, podrían pertenecer a las nuevas generaciones nacidas en nuestro país, por lo que se habrían adaptado e integrado en la sociedad de acogida. Thoits (1982) comenta que la integración social mejora el bienestar, facilitando, a su vez, el desarrollo de sentimientos de predictibilidad y estabilidad. También mantendría estados afectivos positivos y apoyaría el estatus de la persona, a través del reconocimiento social de su valía personal.

H2. El apoyo social influirá de una manera positiva en la salud de las mujeres inmigrantes. Los datos obtenidos sobre la percepción de salud nos muestran que, en un período de 15 días, antes de la cumplimentación del cuestionario, las mujeres de mayor edad muestran un leve empeoramiento, pero, en relación a los países, el orden sería de mejor a peor, Europa, Latinoamérica y Marruecos. Con los datos obtenidos en el cuestionario de salud SP 36, las diferencias entre las puntuaciones no son significativas; y el orden de los países sería el citado anteriormente. En este caso, la hipótesis se cumple para la franja de edad más joven, debido, tal vez, a un correcto proceso de integración y adaptación al país de acogida.

H3. Las mujeres que perciban un mejor estado de salud tendrán valores más altos en fortaleza y confianza en sí mismas.

Se cumple que las mujeres que perciben un mejor estado de salud puntúan alto en fortaleza y confianza en sí mismas, siendo el orden de mejor a peor, Europa, Marruecos y Latinoamérica más distanciada.

Aunque no se pueden delimitar o describir las causas por las que las personas desarrollan factores como habilidades de adaptación, baja susceptibilidad, afrontamiento y entrenamiento efectivo, así como conductas positivas ante la vida; el temperamento y las habilidades cognitivas son consideradas características resilientes que sostienen un correcto afrontamiento de los acontecimientos vitales y los factores de estrés (Urra, Escorial, y Martínez, 2014). De la misma manera, los recursos personales, familiares y sociales, los aspectos problemáticos y desafíos pueden considerarse como elementos protectores, en su gran mayoría (Terranova, Acevedo, y Rojano, 2014). Al ser un proceso gradual, además de analizarse estas dimensiones del apoyo externo, deben tenerse en cuenta otras, como la fortaleza interior y las competencias personales (Palma y Hombrados, 2012).

H4. Las mujeres que hayan accedido a un empleo, mostrarán valores más altos de fortaleza y confianza en sí mismas.

Los resultados muestran que la franja de edades comprendidas entre 30-49 años son las más activas laboralmente, pero muestran valores menos positivos en confianza y seguridad en sí mismas. Destacan las franjas de 30-39 años y las de más de 50 años como las menos positivas. El acceso al empleo, en nuestro país, es muy difícil y, en muchas ocasiones, precario, por lo que genera sentimientos de inseguridad que se traducen en falta de fortaleza y confianza. De la misma manera, las mujeres de más de 50 años se encuentran con el hándicap de la edad, que es otro factor negativo añadido a dicha falta de fortaleza y confianza.

A modo de conclusión, dicha investigación nos ha servido para realizar un estudio preliminar sobre el estado de salud de una muestra de mujeres inmigrantes según su país de procedencia, siendo Europa la que mejor percepción tiene, seguida de Marruecos y Latinoamérica; y, por rangos de edad, la franja de 30-39 años muestra una percepción de salud mejor a la del resto, quizás justificada por ser una población que se encuentra en edad laboral y ya esté establecida en un lugar determinado, pero sin olvidar que no puntúan en valores altos de fortaleza y confianza en sí mismas, tal vez debido a la inseguridad laboral o la precariedad de sus trabajos.

Dentro de las posibles variables relacionadas con la percepción de salud y calidad de vida, como tercer objetivo específico, es de utilidad incluir la variable IRS (Inventario de rol sexual), que nos arroja valores de estereotipos de género más marcados en los rangos de edades mayores y más abiertos en edades jóvenes, con una puntuación claramente más baja. Dicho valor podría ser debido a la influencia de la educación y aspectos culturales del país de acogida, así como los años vividos en nuestro país, y el apoyo social recibido por los autóctonos que ayuda a la integración en el país de acogida y mejora la percepción de satisfacción vital (García-Cid et al., 2017).

Así mismo, el término “vulnerabilidad estructural” destaca cómo la posición social de la población inmigrante dentro de la sociedad de acogida incrementa su vulnerabilidad, además de destacar cómo la interacción entre los ejes de género y la migración da lugar a formas específicas de vulnerabilidad (Ferrer et al., 2021).

Como orientación a futuras intervenciones en este colectivo para la mejora de su calidad de vida, debemos tener en cuenta algunas limitaciones como las diferencias de percepción de salud entre hombres y mujeres inmigrantes que, según las investigaciones, vendrían explicadas por los factores sociales como la clase social, condición laboral y de vida, que suelen ser peores en las mujeres (Ferrer et al., 2021; Spitzer, 2016). Se haría necesario realizar un estudio comparativo de ambos sexos.

A raíz de los resultados obtenidos, es necesario intervenir en las franjas de 30-49 años (tienen más hijos, más acceso al empleo) además de ampliar la muestra para conseguir un número más equitativo en cada una de las franjas de edad y conseguir unos datos más fiables.

Destacar el estudio del rol de la familia, que actúa como protector de la salud, pero, en numerosas ocasiones, muestra un sesgo de género, ya que, las mujeres son, con frecuencia, responsables del bienestar de sus familias y esto las condiciona a la hora de acceder y participar en el mercado de trabajo, y esto afecta, de manera negativa a su salud (Ferrer et al., 2021; Spitzer, 2016).

## REFERENCIAS

- Aroian, K.J. (1992). Sources of social support and conflict for Polish immigrants. *Qualitative Health Research*, 2(2), 178-207.
- Baridy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Berkman, L. (1995). The role of social relations in Health promotion. *Psychosomatic Medicine*, 57, 245-254.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Connor, K.M. y Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Dean, A. y Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *Journal of Nervous Mental Disease*, 165, 3403-3417.
- Ferrer, L., Gaillardin, F., Cayuela, A., Hernando, C., Muñoz, R., Sánchez, N., ... Casabonaa, J. (2021). *Estado de salud de personas inmigrantes en Cataluña desde una perspectiva de género: Proyecto PELFI*. Gaceta Sanitaria. doi: 10.1016/j.gaceta.2021.02.010
- Gagnon, A.J. y Stewart, D.E. (2014). Resilience in international migrant women following violence associated with pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 17(4), 303-310.

García-Cid, A., Hombrados-Mendieta, I., Gómez-Jacinto, L., Palma-García, M., y Millán-Franco, M. (2017). Apoyo social, resiliencia y región de origen en la Salud mental y la satisfacción vital de los inmigrantes. *Universitas Psychologica*, 16(5), 1-14.

Hernández, S., Pozo, C., y Alonso, E. (2004). Apoyo social y bienestar subjetivo en un colectivo de inmigrantes. ¿Efectos directos o amortiguadores? *Boletín de Psicología*, 80, 79-96.

Hovey, J.D. y Magaña, C.G. (2002). Cognitive, Affective, and Physiological expressions of Anxiet Symtomatology among Mexican migrant farmworkers: Predictors and generational differences. *Comunity Mental Health Journal*, 38, 223-237.

Instituto Nacional de Estadística de España (INE). (2021). Recuperado de: INE. Instituto Nacional de Estadística

Jasinskaja-Lahti, I., Liebkind, K., Jaakkola, M., y Reuter, A. (2006). Perceived discrimination, social support networks, and psychological well-being among three immigrants groups. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 37(3), 293-311.

Mahendra, V. y Agarwal, G. (2016). Quality of life, Psychological impairment, and resilience among employment restricted immigrants. *Indian Journal of Health. Wellbeing*, 7(11), 1042-1047.

Martínez, M., García, M., y Maya, I. (2001). El efecto amortiguador del apoyo social sobre la depresión en un colectivo de inmigrantes. *Psicothema*, 13, 605-610.

Newman, R. (2005). Apa's resilience initiative. *Professional Psychology-Research and Practice*, 36(3), 227.

Núñez, L. (2016). Migration, gender and health. En J. Gideon (Ed.), *Handbook on gender and health* (pp. 251-267). London: Edward Elgar Publishing.

Palma, M. y Hombrados, I. (2013). Trabajo social y resiliencia: revisión de elementos convergentes. *Portularia, Revista de Trabajo Social*, 13(2), 89-98.

Shavitt, S., Cho, Y.I., Johnson, T.P., Jiang, D., Holbrook, A., y Stavrakantoncki, M. (2016). Culture moderates the relation between perceived stress, social support, and mental and physical health. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 47(7), 956-980.

Spitzer, D. (2016). Engendered movements: migration, gender and health in a globalized world. En J. Gideon (Ed.), *Handbook on gender and health* (pp. 223-234). London: Edward Elgar Publishing.

Terranova, L., Acevedo, V., y Rojano, R. (2014) Intervención en terapia familiar comunitaria con diez familias caleñas de la ladera oeste. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 309-324.

Thoits, P. (1982). Life stress, social support, and psychological vulnerability: Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.

Toselli, S., Gualdi-Russo, E., Marzouk, D., Sundquist, J., y Sundquist, K. (2014). Psychosocial health among immigrants in Central and Southern Europe. *European Journal of Public Health*, 24, 26-30.

Urrea, J., Escorial, S., y Martínez, R. (2014). Development and psychometric properties of the Resistance to trauma test. *Psycothema*, 26(2), 215-221.

Urzúa, A., Caqueo-Urizar, A., Calderón, C., y Rojas, L. (2017). ¿El apoyo social mediatiza el efecto negativo del estrés por aculturación en la salud? Un estudio en colombianos y peruanos inmigrantes en el norte de Chile. *Interciencia*, 42(12), 818-822.





## CAPÍTULO 6

### FACTORES DE LA COMUNICACIÓN ASOCIADOS AL USO DEL CONDÓN EN HOMBRES VIH POSITIVOS Y NEGATIVOS

RICARDO SÁNCHEZ MEDINA, DAVID JAVIER ENRÍQUEZ NEGRETE,  
Y CONSUELO RUBÍ ROSALES PIÑA  
*Universidad Nacional Autónoma de México*

#### INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas de salud sexual que ha cobrado la vida de millones de personas y que actualmente no tiene cura, ni vacuna aprobada, es el VIH. De acuerdo con las últimas estadísticas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2021) en 2020 a nivel mundial se reportaron cerca de 37.7 millones de personas que vivían con VIH, de las cuales 1.5 millones se infectaron en ese año, siendo mayor la proporción de hombres diagnosticados; si bien de acuerdo con su reporte desde el pico más alto de infecciones en 1997, se han reducido hasta en un 52 % las nuevas infecciones por VIH; es necesario seguir dirigiendo los esfuerzos en la prevención y tratamiento del VIH, para ello diversas disciplinas han contribuido.

En el caso particular de la psicología, de acuerdo con Fernandes, Eulalio, y Jiménez (2009) señalan que son dos grandes áreas en las que se participa, tanto en la promoción de la salud, como en la prevención de enfermedades, y está última considerando los diferentes niveles de atención, a nivel primario, para evitar la presencia de problemas de salud sexual, a nivel secundario, para disminuir la prevalencia de enfermedades, y contar con un tratamiento oportuno ante un reciente diagnóstico, por ejemplo, la infección por VIH; y a nivel terciario, para disminuir las secuelas y posibles complicaciones de la enfermedad, por ejemplo, atención de personas con SIDA.

Desde la psicología se han creado una gran diversidad de modelos que tratan de explicar o predecir el por qué las personas tienen conductas de prevención o de riesgo (Enríquez, Sánchez, y Robles, 2011), contribuyendo con explicación en los diferentes niveles de atención (Flores, Martínez, Alonso, y Hernández, 2017; Hosek et al., 2018; Lombó, 2021), así como en diversos contextos vulnerables, como por ejemplo población privada de libertad, migrantes, hombres que tienen sexo con hombres, por mencionar algunos (Morán, Rivero, Fernández, Poveda, y Caylá, 2018). Además, la conducta meta se centra en el uso del condón, debido a que en personas sexualmente activas es una de las principales estrategias que se promueven para reducir la

infección por VIH por su acceso económico, disponibilidad y efectividad (Alsallaq et al., 2017; Analogbei et al., 2020).

Además, una de las variables que ha mostrado ser efectiva como conducta protectora para reducir el riesgo de infección es la comunicación sexual que se establece con la pareja, principalmente incrementando el uso del condón (Gause, Brown, Welge, y Northern, 2018). Generalmente la investigación se centra en conocer de qué temas hablan con su pareja (González, Orcasita, Carrillo, y Palma-García, 2017; López-Olmos, 2018) o en función del estilo que utilizan para negociar el uso del condón (Megaputri, Prima, Sari, y Rismayanti, 2019; Peasant et al., 2017), siendo los resultados consistentes en diversas investigaciones y con diferentes sectores de la población.

Sin embargo, tal y como mencionan Dixson (1995), Muhwezi et al. (2015) y Rogers (2017) es necesario considerar que la comunicación es una variable multidimensional que involucra diferentes elementos, los cuales son el contenido (de qué temas se habla), la extensión (cuánto dura y la frecuencia con la que se lleva a cabo), el estilo (de qué forma se comunican con la pareja), el tiempo (en qué momento se establece) y el contexto (en qué situaciones se da y cuál es la percepción que tienen de la comunicación); de tal manera que permita reconocer e identificar cómo estos diversos factores de la comunicación se asocian al uso del condón en relaciones sexuales, de tal manera que en el diseño de programas de intervención se cuente con indicadores para el desarrollo de habilidades centradas en la comunicación sexual con la pareja.

En esta misma línea, aunque generalmente el componente del tiempo es evaluado en adolescentes, a partir del momento en el que inician su vida sexual activa, y centrada en la comunicación con sus padres (Rogers, Padilla-Walker, y Hurst, 2020); en la presente investigación se tomó como medida de tiempo, el resultado ante una prueba de diagnóstico de VIH, esto debido a (1) la importancia que tiene sobre la conducta sexual; ya que se ha reportado que las personas con un diagnóstico positivo de VIH, usan más el condón en sus relaciones sexuales, en comparación con aquellas con un diagnóstico negativo o que desconocen su estado serológico (Rosenberg et al., 2017; Sánchez et al., 2018); (2) en función de este diagnóstico se ha encontrado diferencias en la forma en cómo se comunican con la pareja, siendo menos favorable en las personas con VIH (Gause et al., 2018; Haas, Perazzo, Ruffner, y Lyons, 2020); y (3) en el caso particular de personas con VIH cobra gran relevancia la divulgación del estado serológico hacia la pareja para tener un comportamiento sexual seguro (Damian et al., 2019; Konda et al., 2017), de tal manera que puede variar el contenido de la comunicación.

Con base en lo anterior, el objetivo de la presente investigación es analizar las diferencias de los factores de la comunicación con la pareja asociados al uso de condón

en hombres VIH positivo, VIH negativo y de quienes nunca se han realizado una prueba de diagnóstico de VIH.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

900 hombres participaron en la investigación; a través de un muestreo por cuotas (Kerlinger y Lee, 2002), se formaron tres grupos con 300 integrantes, el primero conformado por hombres con diagnóstico de VIH y cuya vía de transmisión fue sexual; el segundo grupo, corresponde a hombres que se han hecho alguna prueba de VIH, pero con un resultado negativo; el último grupo estuvo integrado por hombres que nunca se han hecho una prueba de detección de VIH. La edad promedio de todos ellos es de 23.81 años ( $DE=1.23$ ), el 87.7% solteros, el porcentaje restante casados o en unión libre; en su mayoría con estudios de preparatoria (43.5%) y universidad (43.8%), solo el .8% con estudios de primaria, 5.1% con posgrado y 6.8% secundaria. El 69.7% se asume como homosexual, el 14.4% como heterosexual, el 14% como bisexual y un 1.9% no sabía su orientación sexual.

### **Instrumentos**

Escala sobre temas sexuales con la pareja. 15 reactivos que evalúan la frecuencia con la que hablan sobre diversos temas sexuales con su pareja, dividida en dos factores: temas sobre salud sexual y temas sobre relaciones sexuales. Todos los reactivos en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta y una consistencia interna de 0.86 (Sánchez, 2019).

Escala sobre comunicación sexual con la pareja. 11 reactivos que evalúan dos áreas, el estilo de comunicación asertiva ( $\alpha=.86$ ) y percepción favorable del contexto de la comunicación ( $\alpha=.81$ ). Los reactivos se encuentran en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (Sánchez, 2019).

Escala de negociación del uso del condón. 18 reactivos que evalúan tres tipos de estrategias para negociar el uso del condón, agresivas ( $\alpha=.85$ ), pasivas ( $\alpha=.82$ ) y asertivas ( $\alpha=.79$ ). Todos los reactivos en formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (Sánchez, 2019).

Consistencia en el uso del condón. Con base en la propuesta de DiClemente y Wingood (1995) se obtiene un índice de consistencia con valores entre cero y uno, a partir de dos reactivos, número de veces en las que uso condón y número de relaciones sexuales, en los últimos tres meses.

## Procedimiento

A través de un formulario en línea se invitó a los usuarios de una clínica especializada en la atención de personas con VIH y a usuarios en redes sociales a responder un cuestionario, el cual estuvo disponible en línea durante seis meses hasta cumplir con la cuota de 300 hombres en función de las características de cada uno de los grupos.

Al inicio se hizo énfasis en la participación voluntaria y confidencialidad de la información, en ningún momento se solicitó información de contacto de los participantes; al final se agradeció su participación.

## Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el programa *SPSS versión 26*, para la comparación entre grupos se utilizó *ANOVA* y la prueba *post hoc de Bonferroni*, para la relación entre variables, se empleó la prueba de correlación de Pearson.

## RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las diferencias entre grupos para cada una de las variables evaluadas, se observa que, en los temas centrados en promover la salud sexual, en la percepción del contexto de la comunicación, en las estrategias pasivas para negociar el uso del condón, así como en la consistencia en su uso. Las medias en cada uno de los grupos son muy similares.

En las variables en las que se encontró diferencias entre los grupos son las siguientes, temas centrados en tener relaciones sexuales; al hacer un análisis *post hoc* se identificó que está diferencia se encuentra entre los grupos VIH positivos y negativos ( $I-J=-.29, p<.001$ ), siendo los hombres VIH negativos quienes más hablan con su pareja sobre estos temas. Sobre el estilo de comunicación asertivo, la diferencia es en el grupo de VIH positivo y los hombres que nunca se han realizado la prueba ( $I-J=-.20, p<.05$ ), siendo más asertivos estos últimos.

Respecto a las estrategias agresivas para negociar el uso de condón, se presentan diferencias entre el grupo VIH positivo y el grupo VIH negativo ( $I-J=-.36, p<.001$ ) y los participantes que nunca se han hecho una prueba de VIH ( $I-J=-.28, p<.001$ ), en términos generales los hombres del grupo VIH positivos utilizan más este estilo al intentar negociar el uso del condón.

En el caso de las estrategias asertivas, las diferencias entre los grupos se encuentran entre el grupo VIH positivo y el grupo VIH negativo ( $I-J=-.23, p<.01$ ) y los hombres que nunca se han hecho la prueba ( $I-J=-.29, p<.01$ ), donde se observa que estos últimos grupos usan más este estilo de negociación con la pareja, en comparación con el grupo VIH positivo.

**Tabla 1.** Diferencias de los factores de la comunicación y consistencia en el uso del condón en tres muestras de hombres

	$\bar{x}$	DE	IC-95%		ANOVA
			Límite inferior	Límite superior	
Temas sexuales centrados en la salud sexual					$F=0.62$
VIH positivo	3.61	1.19	3.48	3.75	
VIH negativo	3.66	1.23	3.52	3.80	
Sin prueba de VIH	3.72	1.18	3.59	3.86	
Temas sexuales centrados en tener relaciones sexuales					$F=7.42^*$
VIH positivo	4.1	0.99	3.99	4.22	
VIH negativo	4.4	0.83	4.3	4.49	
Sin prueba de VIH	4.26	0.96	4.15	4.37	
Estilo de comunicación asertivo					$F=3.02^{**}$
VIH positivo	4.12	1.127	3.99	4.25	
VIH negativo	4.19	1.00	4.09	4.3	
Sin prueba de VIH	4.32	1.00	4.21	4.44	
Contexto favorable de la comunicación					$F=1.85$
VIH positivo	3.82	1.00	3.7	3.93	
VIH negativo	3.84	1.00	3.74	3.95	
Sin prueba de VIH	3.96	1.00	3.85	4.06	
Estrategias agresivas para negociar el uso de condón					$F=14.61^*$
VIH positivo	1.7	1.02	1.58	1.82	
VIH negativo	1.33	0.73	1.25	1.42	
Sin prueba de VIH	1.41	0.84	1.32	1.51	
Estrategias pasivas para negociar el uso de condón					$F=1.85$
VIH positivo	2.45	1.36	2.3	2.45	
VIH negativo	2.39	1.29	2.24	2.39	
Sin prueba de VIH	2.59	1.31	2.44	2.59	
Estrategias asertivas para negociar el uso de condón					$F=6.60^*$
VIH positivo	3.49	1.02	3.37	3.49	
VIH negativo	3.72	1.02	3.61	3.72	
Sin prueba de VIH	3.78	1.06	3.66	3.78	
Consistencia en el uso del condón					$F=1.39$
VIH positivo	0.66	0.41	0.61	0.71	
VIH negativo	0.61	0.41	0.55	0.66	
Sin prueba de VIH	0.61	0.43	0.55	0.67	

\* $p<.001$ . \*\* $p<.05$ .

En la Tabla 2 se presenta el análisis de relación entre los factores de la comunicación y la consistencia en el uso del condón, para ello se tomó en cuenta el análisis por grupo y con la muestra total, dentro de los principales resultados se observa que la consistencia en el uso del condón se relacionó positivamente con la

frecuencia con la que se comunican sobre el cuidado de la salud sexual y con la estrategia asertiva para negociar el uso del condón, y se relacionó negativamente con las estrategias pasivas; únicamente en el caso del grupo VIH positivo se encontró una relación negativa entre esta consistencia en el uso del condón y estilo agresivo en la negociación con la pareja.

*Tabla 2.* Relación entre los factores de la comunicación y consistencia en el uso del condón en hombres

	2	3	4	5	6	7	8
<b>1. Consistencia en el uso del condón</b>							
VIH positivo	.291*	.123	.003	.007	-.176*	.420*	-.390*
VIH negativo	.195*	-.037	.024	.058	.035	.421*	-.426*
Sin prueba de VIH	.169**	-.084	.091	.116	-.020	.526*	-.458*
Toda la muestra	.218*	-.002	.033	.054	-.056	.451*	-.425*
<b>2. Temas sexuales centrados en la salud sexual</b>							
VIH positivo	--	.680*	.381*	.337*	-.109	.388*	-.213*
VIH negativo	--	.576*	.311*	.415*	.030	.576*	-.221*
Sin prueba de VIH	--	.647*	.377*	.500*	.031	.360*	-.041
Toda la muestra	--	.631*	.358*	.415*	-.028	.442*	-.157*
<b>3. Temas sexuales centrados en tener relaciones sexuales</b>							
VIH positivo	--	.489*	.468*	-.088	.170*	.010	
VIH negativo	--	.438*	.485*	-.169*	.267*	-.037	
Sin prueba de VIH	--	.530*	.602*	-.083	.089	.121**	
Toda la muestra	--	.487*	.513*	-.125*	.179*	.032	
<b>4. Estilo de comunicación asertivo</b>							
VIH positivo	--	.794*	-.230*	.222*	-.112		
VIH negativo	--	.779*	-.237*	.228*	-.126**		
Sin prueba de VIH	--	.827*	-.319*	.042	-.038		
Toda la muestra	--	.800*	-.264*	.169*	-.087*		
<b>5. Contexto favorable de la comunicación</b>							
VIH positivo	--			-.182*	.167*	-.096	
VIH negativo	--			-.149*	.278*	-.197*	
Sin prueba de VIH	--			-.212*	.111	-.040	
Toda la muestra	--			-.184*	.189*	-.107*	
<b>6. Estrategias agresivas para negociar el uso de condón</b>							
VIH positivo	--				-.234*	.565*	
VIH negativo	--				.025	.273*	
Sin prueba de VIH	--				.128**	.412*	
Toda la muestra	--				-.059	.424*	
<b>7. Estrategias asertivas para negociar el uso de condón</b>							
VIH positivos	--					-.432*	
VIH negativos	--					-.385*	
Sin prueba de VIH	--					-.187*	
Toda la muestra	--					-.327*	
<b>8. Estrategias pasivas para negociar el uso de condón</b>							

\* $p < .001$ . \*\* $p < .05$ .

De igual forma quienes hablan sobre temas sexuales centrados en el cuidado de la salud sexual son quienes más perciben como favorable el contexto bajo el cual ocurre esta comunicación y quienes más utilizan el estilo de comunicación asertivo de la comunicación. Este contexto de la comunicación favorable se relacionó negativamente con las estrategias agresivas de la negociación y únicamente en el grupo VIH negativo se relacionó negativamente con las estrategias pasivas. De igual forma tanto estrategias pasivas como agresivas correlacionan positivamente, y estrategias asertivas se relacionan negativamente con las estrategias pasivas.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

El objetivo de la presente investigación fue analizar los factores de la comunicación asociados al uso del condón en hombres, para ello se formaron tres grupos, VIH positivo, VIH negativo y quienes nunca se han realizado una prueba de VIH, y que por lo tanto desconocen su estado serológico. Para ello se realizaron análisis de diferencias y de relación de cada uno de los factores por grupo.

Para dicho análisis se evaluó la comunicación tomando en cuenta la propuesta de Dixon (1995) respecto a considerar la multidimensionalidad del constructo, para ello se aplicaron instrumentos para evaluar el contenido, el estilo y el contexto. La extensión se evaluó implícitamente con la frecuencia de las opciones de respuesta, y para el tiempo se consideró el resultado de la prueba de VIH, partiendo de la idea que es el momento en el que se da la comunicación con la pareja para promover el uso del condón en relaciones sexuales.

Respecto al contenido de la comunicación, no hubo diferencias entre los grupos, respecto a la frecuencia con la que hablan sobre salud sexual, es decir las medias obtenidas son muy similares y están casi al centro de la media teórica, mostrando que los hombres casi no hablan con su pareja sobre las medidas preventivas para cuidar su salud sexual, aspecto que debiera ser relevante en los tres grupos, sobre todo si se observa también que hay un alto porcentaje de hombres que no usa el condón de manera consistente, y se esperaría que al menos en aquellos hombres con VIH fuera mayor la frecuencia del uso del condón, tal y como se ha reportado en otras investigaciones (Rosenberg et al., 2017). En los temas centrados en tener relaciones sexuales, si se encontró diferencias entre los grupos, los hombres del grupo VIH negativo buscan más hablar de ello con la pareja en comparación con los hombres del grupo VIH positivo, probablemente como una forma de reducir el número de parejas sexuales y evitar riesgos de infección (Oliveira et al., 2020).

Para el estilo de la comunicación, se encontró diferencias entre los grupos de hombres que desconocen su estado serológico, en comparación con el grupo VIH positivo, aunque esta diferencia significativa es muy pequeña, de manera general este resultado muestra que los hombres del grupo que nunca se han hecho una prueba de

VIH, utilizan un estilo asertivo al comunicarse con la pareja, lo cual es indicador favorable en la prevención del VIH, aunque cabe señalar que en el análisis de relación no se asoció con el uso del condón. En el caso de la percepción del contexto de la comunicación, no se encontró diferencias entre los grupos; cabe señalar que estos componentes de la comunicación (estilo y contexto) hacen referencia a su percepción, y es precisamente por ello que se incluyó la evaluación de la negociación del uso del condón, en la que se pregunta sobre lo que hacen y se observan resultados relevantes de mención.

Por ejemplo, los hombres del grupo VIH positivo utilizan más una estrategia agresiva de negociación, y los hombres del grupo VIH negativo y sin diagnóstico de VIH una estrategia asertiva para negociarlo. Lo anterior se torna relevante al momento de analizar su relación con la consistencia en el uso del condón, dado que la estrategia asertiva se correlaciona positivamente, en cambio la estrategia agresiva no se relaciona negativamente, de tal forma, que como se observa en diversas investigaciones, es importante promover habilidades orientadas a la negociación del uso del condón para promover su uso en relaciones sexuales (Skakoon-Sparling y Cramer, 2020), además el presente análisis muestra cómo independientemente del estado serológico de los hombres evaluados, se repite el resultado de manera consistente.

En este mismo análisis de relación entre variables además de lo que ya se mencionó sobre la relación positiva con las estrategias asertivas, también se encontró una relación positiva con los temas centrados en la salud sexual, esto último muestra como dentro de los diversos temas que pueden hablar con su pareja, este resulta relevante para la promoción de la salud sexual, de tal forma que en los programas de intervención se debería considerar el desarrollo de habilidades para promover la comunicación con la pareja orientada al cuidado de la salud sexual.

De igual forma, se observa que los componentes de la comunicación, contenido, estilo y contexto se relacionaron todos entre sí de manera positiva, de manera que la propuesta de Dixon (1995) muestra evidencia empírica de su modelo en hombres con y sin diagnóstico de VIH, y se encuentran resultados similares a las investigaciones de Muhwezi et al. (2015) y Rogers (2017).

Por último y no menos importante es que en los tres grupos de hombres se encontró que no usan de manera consistente el condón, y que esta diferencia no resultó significativa entre los grupos, al menos en la muestra evaluada, esto es un indicador de su comportamiento sexual de riesgo que puede promover nuevas infecciones o reinfecciones de VIH, de tal manera que se requiere del diseño de programas de intervención orientados a ellos para promover la consistencia en el uso del condón, los resultados de la presente investigación muestran cómo la comunicación y sus diferentes niveles pueden coadyuvar en ello.



Por lo que es necesario evaluar muestras similares para identificar si estos resultados pueden generalizarse a poblaciones similares en otros contextos, analizar a mujeres tomando en consideración estos grupos de comparación e incluso evaluar a sus parejas de tal forma que se pueda tener un panorama más completo de cómo la comunicación con la pareja puede coadyuvar en el uso del condón en relaciones sexuales.

## REFERENCIAS

- Alsallaq, R.A., Buttolph, J., Cleland, C.M., Hallett, T., Inwani, I., Agot, K., y Kurth, A.E. (2017). The potential impact and cost of focusing HIV prevention on young women and men: A modeling analysis in western Kenya. *PLoS One*, 12(4), e0175447.
- Analogbe, T., Dear, N., Reed, D., Esber, A., Akintunde, A., Bahemana, E., ... AFRICOS Study Group (2020). Predictors and barriers to condom use in the African cohort study. *AIDS Patient Care and STDs*, 34(5), 228–236.
- Damian, D.J., Ngahatila, D., Fadhili, H., Mkiza, J.G., Mahande, M.J., Ngocho, J.S., y Msuya, S.E. (2019). Factors associated with HIV status disclosure to partners and its outcomes among HIV-positive women attending care and treatment clinics at Kilimanjaro region, Tanzania. *PLoS One*, 14(3), e0211921.
- DiClemente, R. y Wingood, G. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk reduction intervention for young African American women. *Journal of the American Medical Association*, 274(16), 1271–1276.
- Dixon, M.D. (1995). Models and perspectives of parent-child communication. En T.J. Socha y G.H. Stamp (Eds.), *Parents, children, & communication: Frontiers of theory and research* (pp. 43–61). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Enríquez, D., Sánchez, R., y Robles, S. (2011). Teorías y modelos psicológicos sobre el estudio de la salud sexual. En R. Díaz-Loving y S. Robles (Eds.), *Salud y sexualidad* (pp. 49–84). México: UNAM-AMEPSO-CONACyT.
- Fernandes, R., Eulalia, M., y Jiménez, S. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1–12.
- Flores, É., Martínez, M., Alonso, M., y Hernández, L. (2017). Intervención educativa en adolescentes sobre conocimientos en la prevención de ITS/VIH-SIDA. *Medimay*, 24(2), 125–142.
- Gause, N.K., Brown, J.L., Welge, J., y Northern, N. (2018). Meta-analyses of HIV prevention interventions targeting improved partner communication: effects on partner communication and condom use frequency outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 41(4), 423–440.
- González, V., Orcasita, L., Carrillo, J., y Palma-García, D. (2017). Comunicación Familiar y toma de decisiones entre ascendientes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, 15(1), 419–430.
- Haas, S.M., Perazzo, J.D., Ruffner, A.H., y Lyons, M.S. (2020). Exploring current stereotypes and norms impacting sexual partner HIV-status communication. *Health Communication*, 35(11), 1376–1385.

Hosek, S.G., Harper, G.W., Lemos, D., Burke-Miller, J., Lee, S., Friedman, L., y Martínez, J. (2018). Project ACCEPT: Evaluation of a group-based intervention to improve engagement in care for youth newly diagnosed with HIV. *AIDS and Behavior*, 22(8), 2650-2661.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ª Edición). México: McGraw Hill.

Konda, K.A., Castillo, R., Leon, S.R., Silva-Santisteban, A., Salazar, X., Klausner, J.D., ... Cáceres, C.F. (2017). HIV status communication with sex partners and associated factors among high-risk MSM and transgender women in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 21(1), 152-162.

Lombó, C. (2021). Repercusiones del estigma en la calidad de vida de los adultos con VIH/SIDA: Una revisión sistemática. *MLS Psychology Research*, 4(1).

López-Olmos, J. (2018). Hijas y madres. Resultados en la comunicación de temas sexuales y reproductivos. *Revista de Medicina e Investigación*, 6(2), 18-34.

Megaputri, P., Prima, P., Sari, C., y Rismayanti, I. (2019). Deceptive is effective negotiation strategies to customers for using condoms consistently. *INSIST*, 2(2), 93-96.

Morán, M., Rivero, A., Fernández, E., Poveda, T., y Caylá, J.A. (2018). Magnitud de la infección por VIH, poblaciones vulnerables y barreras de acceso a la atención sanitaria. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36, 3-9.

Muhwezi, W., Katahoire, A., Banura, C., Mugoooha, H., Kwesiga, D., Bastien, S., y Kleep, K. (2015). Perceptions and experiences of adolescents, parents and school administrators regarding adolescents-parents communication on sexual and reproductive health issues in urban and rural Uganda. *Reproductive Health*, 12, 110.

Oliveira, L., Costa, C., Silva, P., de Lima, R., Gir, E., y Reis, R. (2020). Asociación sexual entre personas que viven con el VIH: Manejo de las diferencias serológicas. *Enfermería Global*, 19(58), 494-530.

ONUSIDA. (2021). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Peasant, C., Montanaro, E., Kershaw, T., Parra, G., Weiss, N., Meyer, J., ... Sullivan, T. (2017). An event-level examination of successful condom negotiation strategies among young women. *Journal of Health Psychology*, 24(7), 898-908.

Rogers, A. (2017). Parent-adolescent sexual communication and adolescents' sexual behaviors: A conceptual model and systematic review. *Adolescent Research Review*, 2, 293-313.

Rogers, A., Padilla-Walker, L., y Hurst, J. (2020). Development and testing of parent-child sex communication inventory: A Multidimensional assessment tool for parent and adolescent informants. *The Journal of Sex Research*, 1-14.

Rosenberg, M.S., Gómez-Olivé, F.X., Rohr, J.K., Houle, B.C., Kabudula, C.W., Wagner, R.G., ... Bärnighausen, T. (2017). Sexual behaviors and HIV status: A population-based study among older adults in rural South Africa. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 74(1), e9-e17.

Sánchez, R. (2019). *Evaluación de factores protectores en hombres. Informe Técnico correspondiente al proyecto IN309719 del Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Sánchez, T.H., Zlotorzynska, M., Sineath, R.C., Kahle, E., Tregear, S., y Sullivan, P.S. (2018). National trends in sexual behavior, substance use and HIV testing among United States men who have sex with men recruited online, 2013 Through 2017. *Aids and Behavior*, 22(8), 2413-2425.

Skakoon-Sparling, S. y Cramer, K.M. (2020). Are we blinded by desire? Relationship motivation and sexual risk-taking intentions during condom negotiation. *The Journal of Sex Research*, 57(5), 545-558.



## CAPÍTULO 7

### PACIENTES CON CÁNCER EN TRATAMIENTO: APOYO SOCIAL Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

IVÁN RUIZ RODRÍGUEZ, ANABEL MELGUIZO GARÍN, Y JAVIER SALAS-RODRÍGUEZ  
*Universidad de Málaga*

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer ha causado casi 10 millones de muertes en 2020 (World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2020), considerándose una de las principales causas de muerte en la población mundial, en europa (World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2021a) y en España (World Health Organization. International Agency for Research on Cancer, 2021b). La enfermedad puede llegar a convertirse en una enfermedad crónica. Esta cronicidad junto a la toxicidad del tratamiento puede deteriorar ámbitos de la vida del paciente, mermando así su calidad de vida.

#### **Calidad de vida**

La percepción que tiene el paciente sobre como se ve afectado su bienestar es lo que conocemos como calidad de vida (Cella, 1994). El proceso médico, así como el tratamiento en sí mismo, afecta notablemente a las diferentes dimensiones de la calidad de vida del paciente (Adamowicz et al., 2020; Barbus et al., 2018; Larsson et al., 2010). En esta reducción influyen múltiples factores como el tipo de tratamiento y sus efectos secundarios (Gargantini y Martín, 2019). De hecho, los pacientes que se encuentran en tratamiento suelen ver más afectada su calidad de vida que los pacientes que se encuentran en revisión (Ruiz-Rodríguez et al., 2021). Por ello es importante tener en cuenta la calidad de vida a la hora de planificar el tratamiento (Ezat et al., 2012) ya que muchos pacientes coinciden en la importancia que le dan a su calidad de vida, incluso más que a su cantidad de vida (Puente-Maestu y Villar, 2006).

#### **Apoyo social**

El apoyo social se ha relacionado con una mejora de la calidad de vida de pacientes con cáncer (Kayser et al., 2018). El apoyo social hace referencia a una transacción interpersonal entre las fuentes que proporcionan el apoyo y la persona que lo recibe. Es un concepto interactivo que conlleva tres tipos de apoyo, según la clasificación de varios autores (Breuer et al., 2017; Melguizo-Garín, Martos-Méndez, y Hombrados-Mendieta, 2019): emocional, instrumental e informacional. Uno de los

motivos que destacan la importancia de analizar el apoyo recibido por los pacientes con cáncer es que, aunque las fuentes que proporcionan el apoyo suelen ser sus redes sociales más cercanas (Lin, Dean, y Ensel, 1986), a veces no están preparadas para satisfacer las necesidades de apoyo del paciente (Arora, Finney Rutten, Gustafson, Moser, y Hawkins, 2007). Por ello un factor relevante del apoyo social en relación a la mejora de la calidad de vida es la fuente que proporciona este apoyo (Thoits, 1982), como pueden ser los miembros de la familia (Crookes et al., 2016; Paladino et al., 2019), la pareja (Leung, Pachana, y McLaughlin, 2014; Suwankhong y Liangputtong, 2016) y los amigos más cercanos (Crookes et al., 2016; Suwankhong y Liangputtong, 2016). Una fuente que puede tener un gran efecto en la mejora de la calidad de vida del paciente con cáncer es el personal sanitario (Drageset, Lindstrøm, Giske, y Underlid, 2012; Ruiz-Rodríguez et al., 2021). Hay que tener en cuenta que el personal sanitario tiene contacto con el paciente durante toda la fase de la enfermedad. Este contacto aumenta especialmente en la fase de tratamiento, donde el apoyo del personal sanitario, como puede ser apoyo en forma de información, ayuda a solventar las dudas que pueda tener el paciente en relación al tratamiento o la enfermedad, provocando en el paciente un mejor ajuste a la enfermedad (Drageset, Lindstrøm, Giske, y Underlid, 2016).

### **El presente estudio**

Este estudio tiene como objetivo analizar la percepción de apoyo social y calidad de vida en pacientes con cáncer que se encuentran en tratamiento actualmente. Concretamente, tiene como objetivo determinar si la percepción de apoyo social se relaciona positivamente con la calidad de vida en tales pacientes. A su vez tiene como objetivo conocer qué tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) y qué fuentes de apoyo (amigos, pareja, familia y personal sanitario) se relacionan con una mejora de la calidad de vida en tales pacientes. Entre las aportaciones importantes de este estudio se encuentra el análisis multidimensional del apoyo social, el cual nos posibilita analizar qué fuente y tipo de apoyo tiene mayor relación con la calidad de vida de los pacientes con cáncer que se encuentran en tratamiento. Asimismo, otra aportación relevante de este estudio es la inclusión del personal sanitario como fuente de apoyo, dada su relevancia sobre tales pacientes, especialmente sobre pacientes que se encuentran actualmente en tratamiento.

Las hipótesis planteadas son:

- 1) La satisfacción con el apoyo social está relacionada positivamente con la calidad de vida de los pacientes con cáncer que se encuentran en tratamiento.
- 2) Las redes de apoyo más cercanas en la fase de tratamiento (familiares, pareja y personal sanitario) se relacionan más positivamente con la calidad de vida de los

pacientes que se encuentran en tratamiento, valorando también el papel que juegan los amigos en relación a la calidad de vida.

## MÉTODO

### Participantes

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital Costa del Sol (Marbella) donde los participantes recibían tratamiento. Los participantes de este estudio fueron 81 pacientes con cáncer que se encontraban en tratamiento actualmente con edades comprendidas entre los 22 y los 84 años, con una media de edad total 53,41 (DT = 13,39). 51 pacientes son mujeres (63%) y 30 son hombres (37%). Los pacientes padecían diferentes tipos de cáncer (tabla 1). Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes con diferentes tipos de cáncer, mayores de 18 años y que estuvieran actualmente recibiendo tratamiento. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: pacientes de cáncer que tengan alta médica y pacientes jóvenes con cáncer menores de edad.

*Tabla 1.* Variables sociodemográficas de salud (n=81)

Edad	53,41 (13,39) <sup>a</sup>
Género	% (N)
Hombre	37,0 (30)
Mujer	63,0 (51)
Tipo de cáncer	
Tiroides	24,7 (19)
Colon	18,2 (14)
Mama	16,9 (13)
Ovario	11,7 (9)
Pulmón	7,8 (6)
Otro	20,7 (20)
Tratamiento quimioterapia	
Si	71,6 (58)
No	28,4 (23)
Tratamiento radioterapia	
Si	34,6 (28)
No	65,4 (53)
Tratamiento quirúrgico	
Si	74,1 (60)
No	25,9 (21)
Tratamiento hormonoterapia	
Si	19,8 (16)
No	80,2 (65)

<sup>a</sup> Media (Desviación Típica).

## Instrumentos

Cuestionario de salud y sociodemográfico: Se recogieron los siguientes datos de salud y sociodemográficos: tipo de cáncer, tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial, género, edad, quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia y tratamiento quirúrgico.

Calidad de vida: *EORTC-QLQ C-30-Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer* (Aaronson et al., 1993). En este estudio usamos el cuestionario adaptado a la población española (Arrarás et al., 1995) que evalúa distintos aspectos de la calidad de vida, según la información de los propios pacientes. Consta de 28 ítems tipo escala Likert con puntuación entre 1 (“En absoluto”) y 4 (“Mucho”) y 2 ítems tipo escala Likert con puntuación entre 1 (“Pésima”) y 7 (“Excelente”). El cuestionario contiene 1 escala global de salud, 5 escalas funcionales (física, de rol, emocional, cognitiva y social), 3 escalas de síntomas (fatiga, náuseas/vómitos y dolor) y 6 ítems (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea, y dificultades económicas). Siguiendo el manual de la EORTC, las puntuaciones obtenidas se transforman en una puntuación en escala de 0 a 100. De este modo, una puntuación alta en el estado global de salud y en las escalas funcionales refleja una alta calidad de vida. En cambio, una puntuación alta para los ítems/escalas de síntomas refleja una baja calidad de vida.

Apoyo social: *Cuestionario de Frecuencia y Satisfacción con el Apoyo social (QFSSS)* (García-Martín, Hombrados-Mendieta, y Gómez-Jacinto, 2016). El cuestionario evalúa el apoyo social desde una perspectiva multidimensional. De este modo diferencia los tipos de apoyo (emocional, instrumental e informacional) proporcionados por cada una de las fuentes de apoyo evaluadas. Las fuentes de apoyo incluidas en este estudio son la familia, la pareja, los amigos y el personal sanitario. El cuestionario consta 12 ítems tipo escala Likert con puntuación entre 1 (“Insatisfecho”) y 5 (“Muy satisfecho”) que evalúan la satisfacción de los pacientes con el apoyo emocional, instrumental e informacional recibido de la familia, pareja, amigos y personal sanitario.

## Procedimiento

Se contactó con el equipo de oncología del Hospital Costa del Sol (Marbella) con el objetivo de realizar presencialmente las entrevistas con los pacientes que acudían a recibir tratamiento. Para ello el estudio fue aprobado por el Comité Ético del Hospital. Al inicio de la entrevista, se les informaba a los pacientes sobre los objetivos del estudio, así como se les aseguraba el anonimato y confidencialidad de su participación, quedando reflejado en un documento de consentimiento informado.



El estudio cumplía con los criterios metodológicos legales y éticos según concluyeron el Comité Ético del Hospital Costa del Sol, así como el Comité Ético de la Universidad de Málaga (CEUMA-58-2016-H).

Una vez recabada la información de los pacientes, se llevó a cabo el análisis de los datos mediante el programa estadístico IBM SPSS versión 23. Se llevaron a cabo análisis estadísticos descriptivos, coeficiente de correlación de Pearson para analizar la relación entre las variables del estudio y análisis de regresión lineal múltiple para examinar los posibles predictores de las dimensiones de calidad de vida. Además, se realizaron pruebas t de Student para dos muestras independientes para cada una de las siguientes variables: género (mujer/hombre), recidiva (si/no), tratamiento quirúrgico (si/no), radioterapia (si/no), quimioterapia (si/no) y hormonoterapia (si/no).

## RESULTADOS

### Diferencias de medias

En la tabla 2 se muestran las diferencias de medias del estado global de salud y de las escalas funcionales según el género del paciente, haber tenido recidiva y el tipo de tratamiento recibido. En la tabla 3 se muestran las diferencias de medias de los ítems/escalas de síntomas según el género del paciente, haber tenido recidiva y el tipo de tratamiento recibido.

*Tabla 2.* Diferencias de medias de la escala global de salud, escalas de funcionamiento según el género, recidiva y tipo de tratamiento

	Estado Global de salud		Funcionamiento físico		Función de rol		Funcionamiento emocional		Funcionamiento cognitivo		Funcionamiento social	
	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t	M (DT)	t
<b>Género</b>												
Hombre	67,50 (25,74)	,061	85,11 (15,23)	,006*	80,00 (27,47)	,027*	71,67 (29,16)	,695	85,56 (20,87)	,071	73,89 (31,47)	,141
Mujer	57,19 (22,24)		73,07 (20,31)		65,03 (29,68)		69,28 (20,31)		75,82 (24,34)		63,40 (30,19)	
<b>Tratamiento quirúrgico</b>												
No	61,90 (22,45)	,844	78,73 (22,37)	,744	70,63 (36,49)	,992	79,76 (17,39)	,031*	93,65 (12,33)	,000*	80,95 (25,97)	,018*
Si	60,69 (24,65)		77,11 (18,43)		70,56 (27,26)		66,81 (24,95)		74,44 (24,45)		62,50 (31,24)	
<b>Radioterapia</b>												
No	62,74 (23,38)	,375	78,74 (18,99)	,443	70,44 (31,12)	,955	72,80 (22,48)	,172	82,08(22,37)	,163	66,67 (30,84)	,806
Si	57,74 (25,15)		75,24 (20,27)		70,83 (27,07)		65,18 (25,87)		74,40 (25,04)		68,45 (31,54)	
<b>Quimioterapia</b>												
No	57,97 (25,31)	,476	74,49 (19,24)	,378	71,74 (26,32)	,825	64,49 (23,60)	,179	72,46 (25,43)	,093	63,77 (31,64)	,522
Si	62,21 (23,53)		78,74 (19,48)		70,11 (31,03)		72,41 (23,74)		82,18 (22,27)		68,68 (30,76)	
<b>Hormonoterapia</b>												
No	62,95 (23,25)	,143	78,67 (19,73)	,291	70,77 (31,60)	,880	71,54 (24,38)	,298	80,26 (24,98)	,523	69,23 (30,51)	,256
Si	53,13 (25,98)		72,92 (17,80)		69,79 (20,38)		64,58 (21,19)		76,04 (16,07)		59,38 (32,19)	
<b>Recidiva</b>												
No	65,09 (23,33)	,014*	79,20 (19,35)	,222	72,13 (30,97)	,458	73,99 (22,30)	,021*	80,17 (23,87)	,651	73,28 (27,38)	,005*
Si	50,72 (22,88)		73,33 (19,28)		66,67 (26,11)		60,51 (25,28)		77,54 (22,81)		52,17 (34,56)	

Tras el análisis, observamos diferencias estadísticamente significativas. En este aspecto, las mujeres perciben un menor funcionamiento físico y de rol, así como una mayor fatiga. Las personas que han sufrido recidiva de la enfermedad perciben un menor estado global de salud, un menor funcionamiento emocional y social, así como mayores dificultades económicas. En relación al tratamiento recibido también encontramos diferencias estadísticamente significativas. Las personas que han recibido tratamiento quirúrgico muestran mayores problemas gastrointestinales y perciben un menor funcionamiento emocional, cognitivo y social. Los pacientes que han recibido radioterapia perciben mayor dolor que los que no la han recibido, al igual que los pacientes que han recibido hormonoterapia, y los pacientes que han recibido quimioterapia perciben mayores problemas gastrointestinales.

Tabla 3. Diferencias de medias de las escalas/ítems de síntomas de género, recidiva y tipo de tratamiento

	Fatiga		Náuseas y vómitos		Dolor		Disnea		Insomnio		Pérdida de apetito		Estreñimiento		Diarrea		Dificultades económicas	
	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t	M(DT)	t
<b>Género</b>																		
Hombre	30,74 (24,01)	,023*	7,22 (12,90)	,479	23,33 (27,89)	,270	10,00 (17,83)	,105	34,44 (37,63)	,595	15,56 (28,68)	,938	15,56 (31,24)	,325	15,56 (27,31)	,928	28,89 (37,89)	,588
Mujer	44,23 (27,17)		9,48 (14,24)		30,07 (25,39)		18,30 (27,74)		38,56 (30,82)		15,03 (29,30)		22,22 (28,02)		15,03 (23,39)		33,33 (33,99)	
<b>Tratamiento quirúrgico</b>																		
No	39,15 (32,51)	,988	8,73 (11,33)	,973	23,81 (29,14)	,451	11,11 (26,53)	,379	38,10 (32,12)	,867	17,46 (32,69)	,683	14,29 (27,02)	,323	4,76 (11,95)	,002*	19,05 (30,86)	,056
Si	39,26 (24,67)		8,61 (14,55)		28,89 (25,46)		16,67 (24,16)		36,67 (34,00)		14,44 (27,70)		21,67 (29,96)		18,89 (27,01)		36,11 (35,94)	
<b>Radioterapia</b>																		
No	35,85 (26,83)	,117	8,49 (14,48)	,892	22,64 (23,13)	,020*	10,69 (18,23)	,056	33,33 (32,69)	,170	13,21 (28,75)	,390	22,64 (33,19)	,155	13,21 (22,96)	,315	32,08 (38,10)	,885
Si	45,63 (25,72)		8,93 (12,41)		36,90 (29,87)		23,81 (32,53)		44,05 (34,01)		19,05 (29,30)		14,29 (19,09)		19,05 (27,86)		30,95 (29,99)	
<b>Quimioterapia</b>																		
No	41,06 (26,26)	,700	7,97 (13,17)	,784	32,61 (26,82)	,282	20,29 (31,36)	,329	39,13 (25,92)	,724	18,84 (31,50)	,482	15,94 (22,18)	,464	26,09 (30,08)	,034*	34,78 (32,53)	,622
Si	38,51 (27,07)		8,91 (14,04)		25,57 (26,16)		13,22 (21,58)		36,21 (36,02)		13,79 (27,95)		21,26 (31,65)		10,92 (21,07)		30,46 (36,56)	
<b>Hormonoterapia</b>																		
No	37,95 (27,77)	,387	9,49 (14,12)	,266	23,85 (25,85)	,010*	12,82 (23,34)	,078	36,41 (34,72)	,735	14,87 (28,89)	,825	18,97 (30,03)	,632	14,87 (24,32)	,797	28,72 (34,30)	,128
Si	44,44 (21,85)		5,21 (11,74)		42,71 (23,55)		25,00 (28,54)		39,58 (27,81)		16,67 (29,81)		22,92 (26,44)		16,67 (27,22)		43,75 (37,94)	
<b>Recidiva</b>																		
No	37,74 (27,61)	,428	7,18 (11,30)	,130	25,00 (27,26)	,165	16,67 (27,40)	,409	36,21 (35,48)	,724	13,22 (25,70)	,395	18,97 (29,36)	,703	12,64 (21,47)	,209	25,29 (31,41)	,021*
Si	43,00 (24,46)		12,32 (18,27)		34,06 (23,29)		11,59 (16,23)		39,13 (27,80)		20,29 (35,87)		21,74 (29,49)		21,74 (31,15)		47,83 (39,98)	

**Relación de la satisfacción con el apoyo social recibido y las dimensiones de la calidad de vida**

Los coeficientes de correlación se muestran en la Tabla 4. La satisfacción con cualquier tipo de apoyo proveniente de la familia, con el apoyo emocional e informacional de la pareja y con el apoyo informacional del personal sanitario se relaciona positivamente con el estado global de salud. En relación con las escalas funcionales, el apoyo emocional de la familia se relaciona positivamente con el funcionamiento físico y social. Además, también se relaciona, junto al apoyo instrumental de la familia, con un mayor funcionamiento emocional y cognitivo del

paciente. El apoyo informacional de la familia se relaciona positivamente con el funcionamiento físico del paciente. El apoyo emocional de la pareja se relaciona positivamente con el funcionamiento emocional y el social del paciente. También muestra relación, junto al apoyo informacional de la pareja, con una mejora del funcionamiento físico. Cualquier tipo de apoyo proveniente de la pareja tiene una relación positiva con el funcionamiento cognitivo del paciente que se encuentra en tratamiento. El apoyo emocional e informacional del personal sanitario se relaciona positivamente con el funcionamiento emocional del paciente y el apoyo instrumental de esta fuente muestra una relación con la mejora del funcionamiento cognitivo.

**Tabla 4.** Relación entre satisfacción con apoyo social y calidad de vida

	Familia			Pareja			Amigos			Personal sanitario		
	Emo	Instru	Info	Emo	Instru	Info	Emo	Instru	Info	Emo	Instru	Info
EORTC QLQ-C30												
Estado global de salud	.323**	.268*	.225*	.332**	.187	.294**	.160	.080	.160	.158	.173	.235**
Escala funcionales												
Funcionamiento físico	.349**	.217	.234*	.398**	.234	.374**	.168	.081	.136	.122	.215	.187
Funcionamiento de rol	.118	-.038	-.019	.163	-.024	.075	.044	-.047	-.007	.086	.098	.073
Funcionamiento emocional	.258*	.249*	.203	.270*	.235	.224	.143	.085	.164	.232*	.169	.305**
Funcionamiento cognitivo	.371**	.338**	.218	.371**	.300*	.295*	.119	.073	.090	.214	.289**	.213
Funcionamiento social	.314**	.071	.035	.245*	.095	.092	.022	-.072	-.037	.276*	.235*	.258*
Escala síntomas												
Fatiga	-.258*	-.185	-.128	-.381**	-.229	-.258*	-.070	.012	-.017	-.202	-.241*	-.223*
Náuseas y vómitos	.032	-.125	.040	-.141	-.119	-.099	.057	.092	.119	.016	-.010	-.036
Dolor	-.303**	-.261*	-.187	-.248*	-.171	-.152	-.099	-.067	-.095	-.172	-.150	-.219*
Disnea	-.179	-.078	-.251*	-.521**	-.370**	-.392**	.026	.040	.015	-.097	-.155	-.143
Insomnio	-.259*	-.182	-.285**	-.151	-.095	-.133	-.084	.002	-.083	-.165	-.179	-.190
Pérdida de apetito	-.109	.058	-.139	-.157	-.038	-.098	-.064	.012	-.097	-.144	-.106	-.246*
Estreñimiento	-.182	-.049	.012	-.157	.027	-.023	-.014	.017	.074	-.035	-.221*	-.046
Diarrea	-.162	-.126	-.207	-.142	-.122	-.125	-.119	-.066	-.164	-.254*	-.187	-.384**
Dificultades económicas	-.284**	-.223*	-.248*	-.055	-.042	-.013	-.270*	-.218	-.295**	-.331**	-.289**	-.324**

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

Cualquier tipo de apoyo proveniente del personal sanitario se relaciona con una mejora del funcionamiento social del paciente. En relación a los ítems/escalas de síntomas, el apoyo emocional de la familia se relaciona negativamente con la fatiga y con el insomnio. También se relaciona, junto al apoyo instrumental de la familia, con una reducción del dolor. El apoyo informacional de la familia se relaciona negativamente con la disnea y el insomnio. El apoyo emocional de la pareja se relaciona con un menor dolor y, al igual que el apoyo informacional de la pareja, con una menor fatiga. Cualquier tipo de apoyo proveniente de la pareja muestra una relación negativa con disnea. El apoyo instrumental del personal sanitario se relaciona con una menor fatiga y menores problemas gastrointestinales en el paciente. El apoyo informacional del personal sanitario muestra una relación negativa con la fatiga del paciente, el dolor, pérdida de apetito y problemas gastrointestinales. Cualquier tipo de apoyo proveniente de la familia y del personal sanitario y el apoyo informacional y emocional de los amigos se relaciona con menores dificultades económicas del paciente que se encuentra en tratamiento.

### **Modelos predictivos de la calidad de vida**

Los resultados del análisis de regresión para analizar los posibles predictores de las dimensiones de la calidad de vida se muestran en las tablas 5 y 6. En las ecuaciones de regresión se usa una de las variables dependientes siguientes: estado global de salud, escalas de funcionamiento (funcionamiento físico, funcionamiento de rol, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo, y funcionamiento social), y escalas/ítems de síntomas (fatiga, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades económicas). Estos análisis de regresión han mostrado modelos significativos para las dimensiones de la calidad de vida, excepto para náuseas/vómitos, cuyos modelos no han resultado significativos. En cada una de las ecuaciones introducimos como predictores las variables de satisfacción con el apoyo recibido (emocional, instrumental e informacional) de la familia, pareja, amigos y personal sanitario que en los análisis de correlación han resultado significativas. A su vez también usamos las variables médicas y sociodemográficas que en los análisis anteriores han resultado significativas.

La ecuación de regresión del estado global de salud tiene una  $R^2 = 0,163$ ,  $F = 6,221$ ,  $p = 0,003$ . La satisfacción con el apoyo emocional de la pareja ( $\beta = 0,331$ ,  $p = 0,005$ ) y no haber tenido recidiva ( $\beta = -0,229$ ,  $p = 0,050$ ) contribuye a predecir un mejor estado global de salud. En relación a las escalas de funcionamiento, la ecuación de regresión para el funcionamiento físico tiene una  $R^2 = 0,215$ ,  $F = 8,777$ ,  $p < 0,001$ . La satisfacción con el apoyo emocional de la pareja ( $\beta = 0,353$ ,  $p = 0,003$ ) y ser hombre ( $\beta = -0,243$ ,  $p = 0,035$ ) contribuye a un mejor funcionamiento físico. Para el funcionamiento de rol, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,060$ ,  $F = 5,071$ ,  $p = 0,027$ . Ser mujer ( $\beta = -0,246$ ,  $p = 0,027$ ) contribuye a un menor funcionamiento de rol. Para el funcionamiento emocional, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,146$ ,  $F = 6,689$ ,  $p = 0,002$ . La satisfacción con el apoyo informacional del personal sanitario ( $\beta = 0,285$ ,  $p = 0,008$ ) y no haber tenido recidiva ( $\beta = -0,232$ ,  $p = 0,030$ ) se relaciona con un aumento del funcionamiento emocional. Para el funcionamiento cognitivo, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,250$ ,  $F = 10,682$ ,  $p < 0,001$ . La satisfacción con el apoyo emocional de la pareja ( $\beta = 0,329$ ,  $p = 0,004$ ) y no haber recibido tratamiento quirúrgico ( $\beta = -0,338$ ,  $p = 0,003$ ) contribuye a un mejor funcionamiento cognitivo. En relación al funcionamiento social, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,150$ ,  $F = 6,856$ ,  $p = 0,002$ . La satisfacción con el apoyo informacional del personal sanitario ( $\beta = 0,232$ ,  $p = 0,030$ ) y no haber tenido recidiva ( $\beta = -0,289$ ,  $p = 0,007$ ) contribuye a un mejor funcionamiento social.

**Tabla 5.** Análisis de regresión lineal múltiple para estado global de salud y escalas funcionales (n = 81)

Estado global de salud					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	34,538	10,284		3,359	,001**
Emocional pareja	6,769	2,342	,331	2,891	,005**
Recidiva	-11,796	5,904	-,229	-1,998	,050*
$R = ,403$ $R^2 = ,163$ $R^2$ ajustado = ,137 $F = 6,221$ Sig = ,003**					
Funcionamiento físico					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	67,732	12,048		5,622	,000**
Emocional pareja	5,998	1,913	,353	3,135	,003**
Género	-9,831	4,564	-,243	-2,154	,035*
$R = ,464$ $R^2 = ,215$ $R^2$ ajustado = ,191 $F = 8,777$ Sig = ,000**					
Funcionamiento de rol					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	94,967	11,297		8,407	,000**
Género	-14,967	6,646	-,246	-2,252	,027*
$R = ,246$ $R^2 = ,060$ $R^2$ ajustado = ,048 $F = 5,071$ Sig = ,027*					
Funcionamiento emocional					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	45,620	10,869		4,197	,000**
Informacional personal sanitario	6,479	2,390	,285	2,711	,008**
Recidiva	-12,156	5,514	-,232	-2,204	,030*
$R = ,383$ $R^2 = ,146$ $R^2$ ajustado = ,125 $F = 6,689$ Sig = ,002**					
Funcionamiento cognitivo					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	65,048	10,838		6,002	,000**
Emocional pareja	6,589	2,184	,329	3,017	,004**
Tratamiento quirúrgico	-17,932	5,791	-,338	-3,097	,003**
$R = ,500$ $R^2 = ,250$ $R^2$ ajustado = ,227 $F = 10,682$ Sig = ,000**					
Funcionamiento social					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	<i>t</i>	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	43,266	14,070		3,075	,003**
Informacional personal sanitario	6,853	3,094	,232	2,215	,030*
Recidiva	-19,694	7,138	-,289	-2,759	,007**
$R = ,$ $R^2 = ,$ $R^2$ ajustado = , $F =$ Sig = ,					

Nota 1: \*\* $p \leq 0.01$ ; \* $p \leq 0.05$ .

Nota 2: Recidiva: 0 = No y 1 = Si, Género: 1 = Hombre y 2 = Mujer; Tratamiento quirúrgico: 0 = No y 1 = Si.

**Tabla 6.** Análisis de regresión lineal múltiple para escalas/ítems de síntomas  
(n = 81)

<b>Fatiga</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	77,811	11,454		6,793	,000**
Emocional pareja	-8,809	2,651	-,381	-3,323	,001**
$R = ,381$ $R^2 = ,145$ $R^2$ ajustado = ,132 $F = 11,045$ Sig = ,001**					
<b>Dolor</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	23,846	3,154		7,561	,000**
Hormonoterapia	18,862	7,096	,287	2,658	,010*
$R = ,287$ $R^2 = ,082$ $R^2$ ajustado = ,070 $F = 7,065$ Sig = ,010*					
<b>Disnea</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	65,311	10,306		6,337	,000**
Emocional pareja	-11,741	2,385	-,521	-4,923	,000**
$R = ,521$ $R^2 = ,272$ $R^2$ ajustado = ,260 $F = 24,237$ Sig = ,000**					
<b>Insomnio</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	70,370	13,107		5,369	,000**
Informacional familia	-8,333	3,153	-,285	-2,643	,010*
$R = ,285$ $R^2 = ,081$ $R^2$ ajustado = ,070 $F = 6,986$ Sig = ,010*					
<b>Pérdida de apetito</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	44,601	13,376		3,334	,001**
Informacional personal sanitario	-6,798	3,010	-,246	-2,259	,027*
$R = ,246$ $R^2 = ,061$ $R^2$ ajustado = ,049 $F = 5,102$ Sig = ,027*					
<b>Estreñimiento</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	44,685	12,790		3,494	,001**
Instrumental personal sanitario	-5,993	2,977	-,221	-2,013	,048*
$R = ,221$ $R^2 = ,049$ $R^2$ ajustado = ,037 $F = 4,052$ Sig = ,048*					
<b>Diarrea</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	54,460	10,916		4,989	,000**
Informacional personal sanitario	-9,080	2,456	-,384	-3,697	,000**
$R = ,384$ $R^2 = ,147$ $R^2$ ajustado = ,137 $F = 13,667$ Sig = ,000**					
<b>Dificultades económicas</b>					
Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
(constante)	63,585	13,902		4,574	,000**
Emocional personal sanitario	-8,957	3,094	-,300	-2,895	,005**
Recidiva	19,678	8,077	,253	2,436	,017*
$R = ,416$ $R^2 = ,173$ $R^2$ ajustado = ,152 $F = 8,143$ Sig = ,001**					

Nota 1: \*\* $p \leq 0,01$ ; \* $p \leq 0,05$ .

Nota 2; Hormonoterapia: 0 = No y 1 = Si; Recidiva: 0 = No y 1 = Si.

En relación a las escalas/ítems de síntomas, la ecuación de regresión para la fatiga tien una  $R^2 = 0,145$ ,  $F = 11,045$ ,  $p = 0,001$ . La satisfacción con el apoyo emocional de la pareja ( $\beta = -0,381$ ,  $p = 0,001$ ) contribuye a predecir una menor fatiga. Para el dolor, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,082$ ,  $F = 7,065$ ,  $p = 0,010$ . Haber

recibido hormonoterapia ( $\beta = 0,287$ ,  $p = 0,010$ ) predice un mayor dolor. La ecuación de la regresión para la disnea tiene una  $R^2 = 0,272$ ,  $F = 24,237$ ,  $p < 0,001$ . La satisfacción con el apoyo emocional de la pareja ( $\beta = -0,521$ ,  $p < 0,001$ ) contribuye a una menor disnea. Para el insomnio la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,081$ ,  $F = 6,986$ ,  $p = 0,010$ . La satisfacción con el apoyo informativo de la familia ( $\beta = -0,285$ ,  $p = 0,010$ ) contribuye a un menor insomnio. Para la pérdida de apetito, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,061$ ,  $F = 5,102$ ,  $p = 0,027$ . La satisfacción con el apoyo informativo del personal sanitario ( $\beta = -0,246$ ,  $p = 0,027$ ) contribuye a una menor pérdida de apetito. La ecuación de regresión para el estreñimiento tiene una  $R^2 = 0,049$ ,  $F = 4,052$ ,  $p = 0,048$ . La satisfacción con el apoyo instrumental del personal sanitario ( $\beta = -0,221$ ,  $p = 0,048$ ) contribuye a predecir un menor estreñimiento. Para la diarrea, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,147$ ,  $F = 13,667$ ,  $p < 0,001$ . La satisfacción con el apoyo informativo del personal sanitario ( $\beta = -0,384$ ,  $p < 0,001$ ) contribuye a una menor diarrea. Para finalizar, para las dificultades económicas, la ecuación de regresión tiene una  $R^2 = 0,173$ ,  $F = 8,143$ ,  $p = 0,001$ . La satisfacción con el apoyo emocional del personal sanitario ( $\beta = -0,300$ ,  $p = 0,005$ ) y no haber tenido recidiva ( $\beta = 0,253$ ,  $p = 0,001$ ) predice menores dificultades económicas.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Este estudio propone analizar la relación del apoyo emocional, instrumental e informativo proporcionado por la familia, la pareja, el personal sanitario y los amigos con la calidad de vida de los pacientes con cáncer que se encuentran en tratamiento actualmente, teniendo en cuenta los tipos de tratamiento recibido, el haber tenido recidiva y las diferencias de género. En general, los resultados han confirmado nuestras hipótesis.

En la primera hipótesis planteamos que la satisfacción con el apoyo social recibido está relacionada positivamente con la calidad de vida, hipótesis confirmada con los resultados que se han obtenido. Tales resultados muestran como cada tipo de apoyo, así como cada fuente de apoyo tiene relación con alguna dimensión de la calidad de vida, por lo que cada tipo y fuente de apoyo cumple una función específica. El apoyo emocional puede aliviar la ansiedad que va ligada al tratamiento. El apoyo instrumental destaca su importancia en pacientes que se encuentran en tratamiento ya que pueden necesitar ayuda para el día a día, como acudir a recibir el tratamiento o que alguien le ayude en las tareas doméstica (Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, y Kawachi, 2006). En relación con el apoyo informativo hay que destacar su relevancia en pacientes que se encuentran en tratamiento, ya que les puede ayudar a conocer y aprender más sobre la enfermedad y sobre el tratamiento en sí, produciéndoles un sentimiento de control sobre la enfermedad.

En la segunda y última hipótesis planteamos que las redes de apoyo más cercanas de los pacientes que se encuentran en tratamiento se relacionan más positivamente con una mejor calidad de vida de los pacientes, hipótesis que se confirma con los resultados obtenidos. Estos resultados están en consonancia con diversos estudios que destacan el apoyo proporcionado por la pareja (Leung et al., 2014; Suwankhong y Liamputtong, 2016) así como el apoyo proporcionado por la familia (Crookes et al., 2016; Paladino et al., 2019). La relevancia de estos resultados radica en que la familia suele ser la red de apoyo más cercana del paciente que se encuentra en tratamiento pudiendo, por ejemplo, tomar el papel de oyente adicional en aspectos relacionados con el tratamiento y en las consultas con el médico (Paladino et al., 2019). El apoyo proporcionado por el personal sanitario también ha resultado relevante. Esta fuente de apoyo tiene un papel muy importante en la adaptación del paciente a la enfermedad y al tratamiento (Öztunç et al., 2013).

Esta importante relación encontrada entre la calidad de vida y el apoyo social enfatiza la relevancia de evaluar y estudiar los aspectos psicosociales, concretamente el apoyo social que reciben los pacientes con cáncer que se encuentran en tratamiento, para que ese aumento de la cantidad de vida lleve consigo un aumento de la calidad de vida, especialmente en la fase de tratamiento.

## REFERENCIAS

- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., ... Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376. doi: 10.1093/jnci/85.5.365
- Adamowicz, K., Janiszewska, J., y Lichodziejewska-Niemierko, M. (2020). Prognostic Value of Patient Knowledge of Cancer on Quality of Life in Advanced Lung Cancer During Chemotherapy. *Journal of Cancer Education*, 35(1), 93-99. doi: 10.1007/s13187-018-1444-3
- Arora, N.K., Finney Rutten, L.J., Gustafson, D.H., Moser, R., y Hawkins, R.P. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16(5), 474-486. doi: 10.1002/pon.1084
- Arrarás, J.I., Illarramendi, J.J., y Valerdi, J.J. (1995). El cuestionario de calidad de vida para cáncer de la EORTC, QLQ-C30. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 13-33.
- Barbus, E., Pestean, C., Larg, M.I., Gabora, K., Cheptea, M., Bonci, E.A., ... Piciu, D. (2018). Quality of life in thyroid cancer: A questionnaire based-study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, 18(1), 1-20. doi: 10.24193/jebp.2018.1.1
- Breuer, N., Sender, A., Daneck, L., Mentschke, L., Leuteritz, K., Friedrich, M., ... Geue, K. (2017). How do young adults with cancer perceive social support? A qualitative study. *Journal of Psychosocial Oncology*, 35(3), 292-308. doi: 10.1080/07347332.2017.1289290



Cella, D.F. (1994). Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9(3), 186-192. doi: 10.1016/0885-3924(94)90129-5

Crookes, D.M., Shelton, R.C., Tehranifar, P., Aycinena, C., Gaffney, A.O., Koch, P., ... Greenlee, H. (2016). Social networks and social support for healthy eating among Latina breast cancer survivors: implications for social and behavioral interventions. *Journal of Cancer Survivorship*, 10(2), 291-301. doi: 10.1007/s11764-015-0475-6

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., y Underlid, K. (2012). "The support I need": women's experiences of social support after having received breast cancer diagnosis and awaiting surgery. *Cancer Nursing*, 35(6), E39-E47. doi: 10.1097/NCC.0b013e31823634aa

Drageset, S., Lindstrøm, T.C., Giske, T., y Underlid, K. (2016). Women's experiences of social support during the first year following primary breast cancer surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 340-348. doi: 10.1111/scs.12250

Ezat, W. S., Noraziani, K., y Sabrizan, O. (2012). Improving quality of life among cancer patients in Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(3), 1069-1075. doi: 10.7314/APJCP.2012.13.3.1069

García-Martín, M.Á., Hombrados-Mendieta, I., y Gómez-Jacinto, L. (2016). A multidimensional approach to social support: the Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *Anales de Psicología*, 32(2), 501-515. doi: 10.6018/analesps.32.2.201941

Gargantini, A.C.G. y Martín Casari, L. (2019). Imagen Corporal y su Influencia en la Calidad de Vida en mujeres con mastectomía. Comparación entre mujeres con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida o sin reconstrucción. *Psicooncología*, 16(1), 43-60. doi: 10.5209/PSIC.63647

Kayser, K., Acquati, C., Reese, J.B., Mark, K., Wittmann, D., y Karam, E. (2018). A systematic review of dyadic studies examining relationship quality in couples facing colorectal cancer together. *Psycho-Oncology*, 27(1), 13-21. doi: 10.1002/pon.4339

Kroenke, C.H., Kubzansky, L.D., Schernhammer, E.S., Holmes, M.D., y Kawachi, I. (2006). Social networks, social support, and survival after breast cancer diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 24(7), 1105-1111. doi: 10.1200/JCO.2005.04.2846

Larsson, J., Sandelin, K., y Forsberg, C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing*, 33(2), 164-170. doi: 10.1097/NCC.0b013e3181bb0d05

Leung, J., Pachana, N.A., y McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 23(9), 1014-1020. doi: 10.1002/pon.3523

Lin, N., Dean, A., y Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Academic Press.

Melguizo-Garín, A., Martos-Méndez, M.J., y Hombrados-Mendieta, I. (2019). Influencia del apoyo social sobre el estrés y la satisfacción vital en padres de niños con cáncer desde una perspectiva multidimensional. *Psicooncología*, 16(1), 25-42. doi: 10.5209/PSIC.63646

Öztunç, G., Yeşil, P., Paydaş, S., y Erdoğan, S. (2013). Social support and hopelessness in patients with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 14(1), 571-578. doi: 10.7314/APJCP.2013.14.1.571

Paladino, A.J., Anderson, J.N., Graff, J.C., Krukowski, R.A., Blue, R., Jones, T.N., ... Graetz, I. (2019). A qualitative exploration of race-based differences in social support needs of diverse women with breast cancer on adjuvant therapy. *Psycho-Oncology*, 28(3), 570-576. doi: 10.1002/pon.4979

Puente-Maestu, L. y Villar, F. (2006). Implicaciones de la calidad de vida en las decisiones quirúrgicas del cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3(2-3), 393-405.

Ruiz-Rodríguez, I., Hombrados-Mendieta, I., y Melguizo-Garín, A. (2021). Influencia del optimismo y la percepción de apoyo social del personal sanitario sobre la calidad de vida de los enfermos de cáncer. *Psicooncología*, 18(1), 51-75. doi: 10.5209/psic.74532

Suwankhong, D. y Liamputtong, P. (2016). Social support and women living with breast cancer in the South of Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(1), 39-47. doi: 10.1111/jnu.12179

Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159. doi: 10.2307/2136511

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. (2020). *All cancers*. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. (2021a). *Europe*. Recuperado de: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/908-europe-fact-sheets.pdf>

World Health Organization. International Agency for Research on Cancer. (2021b). *Spain*. Recuperado de: <https://bit.ly/39bGLxK>

## CAPÍTULO 8

### LOS SISTEMAS DE TRABAJO DE ALTO RENDIMIENTO COMO MECANISMO PARA LA MEJORA DE LA SATISFACCIÓN LABORAL

CLAUDIA BENÍTEZ NÚÑEZ\*, DANIEL DORTA AFONSO\*,  
LAURA ROMERO DOMÍNGUEZ\*\*, Y MANUEL GONZÁLEZ DE LA ROSA\*\*\*  
*\*Instituto para el Desarrollo Tecnológico y la Innovación en Comunicaciones (IDeTIC) y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; \*\*Escuela Universitaria de Turismo de Santa Cruz de Tenerife; \*\*\*Universidad de La Laguna*

#### INTRODUCCIÓN

Debido a la competitividad de los mercados, el desarrollo tecnológico y la globalización, los empleados han adquirido un papel clave en la carrera por la retención y satisfacción de los clientes (Khelifat, Chen, Ayoun, y Eyoun, 2021). Es por ello que las organizaciones deben prestar importancia al capital humano con el que cuentan, así como al comportamiento y las actitudes del mismo. Así, el análisis de la satisfacción laboral de los trabajadores resulta relevante, ya que el comportamiento y las actitudes de los empleados pueden afectar a su rendimiento laboral, y con ello al rendimiento organizativo (Cheung, Kong, y Song, 2014).

Específicamente, y atendiendo al marco de la industria turística, el análisis sobre este sector se ha convertido en algo crucial, puesto que presenta un papel protagonista y relevante en la economía de los países y territorios. Además, se trata de un sector intensivo en capital humano, lo que implica que el personal de las empresas desempeña un importante papel en el desarrollo de ventajas competitivas. Así, la implantación de sistemas de trabajo de alto rendimiento (STAR) puede tener una función clave en la gestión del capital humano, ya que puede influir sobre las actitudes de los empleados, como por ejemplo la satisfacción laboral o las perspectivas de futuro en la organización (Chow, Haddad, y Singh, 2007), aspectos que los hoteleros necesitan y demandan para mejorar el rendimiento de sus empresas (García-Rodríguez, Dorta-Afonso, y González-de-la-Rosa, 2020). De esta manera, la literatura ha demostrado el impacto positivo de los STAR en diferentes países y sectores sobre resultados individuales y organizativos, por lo que la inversión en este tipo de sistemas y prácticas puede generar una ventaja sostenible a largo plazo (Wong, Xu, Chan, y He, 2019). Así, durante las últimas décadas se han desarrollado debates sobre qué prácticas y modelos de gestión deben llevarse a cabo para alcanzar el bienestar de los trabajadores y su satisfacción (Kloutsiniotis y Mihail, 2017). De esta manera, el presente trabajo se centra en analizar la relación entre los STAR y la

satisfacción laboral, con el fin de conocer la importancia de las prácticas de gestión sobre el bienestar de los trabajadores.

Para ello, se ha realizado una encuesta a 120 empleados de hoteles situados en la isla de Gran Canaria (España), y los resultados aportan evidencias que indican que los STAR influyen en la satisfacción que los empleados tienen con sus puestos de trabajo. La estructura del presente capítulo se distribuye presentando en primer lugar el marco y fundamentación teórica, así como los objetivos e hipótesis de la investigación. Posteriormente, se describe la metodología utilizada y los resultados obtenidos. Finalmente, se establecen las conclusiones del estudio, junto a las implicaciones prácticas.

## **MARCO TEÓRICO**

### **Los sistemas de trabajo de alto rendimiento y la satisfacción laboral**

La satisfacción laboral se define como el estado emocional positivo que resulta de la valoración del trabajo (Locke, 1976). Una parte de la literatura ha evidenciado que la satisfacción laboral promueve resultados individuales y organizacionales positivos (Takeuchi, Chen, y Lepak, 2009), ya que si los trabajadores están satisfechos pueden ofrecer un mejor servicio o de mayor calidad, respondiendo por tanto a las demandas de los clientes (Tang y Tang, 2012).

En un sector orientado a los servicios, como es el caso de la industria turística, la gestión del capital humano, así como la capacitación y la formación de los empleados, se consideran clave para el desarrollo de las organizaciones (Afsar, Shahjehan, y Shah, 2018), por lo que los sistemas y prácticas de recursos humanos adquieren aún más relevancia y desempeñan un importante papel sobre los resultados organizacionales. Así, durante los últimos años, la literatura ha analizado qué prácticas de recursos humanos deben desarrollarse en las organizaciones con el fin de alcanzar el bienestar de los empleados y otros resultados individuales, estableciendo como término más común los conocidos como sistemas de trabajo de alto rendimiento (García-Chas, Neira-Fontela, y Varela-Neira, 2012; Kloutsiniotis y Mihail, 2017). Los sistemas de trabajo de alto rendimiento (STAR) se pueden definir como un conjunto de prácticas orientadas a mejorar las habilidades, la motivación y las oportunidades que se les ofrecen a los empleados, por lo que se establece la existencia de tres dimensiones dentro de estos sistemas (Dorta-Afonso y González-de la Rosa, 2021; Jiang, Lepak, Hu, y Baer, 2012). En general, y aunque no existe un consenso sobre la definición de este término (Page, Bentley, Teo, y Ladkin, 2018), los STAR se conceptualizan como el conjunto de prácticas de recursos humanos que tienen la finalidad de seleccionar, reclutar y retener al capital humano, así como mejorar los resultados de los empleados y de las organizaciones (Takeuchi et al., 2009), por lo que el desarrollo de estos sistemas puede influir sobre actitudes como la satisfacción laboral.

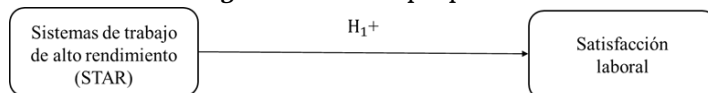
En la literatura que analiza la relación entre los STAR y la satisfacción o el bienestar laboral, se han desarrollado dos perspectivas opuestas denominadas “perspectiva de los resultados conflictivos” y “perspectiva de las ganancias mutuas” (Van de Voorde, Paauwe, y Van Veldhoven, 2012). La perspectiva de los resultados conflictivos describe a los STAR como estrategias para aumentar los niveles de exigencia hacia los empleados y, por tanto, considera que su único objetivo es aumentar el esfuerzo de los empleados para alcanzar mejores niveles de rendimiento, sin tener en cuenta su bienestar, ya que estos se sienten presionados y perciben su trabajo como estresante, por lo que los resultados de estos sistemas pueden no ser positivos (Ogbonnaya y Messersmith, 2019; Ogbonnaya, Daniels, Connolly, y Van Veldhoven, 2017). En esta línea, autores como Page et al. (2018) tras analizar una muestra de empleados del sector hotelero, aseguraron que los STAR no presentan una relación con la satisfacción laboral, ya que pueden tener consecuencias negativas en las actitudes de los empleados. Por otro lado, desde el punto de vista de la perspectiva de las ganancias mutuas, los STAR benefician a los empleados y a las organizaciones, ya que fomentan el bienestar laboral, y eso se traduce en una mejora del rendimiento organizacional (Kloutsiniotis y Mihail, 2020b).

Analizando la literatura sobre la relación entre los STAR y la satisfacción laboral, se encuentran resultados relevantes. De esta manera, García-Chas, Neira-Fontela, y Varela-Neira (2016), tras analizar una muestra de empleados del sector de la ingeniería, encontraron una relación positiva entre los STAR y la satisfacción. Específicamente en el sector turístico, Chow et al. (2007) detectaron que la formación, la evaluación, la participación y la seguridad en el puesto son prácticas beneficiosas para la satisfacción de los empleados. En la misma línea, Dorta-Afonso, González-de-la-Rosa, García-Rodríguez, y Romero-Domínguez (2021) han aportado evidencias sobre los efectos positivos de los STAR, apoyando que estos mejoran la satisfacción laboral de los trabajadores de establecimientos hoteleros.

Atendiendo a los estudios elaborados previamente, y sosteniendo la existencia de una relación positiva entre los STAR y la satisfacción laboral (véase Figura 1), se establece la siguiente hipótesis

Hipótesis 1: Los STAR influyen positiva y significativamente en la satisfacción laboral de los empleados.

*Figura 1. Modelo propuesto*



## MÉTODO

### Caracterización de la muestra

Con la finalidad de alcanzar los objetivos establecidos para este trabajo, se ha llevado a cabo un estudio cuantitativo sobre 120 trabajadores de hoteles situados en la isla de Gran Canaria, España.

Para recopilar los datos, se diseñó un cuestionario con escala Likert de cinco puntos y, posteriormente, se procedió a realizar el estudio de campo durante los primeros meses de 2021. En cuanto al perfil de la muestra, el 59,2% de los encuestados son mujeres, mientras que el 40,8% pertenecen al género masculino. Respecto a la edad, el 25,4% se encuentran en el rango de edad de entre 18 y 34 años, el 55,9% se sitúan entre 35 y 54 años, mientras que el 18,6% tienen más de 54 años. En relación a la categoría del hotel donde trabajan, el 3,3% trabajan en hoteles de dos estrellas, el 38,3% en hoteles de tres estrellas, y el resto en hoteles de cuatro (49,2%) o cinco estrellas (9,2%) respectivamente. Respecto al departamento en el que desempeñan su trabajo, el 22,7% pertenece a Recepción, el 18,5% a Administración, el 30,3% trabaja en Alimentos y Bebidas, el 23,5% en Pisos y el 5% corresponden a Otros. Por último, en lo que concierne al nivel educativo de los empleados, el 34,5% han cursado estudios primarios o secundarios, el 30,3% tienen estudios de Bachillerato o Formación Profesional y el 35,3% presentan estudios universitarios. (véase la Tabla 1).

*Tabla 1. Datos de los encuestados*

	Variables	Número de encuestados	% de encuestados
Género	Hombre	49	40,8%
	Mujer	71	59,2%
Grupo de edad	Entre 18 y 34 años	30	25,4%
	Entre 35 y 54 años	66	55,9%
	Más de 54 años	22	18,6%
Categoría del hotel	Dos estrellas	4	3,3%
	Tres estrellas	46	38,3%
	Cuatro estrellas	59	49,2%
	Cinco estrellas	11	9,2%
Departamento	Recepción	27	22,7%
	Administración	22	18,5%
	Alimentos y Bebidas	36	30,3%
	Pisos	28	23,5%
	Otros	6	5%
Nivel educativo	Educación Primaria o Secundaria	41	34,5%
	Formación profesional o Bachillerato	36	30,3%
	Estudios universitarios	42	35,3%

## Variables

### *Satisfacción laboral*

Esta variable se ha medido a través de una escala tipo Likert de cinco puntos y compuesta por tres ítems, elaborada a partir del trabajo de Suazo (2009).

Así, los encuestados han expresado su grado de acuerdo o desacuerdo sobre cuestiones relacionadas con la satisfacción hacia sus puestos de trabajo. La fiabilidad de la escala ha sido comprobada con un Alpha de Cronbach igual a 0,909.

### *Sistemas de trabajo de alto rendimiento (STAR)*

Para medir la percepción de los empleados sobre los STAR implantados en sus empresas, se ha utilizado una escala elaborada por (Kloutsiniotis y Mihail, 2020a), que ha sido elaborada a partir de trabajos anteriores (Delery y Doty, 1996; Sun, Aryee, y Law, 2007). Esta escala está compuesta por veinte ítems con los que los encuestados muestran su grado de acuerdo o desacuerdo con los STAR desarrollados en sus puestos de trabajo. A través de un análisis de fiabilidad, se ha obtenido un Alpha de Cronbach igual a 0,815, lo que indica que la escala es fiable.

### *Variables de control*

Se han considerado como variables de control el género de los empleados, el grupo de edad, el nivel educativo y la categoría del alojamiento.

## RESULTADOS

### **Diferencias de medias en las variables analizadas según el perfil de los encuestados**

En este apartado se han analizado los datos obtenidos, con el fin de identificar la existencia de diferencias entre las variables analizadas (STAR y satisfacción laboral) y las características de los encuestados. De esta manera, para analizar la existencia de diferencias según el género se realizó una prueba t para muestras independientes, y el análisis de varianza de un factor (ANOVA) para el resto de las variables.

En lo que respecta al género, en la Tabla 2 no se observan diferencias significativas.

*Tabla 2. Diferencias de medias según el género*

Variables	Género	Media	<i>t</i> ( <i>p</i> )
STAR	Hombre	3,07	-0,438 (0,622)
	Mujer	2,98	
Satisfacción laboral	Hombre	3,82	0,642 (0,122)
	Mujer	3,96	

Con relación a la edad, tampoco se observan diferencias significativas entre esta y la percepción sobre los STAR desarrollados, ni la satisfacción laboral (véase la Tabla 3).

*Tabla 3.* Diferencias de medias según la edad

Variables	Edad	Media	$F(p)$
STAR	Entre 18 y 34 años	3,14	0,709 (0,494)
	Entre 35 y 54 años	2,93	
	Más de 54 años	2,83	
Satisfacción laboral	Entre 18 y 34 años	3,62	1,68 (0,190)
	Entre 35 y 54 años	3,91	
	Más de 54 años	4,23	

En lo concerniente a la categoría del establecimiento, en este caso sí existen diferencias significativas entre esta y la percepción de los empleados sobre los STAR implantados, aunque no para la satisfacción laboral. Así, los trabajadores de hoteles de cinco estrellas son los que consideran que en sus puestos de trabajo se han desarrollado más prácticas de recursos humanos (véase la Tabla 4).

*Tabla 4.* Diferencias de medias según la categoría del alojamiento donde trabajan los empleados

Variables	Categoría del hotel	Media	$F(p)$
STAR	Dos estrellas	2,72	3,936 (0,005)
	Tres estrellas	3,10	
	Cuatro estrellas	2,75	
	Cinco estrellas	4,17	
Satisfacción laboral	Dos estrellas	2,44	1,255 (0,292)
	Tres estrellas	3,91	
	Cuatro estrellas	3,98	
	Cinco estrellas	3,90	

*Tabla 5.* Diferencias de medias según el departamento al que pertenecen los empleados

Variables	Departamento	Media	$F(p)$
STAR	Recepción	3,12	2,523 (0,045)
	Administración	3,43	
	Alimentos y Bebidas	3,12	
	Pisos	2,49	
	Otros	2,78	
Satisfacción laboral	Recepción	3,74	1,566 (0,188)
	Administración	4,00	
	Alimentos y Bebidas	4,07	
	Pisos	3,64	
	Otros	4,78	



Por último, tras analizar el puesto de trabajo que ocupan los empleados y su nivel educativo, también se observan diferencias significativas en la percepción sobre los STAR, de manera que son los trabajadores adscritos al departamento de Administración y aquellos que presentan estudios universitarios los que consideran que se han desarrollado más prácticas de gestión del personal (véanse Tablas 5 y 6).

*Tabla 6. Diferencias de medias según el nivel educativo de los empleados*

Variabes	Departamento	Media	<i>F</i> ( <i>p</i> )
STAR	Educación Primaria o Secundaria	2,91	5,065 (0,008)
	Formación profesional o Bachillerato	2,69	
	Estudios universitarios	3,45	
Satisfacción laboral	Educación Primaria o Secundaria	4,00	0,570 (0,567)
	Formación profesional o Bachillerato	3,79	
	Estudios universitarios	4,05	

### Contraste del modelo propuesto

Para contrastar la hipótesis planteada, se ha llevado a cabo un análisis de regresión lineal simple, considerando como variable dependiente la satisfacción laboral, como variable independiente los STAR, y como variables de control las características de los encuestados (véase la Tabla 7).

*Tabla 7. Incidencia de los STAR sobre la satisfacción laboral*

Variabes	<i>BETA</i>	<i>D.T.</i>
STAR	0,478***	0,101
Género	-0,210 <sup>ns</sup>	0,216
Edad	0,229 <sup>ns</sup>	0,190
Categoría del hotel	0,109 <sup>ns</sup>	0,107
Departamento	0,126 <sup>ns</sup>	0,108
Nivel educativo	0,063 <sup>ns</sup>	0,134
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,201	
<i>R</i> <sup>2</sup> ajustado	0,157	
<i>F</i>	4,568***	

Variable dependiente: Satisfacción laboral.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Tal y como se puede observar en la tabla anterior, los STAR tienen una influencia positiva y significativa sobre la satisfacción de los empleados ( $\beta = 0,478$ ;  $p < 0,001$ ). Respecto al resto de variables de control, no se observan relaciones significativas (género:  $\beta = -0,210$ ;  $p > 0,05$ ; edad:  $\beta = -0,229$ ;  $p > 0,05$ ; categoría del hotel:  $\beta = 0,109$ ;  $p > 0,05$ ; departamento:  $\beta = 0,126$ ;  $p > 0,05$ ; nivel educativo  $\beta = 0,063$ ;  $p > 0,05$ ).

En definitiva, sobre la base de estos resultados, se acepta la hipótesis planteada en este trabajo, ya que los STAR tienen un efecto positivo y significativo con la satisfacción laboral de los empleados.

### *Análisis complementarios*

Con el objetivo de conocer la relación entre los STAR y la satisfacción laboral, se ha realizado un análisis complementario (véase la Tabla 8) en el que se han categorizado y dividido los STAR en tres dimensiones (habilidades, motivación y oportunidades), estableciendo como referencia el marco AMO (Appelbaum, Bailey, Berg, y Kalleberg, 2000) y siguiendo a autores como Jiang et al. (2012). Así, se ha identificado que las prácticas destinadas a la mejora de las capacidades y habilidades de los empleados son las que producen una mayor satisfacción ( $\beta=0,387$ ;  $p<0,01$ ).

*Tabla 8.* Incidencia de dimensiones AMO de los STAR sobre la satisfacción laboral

Variables	BETA	D.T.
Habilidades	0,387**	0,125
Motivación	-0,176 <sup>ns</sup>	0,189
Oportunidades	0,214 <sup>ns</sup>	0,147
Género	-0,262 <sup>ns</sup>	0,215
Edad	0,191 <sup>ns</sup>	0,189
Categoría del hotel	0,104 <sup>ns</sup>	0,106
Departamento	0,138 <sup>ns</sup>	0,106
Nivel educativo	0,055 <sup>ns</sup>	0,132
$R^2$	0,236	
$R^2$ ajustado	0,179	
$F$	4,136***	
Variable dependiente: Satisfacción laboral		
* $p<0,05$ ; ** $p<0,01$ ; *** $p<0,001$		

### **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

En este trabajo se ha analizado el efecto de los sistemas de trabajo de alto rendimiento (STAR) sobre la satisfacción laboral de los empleados de hoteles, con el fin de conocer el papel de la gestión organizativa sobre el bienestar laboral.

Los resultados revelan que los STAR influyen positivamente en la satisfacción de los empleados, lo que indica que, si los establecimientos hoteleros implantan y desarrollan STAR, los trabajadores estarán más satisfechos con sus puestos de trabajo. Este trabajo se suma a la literatura que defiende los efectos positivos de los STAR sobre las actitudes de los empleados y los resultados organizacionales. Así, en línea con algunos autores (Alafeshat y Tanova, 2019; Dorta-Afonso et al., 2021; Fabi, Lacoursière, y Raymond, 2015), se afirma que los STAR conducen a una mayor satisfacción, ya que la presencia de estos puede indicar a los empleados que la organización invierte en su capital humano.

De esta manera, se manifiesta el importante papel que desempeñan los recursos humanos y la importancia de estos para el éxito de la organización (Jaiswal y Tyagi, 2019), por lo que las empresas que sean más proactivas en la implementación de los STAR para mejorar las habilidades de sus empleados tendrán más posibilidades de

retener a individuos cualificados y de sobrevivir al entorno competitivo (Fabi et al., 2015). Así, el desarrollo de estas prácticas genera en los empleados la percepción de que las organizaciones prestan atención al capital humano y, por tanto, se encuentran felices e inmersos en su trabajo (Karatepe, 2013; Tang y Tang, 2012), ya que cuando los empleados disponen de los recursos y el apoyo adecuados, es más probable que muestren niveles más altos de satisfacción laboral (Chiang, Birtch, y Cai, 2014). Además, en lo que respecta específicamente al sector turístico, este se desarrolla en entornos muy competitivos e intensivos en capital humano, por lo que el rendimiento de este capital es un factor importante y determinante.

Por otro lado, profundizando en los diferentes perfiles de los encuestados, cabe resaltar la existencia de diferencias significativas en la percepción que tienen los empleados sobre el desarrollo e implantación de los STAR y sus características sociodemográficas. Así, los resultados revelan que los empleados que trabajan en hoteles de mayor categoría, que pertenecen al área administrativa y que presentan estudios universitarios son los que consideran que se desarrollan más prácticas de gestión de personal, lo que manifiesta la necesidad de que estos sistemas sean desarrollados en todo tipo de alojamientos y departamentos, así como aumentar su visibilidad entre los empleados, con el fin de alcanzar una mayor satisfacción laboral entre los empleados de primera línea.

En cuanto a las implicaciones prácticas de este trabajo, a continuación, se aportan algunos hallazgos que pueden ser tomados en consideración por las empresas y hoteles. Así, por un lado, los responsables de la gestión de recursos humanos deberían implementar y desarrollar los STAR para mejorar el bienestar y la satisfacción de sus empleados, ya que de esa manera se prestaría un mejor servicio a los clientes y, por lo tanto, se podrían conseguir mejores resultados organizacionales (Jaiswal y Tyagi, 2019). Además, dado que este estudio se ha elaborado en base a las percepciones de los empleados sobre los sistemas implantados por los establecimientos, estos podrían destinar sus esfuerzos a mejorar la comunicación interna, tanto vertical como horizontalmente, para conseguir que los trabajadores dispongan de toda la información sobre las acciones desarrolladas en materia de recursos humanos. De esta manera, los trabajadores se podrían sentir más involucrados en las estrategias empresariales, lo que generaría una mayor satisfacción y bienestar laboral. Por otro lado, y tomando en consideración los análisis complementarios realizados, dado que las prácticas destinadas a la selección y formación son las que producen una mayor satisfacción laboral, las organizaciones deberían desarrollar recursos y procedimientos destinados a mejorar los procesos de selección, reclutamiento y formación, para que los empleados sientan que se destinan esfuerzos orientados a su progreso y mejora.

Finalmente, es preciso indicar que estos resultados deben ser tomados con cautela, ya que este trabajo cuenta con algunas limitaciones que pueden servir de base para futuras líneas de investigación. El estudio se ha llevado a cabo en el sector turístico de un destino insular de España, por lo que sería interesante elaborar los análisis en otras industrias y otros contextos, tanto profesionales como geográficos.

Además, el estudio se ha elaborado atendiendo a las percepciones de los empleados, de manera que, en futuras investigaciones, se podrían analizar los resultados en base a otras fuentes de información, como por ejemplo los responsables de gestión.

## REFERENCIAS

Afsar, B., Shahjehan, A., y Shah, S.I. (2018). Frontline employees' high-performance work practices, trust in supervisor, job-embeddedness and turnover intentions in hospitality industry. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 30(3), 1436-1452. doi: 10.1108/IJCHM-11-2016-0633

Alafeshat, R. y Tanova, C. (2019). Servant Leadership Style and High-Performance Work System Practices: Pathway to a Sustainable Jordanian Airline Industry. *Sustainability*, 11(22), 6191. doi: 10.3390/su11226191

Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., y Kalleberg, A. (2000). Book Reviews: Manufacturing Advantage: Why High Performance Work Systems Pay Off: By Eileen Appelbaum, Thomas Bailey, Peter Berg and Arne Kalleberg. Cornell University Press, Ithaca, 2000, xii + 259 pp., £14.95 (paperback). *Journal of Industrial Relations*, 42(4), 601-603. doi: 10.1177/002218560004200411

Cheung, C., Kong, H., y Song, H. (2014). How to influence hospitality employee perceptions on hotel brand performance? *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 26(8), 1162-1178. doi: 10.1108/IJCHM-02-2013-0090

Chiang, F.F.T., Birtch, T.A., y Cai, Z. (2014). Front-line Service Employees' Job Satisfaction in the Hospitality Industry: The Influence of Job Demand Variability and the Moderating Roles of Job Content and Job Context Factors. *Cornell Hospitality Quarterly*, 55(4), 398-407. doi: 10.1177/1938965513514628

Chow, C.W., Haddad, K., y Singh, G. (2007). Human Resource Management, Job Satisfaction, Morale, Optimism, and Turnover. *International Journal of Hospitality & Tourism Administration*, 8(2), 73-88. doi: 10.1300/J149v08n02\_04

Delery, J.E. y Doty, D.H. (1996). Modes of Theorizing in Strategic Human Resource Management: Tests of Universalistic, Contingency, and Configurational Performance Predictions. *Academy of Management Journal*, 39(4), 802-835. doi: 10.5465/256713

Dorta-Afonso, D. y González-de la Rosa, M. (2021). High-Performance Work Systems. En D. Buhalis (Ed.), *Encyclopedia of Tourism Management and Marketing*. Edward Elgar Publishing. doi: 10.4337/9781800377486.contents

Dorta-Afonso, D., González-de-la-Rosa, M., García-Rodríguez, F.J., y Romero-Domínguez, L. (2021). Effects of High-Performance Work Systems (HPWS) on Hospitality Employees'

Outcomes through Their Organizational Commitment, Motivation, and Job Satisfaction. *Sustainability*, 13(6), 3226. doi: 10.3390/su13063226

Fabi, B., Lacoursière, R., y Raymond, L. (2015). Impact of high-performance work systems on job satisfaction, organizational commitment, and intention to quit in Canadian organizations. *International Journal of Manpower*, 36(5), 772-790. doi: 10.1108/IJM-01-2014-0005

García-Chas, R., Neira-Fontela, E., y Varela-Neira, C. (2012). Percepciones de los sistemas de trabajo de alto rendimiento e intención de marcha. Un análisis multinivel. *Investigaciones Europeas de Dirección y Economía de la Empresa*, 18(3), 206-215. doi: 10.1016/j.iiedee.2012.06.001

García-Chas, R., Neira-Fontela, E., y Varela-Neira, C. (2016). High-performance work systems and job satisfaction: A multilevel model. *Journal of Managerial Psychology*, 31(2), 451-466. doi: 10.1108/JMP-04-2013-0127

García-Rodríguez, F.J., Dorta-Afonso, D., y González-de-la-Rosa, M. (2020). Hospitality diversity management and job satisfaction: The mediating role of organizational commitment across individual differences. *International Journal of Hospitality Management*, 91, 102698. doi: 10.1016/j.ijhm.2020.102698

Jaiswal, D. y Tyagi, A. (2019). Effect of high performance work practices on service innovative behavior. *Tourism Review*, 75(2), 382-401. doi: 10.1108/TR-07-2018-0101

Jiang, K., Lepak, D.P., Hu, J., y Baer, J.C. (2012). How Does Human Resource Management Influence Organizational Outcomes? A Meta-analytic Investigation of Mediating Mechanisms. *Academy of Management Journal*, 55(6), 1264-1294. doi: 10.5465/amj.2011.0088

Karatepe, O.M. (2013). High-performance work practices and hotel employee performance: The mediation of work engagement. *International Journal of Hospitality Management*, 32, 132-140. doi: 10.1016/j.ijhm.2012.05.003

Khelifat, A., Chen, H., Ayoun, B., y Eyoun, K. (2021). The impact of the challenge and hindrance stress on hotel employees interpersonal citizenship behaviors: Psychological capital as a moderator. *International Journal of Hospitality Management*, 94, 102886. doi: 10.1016/j.ijhm.2021.102886

Kloutsiniotis, P.V. y Mihail, D.M. (2017). Linking innovative human resource practices, employee attitudes and intention to leave in healthcare services. *Employee Relations*, 39(1), 34-53. doi: 10.1108/ER-11-2015-0205

Kloutsiniotis, P.V. y Mihail, D.M. (2020a). High performance work systems in the tourism and hospitality industry: A critical review. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 32(7), 2365-2395. doi: 10.1108/IJCHM-10-2019-0864

Kloutsiniotis, P.V. y Mihail, D.M. (2020b). Is it worth it? Linking perceived high-performance work systems and emotional exhaustion: The mediating role of job demands and job resources. *European Management Journal*, 38(4), 565-579. doi: 10.1016/j.emj.2019.12.012

Locke, E.A. (1976). The nature and consequences of job satisfaction. En M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297-1349). Chicago: Rand McNally College Publishing Co.

Ogbonnaya, C. y Messersmith, J. (2019). Employee performance, well-being, and differential effects of human resource management subdimensions: Mutual gains or conflicting

outcomes? *Human Resource Management Journal*, 29(3), 509-526.  
doi: 10.1111/1748-8583.12203

Ogbonnaya, C., Daniels, K., Connolly, S., y Van Veldhoven, M. (2017). Integrated and isolated impact of high-performance work practices on employee health and well-being: A comparative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(1), 98-114.  
doi: 10.1037/ocp0000027

Page, S.J., Bentley, T., Teo, S., y Ladkin, A. (2018). The dark side of high performance human resource practices in the visitor economy. *International Journal of Hospitality Management*, 74, 122-129. doi: 10.1016/j.ijhm.2018.02.016

Suazo, M.M. (2009). The mediating role of psychological contract violation on the relations between psychological contract breach and work-related attitudes and behaviors. *Journal of Managerial Psychology*, 24(2), 136-160. doi: 10.1108/02683940910928856

Sun, L.Y., Aryee, S., y Law, K.S. (2007). High-Performance Human Resource Practices, Citizenship Behavior, and Organizational Performance: A Relational Perspective. *Academy of Management Journal*, 50(3), 558-577. doi: 10.5465/amj.2007.25525821

Takeuchi, R., Chen, G., y Lepak, D.P. (2009). Through the looking glass of a social system: Cross-level effects of high-performance work systems on employees' attitudes. *Personnel Psychology*, 62(1), 1-29. doi: 10.1111/j.1744-6570.2008.01127.x

Tang, T.W. y Tang, Y.Y. (2012). Promoting service-oriented organizational citizenship behaviors in hotels: The role of high-performance human resource practices and organizational social climates. *International Journal of Hospitality Management*, 31(3), 885-895. doi: 10.1016/j.ijhm.2011.10.007

Van de Voorde, K., Paauwe, J., y Van Veldhoven, M. (2012). Employee Well-being and the HRM-Organizational Performance Relationship: A Review of Quantitative Studies: HRM, employee well-being and organizational performance. *International Journal of Management Reviews*, 14(4), 391-407. doi: 10.1111/j.1468-2370.2011.00322.x

Wong, I.A., Xu, S., Chan, S.H.G., y He, M. (2019). A cross-level investigation of the role of human resources practices: Does brand equity matter? *Tourism Management*, 75, 418-426. doi: 10.1016/j.tourman.2019.04.013

## CAPÍTULO 9

### LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS DE GAMIFICACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA LA PREVENCIÓN DEL BULLYING EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

JUAN MIGUEL FERNÁNDEZ CAMPOY\*, JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ FERRER\*,  
MATÍAS E. RODRÍGUEZ-RIVAS\*\*, ANA MANZANO LEÓN\*, LAURA MOLINA ALONSO\*,  
ROCÍO COLLADO SOLER\*, Y CRISTINA MÉNDEZ AGUADO\*

*\*Universidad de Almería; \*\*Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo*

#### INTRODUCCIÓN

Los últimos decenios han venido a evidenciar la gran zozobra con la que afrontan las estructuras educativas de las principales potencias europeas la creciente presencia en sus aulas de procesos o de prácticas de bullying que pueden poner en peligro el adecuado desarrollo del proceso de enseñanza y aprendizaje del alumnado que las sufren o padecen, situaciones éstas que pueden atentar contra los basamentos de los entramados socioeducativos de dichas potencias europeas, en especial si se toma en consideración que dichos sistemas educativos han de ser capaces de instaurar los medios que posibiliten que todos estos alumnos/as sean convenientemente enseñados y cualificados para que obtengan los elementos metodológicos, procedimentales y actitudinales que les fagociten un eficiente proceso de integración educativa y social (Rodríguez-Jiménez, Ramos, Santos, y Fernández-Campoy, 2019).

La prevención o la intervención frente a los procesos y las prácticas de bullying, al tratarse de un fenómeno influenciado por múltiples y significativos rasgos y factores, se materializan con altos niveles de complejidad, hasta el punto de requerir la articulación de una gran variedad de estrategias de prevención e intervención que creen el escenario propicio para que se puedan reestructurar los parámetros sociales y educativos de dicho colectivo de alumnos/as. En este contexto han ido saliendo a la luz numerosas estrategias y programas educativos de gamificación, con planteamientos teóricos, metodológicos y procedimentales claramente diferenciados, aunque con grandes similitudes, al poner el acento en la articulación de eficientes procesos de enseñanza y aprendizaje que desemboquen en el perfeccionamiento de los aspectos educativos y formativos de dicho colectivo de alumnos/as (Corchuelo, 2018).

En el momento actual apenas se pueden encontrar investigadores que se planteen el cuestionamiento del trascendental papel que llega a desempeñar la educación en la mayor parte de los programas educativos de gamificación que a día de hoy se vienen configurando e implementando para tratar de paliar y afrontar los procesos y las prácticas de bullying, ya que la casi totalidad de los mismos buscan la

cualificación de los alumnos/as acosadores como estrategia para que desechen la práctica totalidad de los comportamientos y de las actitudes que han puesto en serio peligro el buen desarrollo de sus relaciones e interacciones sociales y educativas (Contreras y Eguía, 2016).

Por tanto, y tomando como principal objeto de análisis los datos empíricos y metodológicos y las argumentaciones esbozadas por investigadores de reconocido prestigio como Mera-Paz (2016), resulta inevitable hacer hincapié en el hecho de que son bastante numerosas las instituciones, organismos internacionales, gobiernos estatales y asociaciones sociales y civiles que cada día que pasa van poniendo más en valor la gran trascendencia y relevancia de los programas educativos de gamificación como destacados agentes de prevención e intervención ante los procesos y las prácticas de bullying, al conseguir favorecer y consolidar los instrumentos de cohesión social y educativa y atenuar las desigualdades sociales y educativas, llegando a establecer el escenario propiciatorio para luchar contra la exclusión social y educativa de los colectivos sociales y educativos más deprimidos y desfavorecidos en el seno de los entramados sociales y educativos de cualquier país.

A grandes rasgos, y como bien acaban esgrimiendo algunos autores como Kapp (2012), se puede aseverar que la puesta en funcionamiento de los procesos de formación y educación progresiva, típicos de los programas educativos de gamificación, se pueden revelar como un poderoso medio para desarrollar, mejorar e incrementar las principales habilidades de interacción social y educativa de los individuos, además de instaurar un conjunto de valores éticos y morales que les van a granjear una eficiente y completa integración social y educativa que les lleve a establecer interacciones sociales con altos índices de calidad y de significatividad. Entre dichos valores se pueden llegar a destacar los siguientes:

- Empatía.
- Solidaridad.
- Tolerancia.
- Cooperación.
- Sacrificio.
- Autoestima.
- Autocontrol.
- Libertad.
- Paz.

Junto al reconocimiento de las innegables bonanzas que aportan los programas educativos de gamificación en relación al desarrollo de un significativo conjunto de valores y de conductas especialmente reconocidas y valoradas por las estructuras sociales y educativas que se encuentran encaminadas a facilitar un gratificante y eficiente proceso de integración social y educativa a los individuos que los acaben



articulando e implementando en su propia vida cotidiana, también, siempre que cumplan la directriz de ser implementados bajo la premisa de adoptar un régimen de habitualidad, corrección y eficiencia, los programas educativos de gamificación van a reunir las condiciones propiciatorias para acabar obstaculizando la aparición de valores y de comportamientos poco deseables, recomendables o apreciados por los sistemas sociales y educativos que puedan llegar a poner en peligro sus objetivos y anhelos de integración social y educativa, destacando entre todas ellas, en opinión de Lamrani y Abdelwahed (2020), las siguientes:

Violencia.

Manipulación.

Consumismo.

Hedonismo.

Triunfalismo.

Utilitarismo.

### **Objetivos**

Descubrir aquellos elementos y factores que el conocimiento científico suele atribuir a los programas educativos de gamificación, en relación a su capacidad como vehículos de transmisión de valores, de actitudes y de conductas, social y educativamente aceptados, que ayude al alumnado que sufre o que padece procesos y prácticas de bullying a superarlos y a incrementar y a mejorar sus habilidades sociales, educativas y laborales.

Analizar aquellos rasgos y factores que suelen estar presentes en las más destacadas estrategias formativas y programas educativos de gamificación que en la actualidad se vienen diseñando, desarrollando e implementando para tratar de incrementar y de mejorar las habilidades sociales, educativas y laborales del alumnado que, en el seno del sistema educativo español, puede llegar a sufrir o a padecer procesos y prácticas de bullying.

## **MÉTODO**

### **Muestra**

La muestra que acabó tomando parte en el estudio se obtuvo como consecuencia de un exhaustivo proceso de revisión y de rastreo bibliográfico respecto a los documentos de naturaleza científica que se han esforzado en desentrañar la valía de los programas educativos de gamificación como recurso para incrementar las principales habilidades sociales, educativas y laborales del alumnado que puede llegar a sufrir o a padecer procesos y prácticas de bullying.

## **Instrumentos**

Los datos recabados durante la implementación del estudio se obtuvieron como consecuencia del análisis pormenorizado de los documentos científicos vinculados a la temática objeto de estudio, como consecuencia de las consultas realizadas en diversas bibliotecas científicas y en los principales buscadores de internet (Dialnet, Scopus, Wos, Web of Science y Google Scholar).

## **Procedimiento**

En un primer momento, tuvieron lugar una serie de desplazamientos hasta la sede de diversas bibliotecas científicas y se realizaron varias búsquedas bibliográficas en los principales buscadores de internet (Dialnet, Scopus, Wos, Web of Science y Google Scholar), con la intención de tratar de establecer la medida y el papel que los programas educativos de gamificación pueden desempeñar en relación con el incremento de las habilidades sociales, educativas y laborales del alumnado que puede llegar a sufrir o a padecer prácticas y procesos de bullying, además de las más significativas características y elementos definitorios de los más relevantes programas educativos de gamificación que en el presente se vienen articulando y aplicando para tratar de ayudar al alumnado que sufre procesos y prácticas de bullying a potenciar y aumentar sus habilidades sociales, educativas y laborales.

En segundo lugar, se categorizaron y estudiaron los datos obtenidos como consecuencia de la implementación de la investigación empírica.

En última instancia, se construyó un pormenorizado y exhaustivo documento científico que contenía una detallada descripción de los resultados y conclusiones de mayor calado de la investigación empírica realizada.

## **Análisis de datos**

La metodología usada para el desarrollo de la investigación fue de naturaleza cualitativa combinada con instrumentos de corte descriptivo, entre los que destacan los documentos de naturaleza científica que se han esforzado en desentrañar la valía de los programas educativos de gamificación como recurso para incrementar las principales habilidades sociales, educativas y laborales del alumnado que puede llegar a sufrir y a padecer procesos y prácticas de bullying, además de las más significativas características y elementos definitorios de los más relevantes programas educativos de gamificación que en el presente se vienen articulando y aplicando para tratar de ayudar al alumnado que sufre procesos y prácticas de bullying a potenciar y aumentar sus habilidades sociales, educativas y laborales, con el principal propósito de alcanzar una significativa comprensión y estructuración congruente de los datos recopilados como consecuencia de la puesta en práctica del estudio empírico (Buendía, 1999).

## **RESULTADOS**

En base a las conclusiones científicas alcanzadas por las más significativas publicaciones, de corte científico, analizadas y detalladas en el estudio empírico que nos ocupa, se puede establecer, fuera de todo género de duda, que uno de los grandes quebraderos de cabeza que vienen padeciendo las estructuras educativas de las principales potencias europeas se centra en el apreciable crecimiento en sus instituciones educativas de alumnado que puede llegar a sufrir y a padecer procesos y prácticas de bullying que pueden amenazar con desestructurar hasta las más sólidas cimentaciones de los entramados socioeducativos de dichas potencias europeas. En adición a dicha dificultad es coherente sacar a la palestra el significativo papel que dichos sistemas educativos han de adoptar para proveer a todos estos alumnos/as de los procesos pedagógicos y educativos que les granjeen la posibilidad de obtener los elementos metodológicos, procedimentales y actitudinales que, a su vez, les abran las puertas hacia la articulación de un eficiente proceso de integración educativa y social (Aguilera, Fúquene, y Ríos, 2014).

El crecimiento de las habilidades sociales y educativas del alumnado que puede llegar a sufrir y a padecer procesos y prácticas de bullying, al manifestarse como un proceso de extrema virulencia que se encuentra condicionado por una gran variedad de rasgos y factores, va a precisar del establecimiento de una significativa pluralidad de estrategias de prevención e intervención que edifiquen el contexto preciso para que se puedan reconfigurar las dimensiones sociales y educativas de los alumnos/as que sufren procesos y prácticas de bullying. Es en este ambiente en el que han visto la luz numerosas estrategias y programas educativos de gamificación, con sistematizaciones teóricas, procedimentales y actitudinales significativamente diferenciadas, aunque con evidentes similitudes, en especial al poner el foco en el establecimiento de completos procesos de enseñanza y aprendizaje que desencadenen en la solvencia de las dimensiones educativas y formativas de dicho colectivo de alumnos/as (Aretio, 2016).

Lo que parece bastante claro es que la educación aflora con una luz muy brillante y potente en un elevado número de los programas educativos de gamificación que de un tiempo a esta parte se vienen construyendo y poniendo en práctica para tratar de amortiguar y plantar cara a los procesos y a las prácticas de bullying, puesto que la práctica totalidad de los mismos intentan lograr la preparación del alumnado que instrumentaliza procesos y prácticas de bullying como medio para que expulsen de su interior y de sus hábitos la casi totalidad de las actuaciones y de las actitudes que les han llevado a dificultar el conveniente desarrollo de sus relaciones e interacciones sociales y educativas (Becerra-González y Reidl, 2015).

Tal y como se ha ido comentando hasta llegar a este preciso momento, y adoptando como más destacado punto de consideración las principales ideas

científicas y metodológicas esbozadas hasta el momento y los análisis científicos realizados por investigadores de amplia trayectoria y relevancia científica como Aróstegui-Barandica y Darretxe-Urrutxi (2016), resulta imprescindible hacer constar que son muy numerosas y prestigiosas las instituciones, organismos internacionales, gobiernos estatales y asociaciones sociales y civiles que han venido a poner de relieve la gran relevancia y trascendencia de los programas educativos de gamificación como imponentes instrumentos de prevención e incremento de las habilidades sociales y educativas del alumnado que puede llegar a sufrir y a padecer procesos y prácticas de bullying, al conseguir favorecer e incrementar los principales mecanismos de instrumentalización social y educativa y mitigar y solventar las principales discriminaciones sociales y educativas que se encuentran presentes en los entramados sociales y educativos, llegando a establecer el medio más idóneo para combatir contra la discriminación social y educativa de los grupos sociales y educativos más deprimidos y desfavorecidos de cualquier país.

En esencia, se pone de relevante actualidad la circunstancia de que parece existir cierto principio de acuerdo entre los teóricos de la educación a la hora de afirmar que la realización y la aplicación de procesos de enseñanza y aprendizaje progresivos y continuados, uno de los rasgos más distintivos de los programas educativos de gamificación, se puede manifestar como un recurso de un valor incalculable para desarrollar, mejorar y aumentar las principales destrezas de interacción social y educativa de los individuos, a la misma vez que para instaurar un amplio grupo de valores éticos y morales (empatía, solidaridad, tolerancia, cooperación, sacrificio, autoestima, autocontrol, libertad, paz, entre otros) que les van a fagocitar una significativa y amplia integración social y educativa que les brinde el contexto y la oportunidad de establecer interacciones con altos estándares de significatividad, de calidad y de eficiencia (Fernández-Campoy y García-Martínez, 2020).

Unidas a las innegables aportaciones positivas de los programas educativos de gamificación con respecto al desarrollo y a la articulación de un significativo conjunto de valores y de actuaciones particularmente valoradas y admitidas por las estructuras sociales y educativas que se encuentran orientadas a la facilitación de un señorial y útil proceso de integración social y educativa a los sujetos que los acaben desarrollando y aplicando en su propia vida y ámbito de acción cotidiano, también, siempre que adopten la consigna de realizar su implementación bajo la pauta de crear un clima de cotidianidad, corrección y eficacia, los programas educativos de gamificación van a albergar las categorizaciones más idóneas para dificultar el surgimiento de valores y de comportamientos poco edificantes, recomendables y anhelados por los sistemas sociales y educativos (violencia, manipulación, consumismo, hedonismo, triunfalismo, utilitarismo, entre otros) que puedan llegar a

hacer peligrar sus metas y añoranzas de integración social y educativa (Chung, Shen, y Qiu, 2019).

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Los datos esbozados y analizados hasta este punto del estudio empírico han servido para poner sobre la palestra uno de los más importantes sinsabores que atormentan, de un tiempo a esta parte, a las estructuras educativas de las grandes potencias nacionales europeas, como es el descontrolado crecimiento en sus sistemas e instituciones educativas de alumnado que sufre o padece procesos y prácticas de bullying, fenómeno que pueden llevarles a pensar en una más que plausible desestabilización de las más sólidas cimentaciones que soportan a los entramados socioeducativos de dichas potencias europeas. Aumentando e incrementando las consecuencias de dicha dificultad es de justicia referirse al trascendental papel que se le concede a dichos sistemas educativos, en aras de abastecer a todos estos alumnos/as de los procesos pedagógicos y educativos que les brinden la posibilidad de obtener los elementos metodológicos, procedimentales y actitudinales que, a la par, les marquen un adecuado camino hacia la articulación de un eficiente proceso de integración educativa y social (Cortizo-Pérez et al., 2011).

El proceso tendente al desarrollo y al crecimiento de las habilidades sociales y educativas del alumnado que padece o sufre procesos y prácticas de bullying sale a la superficie como un proceso de extrema gravedad y consistencia que, dado que se encuentra supeditado o influenciado por una gran variedad de rasgos y de factores, va a demandar el establecimiento de una edificante colectividad de medidas y estrategias de prevención e intervención que cimienten el entorno preciso para que se puedan reedificar las dimensiones sociales y educativas de los alumnos/as que sufren procesos y prácticas de bullying. Es dicho contexto el que ha servido de estímulo para que vengan al mundo numerosas estrategias y programas educativos de gamificación, con configuraciones teóricas, procedimentales y actitudinales y con matices diferenciales, aunque, a la vez, con ciertos rasgos de similitud, como lo demuestra el hecho de que acaban poniendo un gran énfasis y mucha determinación respecto a la construcción de exhaustivos procesos de enseñanza y aprendizaje que desemboquen en altas tasas de eficiencia respecto de las dimensiones educativas y formativas de dicho colectivo de alumnos/as (Contreras, 2016).

Si se ubica el núcleo principal de atención respecto a las áreas y dimensiones más significativas del espacio científico y de investigación que se ha llegado a estructurar como consecuencia del análisis sistemático que se ha llevado a cabo en el párrafo que ha precedido al actual, parece meridianamente claro el hecho de que la educación emerge de entre las tinieblas con luz propia y gran armonía en un más que relevante número de los programas educativos de gamificación que durante los últimos

decenios se han venido articulando e implementando para tratar de poner remedio a las consecuencias perniciosas de los procesos y de las prácticas de bullying, dado que la mayor parte de los mismos intentan incrementar el nivel de preparación del alumnado que orquesta el desarrollo de procesos y prácticas de bullying como recurso para que saquen de su interior y de sus hábitos de vida social y educativa la práctica totalidad de las actuaciones y de las actitudes que les han llevado a sabotear el desarrollo preciso de sus relaciones e interacciones sociales y educativas (Manzano-León, Aguilar-Parra, Fernández-Campoy, y Rodríguez-Ferrer, 2020).

Adoptando como más significativo e inspirador elemento de comprensión a las distintas formulaciones científicas y metodológicas que se han ido desgranando hasta este preciso hilo temporal, resulta pertinente hacer constar en acta que son muy abundantes y prestigiosas las instituciones, organismos internacionales, gobiernos estatales y asociaciones sociales y civiles que han venido a evidenciar la gran significatividad y repercusión de los programas educativos de gamificación como trascendentales instrumentos de prevención, incremento y mejora de las habilidades sociales y educativas del alumnado que sufre o que padece procesos y prácticas de bullying, al establecer las condiciones propiciatorias para favorecer e incrementar los principales mecanismos de consolidación social y educativa y amortiguar y solventar las principales discriminaciones sociales y educativas que se encuentran latentes en los entramados sociales y educativos, configurando el escenario de mayor idoneidad para hacer frente a la discriminación social y educativa de los estamentos sociales y educativos más desfavorecidos y deprimidos de cualquier país (Parra-González, López-Belmonte, Segura-Robles, y Fuentes-Cabrera, 2020).

A estas alturas de la cuestión, y como más destacado hallazgo y logro del proceso de investigación implementado y desarrollado en el presente análisis empírico, es más que adecuado proceder a revelar la argumentación empírica relacionada con la creencia y el anhelo de que la articulación y la implementación de los conocidos como procesos de enseñanza y aprendizaje de naturaleza continua y progresiva, uno de los rasgos que con mayor fidelidad describen a los programas educativos de gamificación, se puede evidenciar como un instrumento de incalculable repercusión y trascendencia para desarrollar, mejorar y aumentar las principales competencias de interacción social y educativa de los individuos, además de instaurar una amplia colectividad de valores éticos y morales (empatía, solidaridad, tolerancia, cooperación, sacrificio, autoestima, autocontrol, libertad, paz, entre otros) que les va a reportar una compleja y exhaustiva integración social y educativa que les encamine hacia un contexto plagado de oportunidades para establecer interacciones sociales y educativas con altas repercusiones, en lo que a calidad, significatividad y eficiencia se refiere (Aguilar-Parra, Fernández-Campoy, Manzano-León, y Rodríguez-Ferrer, 2021).

Al amparo de las más que innegables contraprestaciones positivas de los programas educativos de gamificación en relación al desarrollo y a la articulación de una significativa colectividad de valores y de ejecuciones conductuales prestigiadas y admitidas por las estructuras sociales y educativas que se hayan encauzadas hacia la facilitación de un consolidado y útil proceso de integración social y educativa a los individuos que los acaben configurando y poniendo en juego en su propia vida y ámbito de actuación cotidiano, también, y siempre que se pongan manos a la obra para hacer buena la consigna de llevarlos a la práctica respetando la máxima de tratar de instaurar un clima de cotidianidad, corrección y eficiencia, los programas educativos de gamificación van a rodearse de un halo de idoneidad para dificultar la irrupción de valores y de comportamientos poco saludables y recomendables, por parte de los sistemas sociales y educativos (violencia, manipulación, consumismo, hedonismo, triunfalismo, utilitarismo, entre otros), hasta el punto de poder hacer peligrar sus mayores deseos y anhelos de integración social y educativa (Yildirim, 2017).

En última instancia, parece conveniente concluir la investigación esgrimiendo la idea de que los programas educativos de gamificación han sabido hacer notar su relevancia y significatividad como desarrolladores e implementadores de valores y de ejecuciones conductuales destacadamente prestigiadas y admitidas por las estructuras sociales y educativas que se encuentran claramente orientadas hacia la facilitación de un consolidado y útil proceso de integración social y educativa a los individuos que los acaben articulando y poniendo en juego en su propia vida y ámbito de actuación cotidiano. Sin menoscabar la formulación de dicha idea y su consistencia empírica, no es menos cierto que si se sigue sin vacilación la consigna de llevarlos a la práctica tratando de cimentar un clima de cotidianidad, corrección y eficiencia, los programas educativos de gamificación también van a saber rodearse y apoderarse del instrumental adecuado y preciso para evitar la abrupta irrupción de valores y de comportamientos que puedan hacer peligrar sus mayores anhelos y deseos de integración social y educativa (Figueroa-Flores, 2016).

## REFERENCIAS

Aguilar-Parra, J.M., Fernández-Campoy, J.M., Manzano-León, A., y Rodríguez-Ferrer, J.M. (2021). Diseño de una propuesta de intervención de gamificación como estrategia educativa dentro de la metodología SPOC en la asignatura de Trastornos del Desarrollo. En I. Aznar-Díaz, J.A. López-Núñez, M.P. Cáceres-Reche, C. De Barros-Camargo, e F.J. Hinojo-Lucena, (Eds.), *Desempeño docente y formación en competencia digital en la era SARS COV 2* (pp. 445-453). Madrid: Dykinson.

Aguilera, A., Fúquene, C., y Ríos, W. (2014). Aprende jugando: El uso de las Técnicas de Gamificación en Entornos de Aprendizaje. *IM-Pertinente*, 2(1), 125-143.

Aretio, L.G. (2016). El juego y otros principios pedagógicos. Su pervivencia en la Educación a distancia y virtual. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 19(2), 9-23.

Aróstegui-Barandica, I. y Darretxe-Urrutxi, L. (2016). Estrategias metodológicas activas en la asignatura de “Bases de la Escuela Inclusiva” de la EU de Magisterio de Bilbao. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*, 14(2), 315-340.

Becerra-González, C. y Reidl, L. (2015). Motivación, autoeficacia, estilo atribucional y rendimiento escolar de estudiantes de bachillerato. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 17(3), 79-93.

Buendía, L. (1999). *Modelos de análisis de la investigación educativa*. Sevilla: Alfar.

Chung, C., Shen, C., y Qiu, Y. (2019). Students' Acceptance of Gamification in Higher Education. *International Journal of Game-Based Learning*, 9(2), 1-19.

Contreras, R. (2016). Juegos digitales y gamificación aplicados en el ámbito de la educación. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 19(2), 27-33.

Contreras, R.S. y Eguia, J.L. (2016). *Gamificación en Aulas Universitarias*. Bellaterra: Institut de la Comunicació, Universitat Autònoma de Barcelona.

Corchuelo, C.A. (2018). Gamificación en educación superior: experiencia innovadora para motivar estudiantes y dinamizar contenidos en el aula. *Educec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 63, 29-41.

Cortizo-Pérez, J.C., Carrero-García, F.M., Monsalve-Piqueras, B., Velasco-Collado, A., Díaz Del Dedo, L.I., y Pérez-Martín, J. (2011). *Gamificación y Docencia: Lo que la Universidad tiene que aprender de los Videojuegos*. Abacus: Universidad Europea de Madrid.

Fernández-Campoy, J.M. y García-Martínez, M.D. (2020). Incremento de las habilidades sociales del alumnado que presenta trastornos de conducta mediante la implementación de los programas educativos de gamificación. En E. López-Meneses, D. Cobos-Sanchiz, L. Molina-García, A. Jaén-Martínez, y A.H. Martín-Padilla (Eds.), *Claves para la innovación pedagógica ante los nuevos retos: Respuestas en la vanguardia de la práctica educativa* (pp. 3016-3024). Barcelona: Octaedro.

Figuerola-Flores, J.F. (2016). Gamification and Game-Based Learning: Two Strategies for the 21st Century Learner. *World Journal of Educational Research*, 3(2), 507-522.

Kapp, K. (2012). *The Gamification of Learning and Instruction: Game-Based Methods and Strategies for Training and Education*. New Jersey, EE.UU.: John Wiley and Sons.

Lamrani, R. y Abdelwahed, E. (2020). Game-based learning and gamification to improve skills in early years education. *Computer Science and Information Systems*, 17(1), 339-356.

Manzano-León, A., Aguilar-Parra, J.M., Fernández-Campoy, J.M., y Rodríguez-Ferrer, J.M. (2020). Aprendizaje basado en juego y gamificación para enseñar el espacio urbano en Educación Secundaria. En G. Gómez-García, M. Ramos, C. Rodríguez-Jiménez, y J.C. De La Cruz-Campos (Eds.), *Teoría y práctica en investigación educativa: una perspectiva internacional* (pp. 954-962). Madrid: Dykinson.

Mera-Paz, J.A. (2016). Gamificación una estrategia de fortalecimiento en el aprendizaje de la ingeniería de sistemas, experiencia significativa en la Universidad Cooperativa de Colombia sede Popayán. *Revista Científica*, 26, 3-11.



Parra-González, M., López-Belmonte, J., Segura-Robles, A., y Fuentes-Cabrera, A. (2020). Active and Emerging Methodologies for Ubiquitous Education: Potentials of Flipped Learning and Gamification. *Sustainability*, 12(2), 602.

Rodríguez-Jiménez, C., Ramos, M., Santos, M.J., y Fernández-Campoy, J.M. (2019). El uso de la gamificación para el fomento de la educación inclusiva. *International Journal of New Education*, 3, 39-59.

Yildirim, I. (2017). The effects of gamification-based teaching practices on student achievement and students' attitudes toward lessons. *The Internet And Higher Education*, 33, 86-92.



## CAPÍTULO 10

### PREVALENCIA DEL AUTISMO EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

KAREL GUEVARA\* Y DAVID SALDAÑA SAGE\*\*

*\*Universidad Autónoma de Chiriquí en Panamá; \*\*Universidad de Sevilla*

#### INTRODUCCIÓN

El trastorno del espectro del autismo (TEA), se encuentra tipificado dentro de los trastornos del desarrollo neurológico de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) y recientemente la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-11 (World Health Organization, 2018) que entrará en vigencia en enero de 2022. Ambas referencias sostienen el término único de trastorno del espectro del autismo determinado por las dificultades para la interacción, la comunicación social e intereses restringidos y comportamientos repetitivos.

El Banco Mundial y la Oficina de Referencia de la Población (Durkin et al., 2015) indican que la mayoría de las investigaciones sobre epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento del autismo se basan en investigaciones realizadas en países de altos ingresos, a pesar de que menos del 20% de la población actual del mundo y menos del 10% de todos los nacimientos ocurren en estos países. Esta revisión reciente de la prevalencia global de autismo mostró que el 87% de los casos identificados en estudios epidemiológicos fueron de América del Norte, Europa y Japón, aunque solo el 10% de los niños del mundo viven en estas áreas.

Hoy sabemos que para llegar a un diagnóstico de TEA se requiere de un proceso costoso, desde los entrenamientos y adquisición de los instrumentos, costo final al usuario y adicional la confirmación clínica de un especialista, ya que el diagnóstico sigue siendo clínico. A ello se añade que en los países de ingresos medios y bajos se invierte poco en investigación en términos generales. Ambas limitaciones conducen a menores oportunidades para la detección de casos, y por tanto para proporcionar de forma adecuada las terapias y apoyos para las personas con autismo y sus familias.

Los estudios publicados concluyen en su mayoría sobre un aumento en la prevalencia del TEA. Así, para el 2014 de acuerdo al NCHS –(National Center for Health Statistics) en Estados Unidos la prevalencia estimada de TEA era de 2.24% (1 en 45), lo que representaba un incremento significativo con respecto a años anteriores: el promedio había sido de 1.25% (1 en 80) desde 2011 hasta 2013 (Zablotsky, Black, Maenner, Schieve, y Blumberg, 2015).

Otro estudio en Estados Unidos utilizó datos de la encuesta nacional de salud infantil de 2016, de base poblacional y transversal. Este estudio incluyó 43 032 niños de 3 a 17 años, recolectados a través de cuestionarios completados por un padre/madre o tutor. Se concluyó que la prevalencia ponderada de TEA siempre diagnosticada y TEA actual era de 2.79%, aunque con una gran variabilidad entre estados, desde 1.54% (IC 95%, 0.60-2.48) en Texas hasta 4.88% (IC 95%, 2.72-7.05) en Florida (Xu et al., 2019).

En otros países, y de acuerdo a Málaga et al. (2019), estudios en Reino Unido para el 2009 establecían la prevalencia de 1/64, en Holanda en el 2012 1/44, en Italia para el 2018 1/87, Portugal en el 2007 1/806, Noruega para el 2012 1/125, Alemania en el 2012 1/166 y para el 2018 en Tarragona (España) la prevalencia se estableció en 1/64.

Como se puede comprobar, muchos de los estudios se han realizado en países desarrollados. Un trabajo publicado en el 2016 en el sureste de Nigeria concluyó que la prevalencia de autismo era de 2.9% y las características socioeconómicas del autismo infantil en esta área geográfica eran similares a las de otras partes del mundo (Chinawa et al., 2016). Por otro lado, un estudio cualitativo en Nepal con 106 personas participantes a través de 12 grupos focales y nueve entrevistas semiestructuradas indicó que el diagnóstico es probable que se limite a los niños con los casos más graves de autismo, posiblemente porque los niños con síntomas menos graves y con mayor rendimiento intelectual no son propensos a buscar ayuda fuera de la familia o su comunidad inmediata, una vez más producto del desconocimiento (Heys et al., 2017).

La revisión se centra específicamente en los países Latinoamericanos y del Caribe (LAC). La mayoría de estos países están dentro de la economía de renta media y baja. Incluso algunos que han logrado posicionarse en una economía alta, siguen manteniendo características similares a los del resto de la región (The World Bank, 2018). Las bajas tasas de inversión tanto en investigación como en los sistemas sanitarios y educativos de estos países potencialmente resultan en un bajo conocimiento real de la prevalencia del autismo.

El estudio presenta el panorama del TEA en la región LAC, con un énfasis principal en la prevalencia detectada. Forma parte de una revisión más amplia que incorpora el estado de la investigación sobre signos de alerta, las barreras que se encuentran hasta llegar al diagnóstico, los instrumentos de detección y diagnóstico y el conocimiento de los profesionales involucrados en el proceso, así como los aportes de datos que permitieran evidenciar la presencia del TEA en esta región.

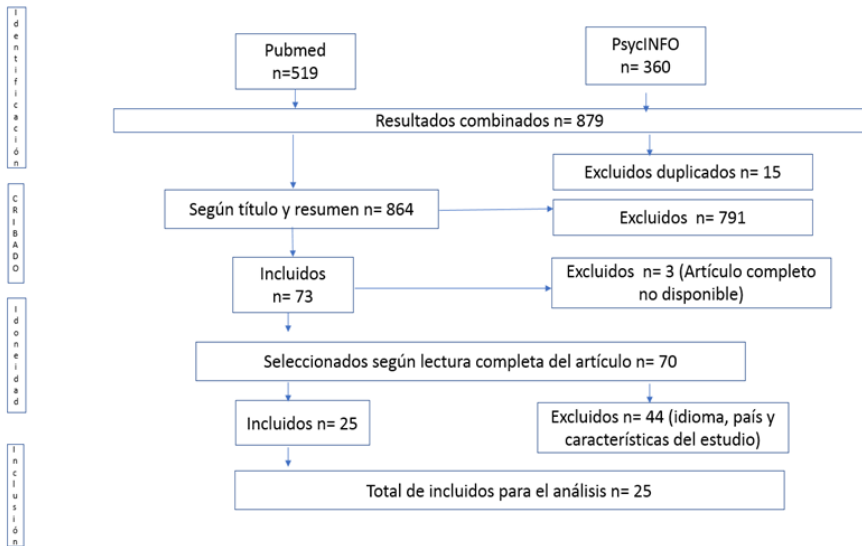
## METODOLOGÍA

Esta revisión se llevó a cabo contemplando artículos publicados en inglés y español de los últimos diez años (entre el 01 de enero de 2010 al 10 de enero de 2019) en las bases de datos PubMed y PsycINFO. Se realizó la búsqueda de forma individual por cada país Latinoamericano y del Caribe. Se utilizó la lista de los países de esta región descrita en la base de datos UNESCO (UNESCO Thesaurus, 2016). Se realizó, además, una revisión que incluía estudios desde 11 enero de 2019 al 11 de enero de 2021 con el fin de actualizar los hallazgos.

Para ser incluidos en la revisión, se realizó una búsqueda de los términos detección precoz, instrumentos diagnósticos, protocolos, prevalencia e incidencia, conocimientos de profesionales y padres, sensibilización de profesionales, comorbilidades. La revisión inicial se realizó por título y resumen; posteriormente se realizó la lectura de texto completo de los artículos seleccionados.

Se excluyeron de la revisión todos los estudios relacionados a intervención, abordaje farmacológico, programas para padres, estudios teóricos, psicoanalíticos, genéticos, neurobiológicos, teorías explicativas, factores sociodemográficos o psicosociales y percepción de las familias ante el diagnóstico.

*Figura 1. Flujograma del proceso de la revisión*



## RESULTADOS

### Estudios Piloto que aportan datos sobre el TEA en LAC

En cuanto a la prevalencia en los países en desarrollo, lamentablemente no se cuentan con estudios que proporcionen un panorama que facilite un análisis completo de la realidad nacional de estos países. Sin embargo, algunos países de Latinoamérica

y el Caribe han aportado estudios piloto o seccionados a regiones específicas para establecer la prevalencia.

### *En América del Sur*

El estudio realizado por Dekkers, Groot, Díaz-Mosquera, Andrade-Zúñiga, y Delfos (2015) tuvo como objetivo investigar la prevalencia de los TEA en escuelas regulares en Quito (Ecuador) y encontró que esta era de 0.11% (el estudio no muestra los intervalos de confianza), lo que significaría 11 por cada 10000 personas. Los investigadores concluyen que la cifra es mucho más baja a la esperada y que no reflejan la verdadera prevalencia de niños y adolescentes con TEA en Ecuador. Atribuyen esta baja cifra a que existe: a) poco acceso a servicios de diagnóstico para evaluar TEA, b) el conocimiento sobre TEA no está muy extendido, c) las universidades no están familiarizadas con TEA en conocimiento e investigaciones, d) hay pocos profesionales capacitados en la evaluación, y e) el autismo es considerado como un problema de comportamiento, dejando a la familia como responsable de las mismas. Finalmente proponen que el porcentaje encontrado de 0.11% refleja la probabilidad actual de recibir un diagnóstico de TEA en Quito, en lugar de la proporción de la población que tiene TEA. El estudio no reporta la confirmación de los diagnósticos por medio de instrumentos.

En Venezuela un estudio realizado en Maracaibo sobre prevalencia encontró cifras de 1.1 por cada 1000 (IC del 95%: 1.0 a 1.4) personas para el autismo, y 0.6 por 1000 (IC 95% 0.4–0.7) para síndrome de Asperger (Montiel-Nava y Peña, 2008). La prevalencia de todos los trastornos del espectro autista combinados se estimó en 1.7 por 1000 (IC del 95%: 0.1-2.0). Los investigadores buscaron las instituciones e instalaciones en las que los niños con TEA pudieron recibir diagnóstico o tratamiento. Se utilizaron una variedad de herramientas y estrategias de evaluación que incluyeron la Escala de Autismo Infantil (CARS) ( $n = 292$ ) y la Escala de Observación Diagnóstica del Autismo (ADOS) ( $n = 37$ ), u observaciones de comportamiento ( $n = 101$ ). El estudio concluyó que estas prevalencias son más bajas que los informes actuales en la literatura y que las diferencias en los métodos de hallazgos de casos, los criterios de diagnóstico y la falta de conciencia de la población general pueden tener influencia en el número de casos identificados.

En Atibaia, una ciudad típica del Estado de São Paulo (Brasil), un estudio piloto encontró una prevalencia de 27.2/10 000 (95% CI: 17.6–36.8), casi el 0.3% de trastorno generalizado del desarrollo, que es inferior a cifras reportadas en la mayoría de otras encuestas (Paula, Ribeiro, Fombonne, y Mercadante, 2011). La muestra se obtuvo de escuelas especializadas, servicios de salud, una clínica especializada y una unidad de hospitalización. Para la confirmación de diagnóstico se aplicó el *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)* (Ambrosini, 2000) y la

*Entrevista para Diagnóstico de Autismo revisada (ADI-R)* (Rutter, Le Couter, y Lord, 2006).

Concluyeron que existe la posibilidad que la falta de conciencia de la población/profesionales locales, el mantenimiento de registros pobres, un mal diagnóstico, y el diagnóstico en edades más tardías influyen en establecer datos contundentes de prevalencia.

En Chile un reciente estudio (Yáñez et al., 2021) estimó la prevalencia del trastorno del espectro autista en dos comunas urbanas de la Región Metropolitana de Santiago, Chile, en una muestra de niños entre 18-30 meses ( $N=256$ ) que se atendían en el sistema público de salud, correspondientes a una parte de la población evaluada en el servicio de neuropsiquiatría infantil de un hospital clínico. La muestra fue recogida entre agosto 2016 y agosto 2018. Reportaron una prevalencia de 19.6/1000 (IC 95% 0.81-4.63) con una distribución por sexo de 4 niños por 1 niña.

Dentro de las medidas utilizaron la versión española del Cuestionario de Autismo en la Infancia Modificado (M-CHAT), además de la versión española del

*Autism Diagnostic Observation Schedule-second edition (ADOS-2)* administrando los módulos T y 1 como complemento de la evaluación clínica. El diagnóstico confirmatorio de TEA lo realizaron utilizando los criterios clínicos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) y de acuerdo con la evaluación de una neuróloga infantil del servicio de neuropsiquiatría infantil de un hospital clínico. Se concluye que el estudio proporciona evidencia de una alta prevalencia de esta condición similar a la reportada por el Center for Disease Control (CDC) de Estados Unidos y tal como ocurre en otras regiones del mundo, lo que la convierte en un problema de salud.

### *En América del Norte*

En otro orden Fombonne et al. (2016) realizaron el primer estudio sobre prevalencia de TEA en México. En la primera fase del estudio se seleccionaron cuatro distritos escolares, incluyendo 11 684 niños que asisten a 134 escuelas, en donde el equipo de investigación aplicó el instrumento de cribado Escala de Respuesta Social (SRS por sus siglas en inglés) (Constantino y Gruber, 2005). Los casos positivos fueron invitados a participar en una confirmación de diagnóstico, en la segunda fase del estudio, aplicándoles el ADI-R y ADOS. La muestra final compendió 36 niños, equivalente a un 0.87% (IC del 95%: 0.62 al 1.1%). Según esta cifra de prevalencia, estimaron que de acuerdo al tamaño de la población de México debe haber cerca de 94 800 sujetos con TEA en el grupo de edad de 0-4 años y unos 298 000 sujetos adicionales en el rango de edad 5-19.

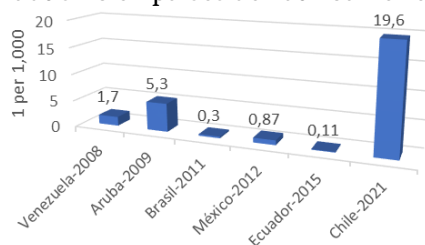
### *En el Caribe*

En Aruba se realizó un estudio sobre los niños nacidos de 1990 a 1999 (Van Balkom et al., 2009).

Identificaron 813 niños que se encontraban en los registros de la Clínica de Psiquiatría para Niños y Adolescentes desde 1 de mayo de 1997 hasta el 31 de diciembre de 2003 y que habían recibido un diagnóstico por sospecha de autismo. Aun cuando no cumplían con los criterios necesarios para un diagnóstico definitivo, los registros de los casos potenciales se resumieron a 75. No en todos los casos se aplicó la escala de observación de diagnóstico de autismo ADOS, para confirmar el diagnóstico. Los investigadores encontraron una prevalencia para el trastorno autista de 1.9 por 1000 (IC del 95%: 1.2-2.8) y para los trastornos del espectro autista de 5.3 por 1000 (IC del 95%: 4.1 a 6.7).

Todos los estudios muestran discrepancias entre las cifras de prevalencia encontradas. A continuación, se presenta los resultados graficados:

*Figura 2.* Cifras reportadas en estudios piloto sobre la presencia del trastorno del espectro del autismo en países de Latinoamérica y el Caribe



## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

De los seis estudios realizados en la región LAC para estimar la posible prevalencia, dentro del rango de nuestra búsqueda únicamente un estudio en México (Fombonne et al., 2016) partió de una búsqueda de sujetos que no pertenecían a un registro ya existente con diagnóstico. Además, el estudio realizado en Ecuador no reportó la confirmación del diagnóstico por medio de instrumentos para tales fines (Dekkers et al., 2015).

Las cifras son en algunos casos distintas y en otras guardan mayor relación. Para determinar su ajuste, conviene compararlos con los resultados de los estudios realizados en países con mayor tradición investigadora en las mismas fechas, teniendo en cuenta el incremento en la detección que se ha producido en todo el mundo. Así, México para el año 2012 mostró de acuerdo al estudio realizado, una prevalencia de 0.87/1 000, mientras que 14.6/1 000 fue la cifra reportada en ese año para EE.UU. (Christensen et al., 2012) y 7-8/1 000 en Noruega (Suren et al., 2012). Por otra parte, Aruba en el 2009 presentó datos de 5.3/1,000 (Van Balkom et al., 2009)



para la presencia del trastorno del espectro del autismo, en contraste con la cifra aportada por Reino Unido de 15.7/1 000 en publicación del mismo año (Baron-cohen et al., 2009).

En cuanto a Venezuela en el estudio publicado para el 2008, referenció datos de 1.7/1 000, y Ecuador por su parte publicó un estudio en el 2015 con cifras del 0.11/1,000; mientras que estudios en Dinamarca para los años 2008 y 2015, presentaron datos de prevalencia sobre 6.2-8.2/1 000 y 5.8/1 000 respectivamente (Málaga et al., 2019). Brasil reporta cifras del 0.3/1 000 en un estudio publicado para el 2011, mientras que las cifras reportadas por Estados Unidos permanecían en 1.25/1000 desde 2011 hasta 2013 (Zablotsky et al., 2015). Chile presenta una prevalencia de 19.6/1000 en su único estudio publicado en 2021, mientras que las cifras para 2021 reportadas en el norte de España (Fuentes et al., 2021) fueron de 16.9 /1000.

Es posible observar cómo los datos de prevalencia son distintos entre los países con más tradición investigadora y los países y regiones en desarrollo. Para LAC se muestran que las cifras aportadas se encuentran por debajo de las que han reportado otros estudios en países desarrollados, a diferencia del estudio de Chile. Atribuir una sola razón por la cual los estudios de TEA en LAC se muestran discrepantes frente a otros sería imposible. No obstante, es importante recordar que en la región existe probablemente más escasez de profesionales formados en diagnósticos de autismo, pocos instrumentos estandarizados o validados (solo están traducidos) y en otros casos los diagnósticos son dados sin aplicación de instrumentos, aunado a la baja inversión en investigación relativo a este tópico.

La validación de instrumentos es de vital importancia si se pretenden utilizar en cualquier contexto diferente a aquellos donde fueron estandarizados. Es también cierto que, los estudios para estandarizar instrumentos tanto de detección como diagnóstico responden a inversiones económicas donde muy probablemente la mayoría de los países de la región LAC requieren destinar a otras necesidades y prioridades que se presenten o en el peor escenario no se contemplan presupuestos para esto.

En conjunto, es posible afirmar por tanto que existen barreras claras en la región LAC para establecer diagnósticos oportunos en TEA. Aun cuando los padres buscan la atención para indagar acerca de lo que está ocurriendo con sus hijos, se presenta un camino que separa o dista de la referencia temprana para los procesos de evaluación pertinentes. El desconocimiento sobre TEA de los profesionales encargados de brindar los canales adecuados puede estar siendo otra de las barreras, aunado al uso limitado de los instrumentos diagnósticos como el ADOS-2 y ADI-R. Al mantener propiedad intelectual y al no ser materiales de libre distribución, encarecen estos procesos: la adquisición de las pruebas ronda los 4000 dólares para el ADOS-2 y cerca

a unos 140 dólares el manual de ADI-R (Lord et al., 2015; Rutter, Le Couteur, y Lord, 2011). Para contar con la aplicación de ambos instrumentos se estaría elevando a un costo cercano a 5500 dólares.

Para los países LAC, que pertenecen en su mayoría a una renta baja y media, se presentaría como una dificultad para la adquisición de los profesionales involucrados.

Sin estudios completos de prevalencia e incidencia de los países en desarrollo, es difícil ser consciente de la realidad nacional que vive cada país, y es más difícil vislumbrar la importancia de tener hojas de rutas unificadas dentro de los sistemas de salud y los profesionales de la atención privada para efectuar los diagnósticos certeros que conduzcan a planes de tratamiento de la misma índole.

## REFERENCIAS

- Ambrosini, P.J. (2000). Historical development and present status of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(1), 49–58. doi: 10.1097/00004583-200001000-00016
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. American Psychiatric Association. Recuperado de: [https://www.academia.edu/17057730/Manual\\_Diagnostico\\_y\\_Estadistico\\_de\\_los\\_Trastornos\\_Mentales\\_DSM-5\\_APA\\_5ed\\_booksmedicos?auto=download](https://www.academia.edu/17057730/Manual_Diagnostico_y_Estadistico_de_los_Trastornos_Mentales_DSM-5_APA_5ed_booksmedicos?auto=download)
- Baron-Cohen, S., Scott, F.J., Allison, C., Williams, J., Bolton, P., Matthews, F.E., y Brayne, C. (2009). Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study. *The British Journal of Psychiatry*, 500–509. hdoi:10.1192/bjp.bp.108.059345
- Chinawa, J.M., Manyike, P.C., Aniwada, E.C., Chinawa, A.T., Obu, H.A., Odetunde, O.I., y Ibekwe, R.R. (2016). Prevalence and socioeconomic correlates of autism among children attending primary and secondary schools in South East Nigeria. *African Health Sciences*, 16(4), 936–942. doi: 10.4314/ahs.v16i4.8
- Christensen, D., Baio, J., Van Naarden, B., Bilder, D., Charles, J., Constantino, J., ... Yeargin-Allsopp, M.C. (2012). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years—Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Surveill Summ*, 65(3), 1–23. doi: 10.15585/mmwr.ss6503a1
- Constantino, J. y Gruber, J. (2005). *Social Responsiveness Scale (SRS) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Dekkers, L.M.S., Groot, N.A., Díaz-Mosquera, E.N., Andrade-Zúñiga, I.P., y Delfos, M.F. (2015). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Ecuador: A Pilot Study in Quito. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(12), 4165–4173. doi: 10.1007/s10803-015-2559-6
- Durkin, M.S., Elsabbagh, M., Barbaro, J., Gladstone, M., Happe, F., Hoekstra, R.A., y Shih, A. (2015). Autism screening and diagnosis in low resource settings: Challenges and opportunities to enhance research and services worldwide. *Autism Research: Official Journal of the International Society for Autism Research*, 8(5), 473–476. doi: 10.1002/aur.1575

- Fombonne, E., Marcín, C., Manero, A.C., Bruno, R., Díaz, C., Villalobos, M., y Nealy, B. (2016). Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Guanajuato, México: The Leon survey. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1669–1685. doi: 10.1007/s10803-016-2696-6
- Fuentes, J., Basurko, A., Isasa, I., Galende, I., Muguerza, M.D., García-Primo, P., y Posada-de la Paz, M. (2021). The ASDEU autism prevalence study in northern Spain. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 30(4), 579–589. doi: 10.1007/s00787-020-01539-y
- Heys, M., Alexander, A., Medeiros, E., Tumbahangphe, K.M., Gibbons, F., Shrestha, R., ... Pellicano, E. (2017). Understanding parents' and professionals' knowledge and awareness of autism in Nepal. *Autismo*, 21(4), 436-449. doi: 10.1177/1362361316646558
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., y Bishop, S.L. (2015). *Escala de Observacion para el Diagnostico del Autismo. ADOS-2*. TEA Ediciones. Recuperado de: <http://web.teaediciones.com/ADOS-2-Escala-de-Observacion-para-el-Diagnostico-del-Autismo---2.aspx>
- Málaga, I., Lago, R.B., Hedrera-fernández, A., Álvarez-álvarez, N., Oreña-ansonera, V.A., y Baeza-Velasco, M. (2019). Artículo especial prevalencia de los trastornos del espectro autista en niños en Estados Unidos, Europa y España: coincidencias y discrepancias. *Medicina (Buenos Aires)*, 79(Supl. I), 4-9. Recuperado de: <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol79-19/s1/Pags.4-9Malaga.pdf>
- Montiel-Nava, C. y Peña, J.A. (2008). Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study. *Autism*, 12(2), 191–202. doi: 10.1177/1362361307086663
- Paula, C.S., Ribeiro, S.H., Fombonne, E., y Mercadante, M.T. (2011). Brief report: Prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(12), 1738–1742. doi: 10.1007/s10803-011-1200-6
- Rutter, M., Le Couter, A., y Lord, C. (2006). *A.-R.E. para el diagnóstico para el autismo-edición revisada*. M.T. Ediciones. ADI-R. Recuperado de: <http://web.teaediciones.com/adi-r-entrevista-para-el-diagnostico-del-autismo---revisada.aspx>
- Rutter, M., Le Couteur, A., y Lord, C. (2011). *Entrevista para el diagnóstico del autismo revisada. ADI-R*. TEA Ediciones. Recuperado de: <http://web.teaediciones.com/adi-r-entrevista-para-el-diagnostico-del-autismo---revisada.aspx>
- Suren, P., Bakken, I.J., Aase, H., Chin, R., Gunnes, N., Lie, K.K., y Stoltenberg, C. (2012). Autism Spectrum Disorder, ADHD, Epilepsy, and Cerebral Palsy in Norwegian Children. *Pediatrics*, 130(1), e152–e158. doi: 10.1542/peds.2011-3217
- The World Bank. (2018). *New country classifications by income level: 2018-2019*. Recuperado de: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2018-2019>
- UNESCO Thesaurus. (2016). *UNESCO Thesaurus*. Recuperado de: <http://vocabularies.unesco.org/browser/thesaurus/es/groups/?uri=http%3A%2F%2Fvocabularies.unesco.org%2Fthesaurus%2Fmt7.10>
- Van Balkom, I.D.C., Bresnahan, M., Vogtländer, M.F., Van Hoeken, D., Minderaa, R.B., Susser, E., y Hoek, H.W. (2009). Prevalence of treated autism spectrum disorders in Aruba. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 1(3), 197–204. doi: 10.1007/s11689-009-9011-1
- World Health Organization. (2018). *International Classification of Diseases (11th Revision)*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>

Xu, G., Strathearn, L., Liu, B., O'Brien, M., Kopelman, T.G., Zhu, J., ... Bao, W. (2019). Prevalence and Treatment Patterns of Autism Spectrum Disorder in the United States, 2016. *Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 173(2), 153–159. doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.4208

Yáñez, C., Maira, P., Elgueta, C., Brito, M., Crockett, M.A., Troncoso, L., y Troncoso, M. (2021). Estimación de la prevalencia de trastorno del Espectro Autista en población urbana chilena. *Andes Pediátrica*, 92(4), 519. doi: 10.32641/andespediatr.v92i4.2503

Zablotsky, B., Black, L.I., Maenner, M.J., Schieve, L.A., y Blumberg, S.J. (2015). *Estimated Prevalence of Autism and Other Developmental Disabilities Following Questionnaire Changes in the 2014 National Health Interview Survey*. National Health Statistics Reports. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr087.pdf>

## **CAPÍTULO 11**

### **FORMACIÓN EN GESTIÓN EMOCIONAL Y SALUD EN EL ÁMBITO LABORAL: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

SILVIA YÁÑEZ LÓPEZ  
*Universidad Francisco de Vitoria*

#### **INTRODUCCIÓN**

##### **Introducción y antecedentes**

El trabajo ocupa un papel central en la vida social e individual, y por ello en el Estado de Bienestar el campo de la salud laboral ha tenido un gran desarrollo (Benavides et al., 2018). Las crecientes investigaciones desde importantes organismos como la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (EU-OSHA), o, en el caso de España, el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), han puesto de manifiesto la influencia que tiene el trabajo sobre la salud, y sus consecuencias a nivel económico y social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017b). Por tanto, la salud laboral debe velar por el bienestar integral de los trabajadores, aplicando un enfoque amplio que incluya tanto la prevención de riesgos, como la promoción de entornos saludables (Velázquez, 2012).

No obstante, las investigaciones realizadas también han revelado que, si bien los factores físicos han recibido una gran atención, no ha ocurrido lo mismo con los factores relativos a la salud psicosocial (Schabracq, Winnubst, y Cooper, 2003), los cuales sin embargo están muy presentes en todas las profesiones y tienen consecuencias negativas para el bienestar.

##### **Los riesgos psicosociales**

Se consideran riesgos psicosociales en el ámbito laboral a aquellos factores organizativos, culturales, sociales, coyunturales, etc. que son percibidos por los trabajadores como una amenaza, y por tanto les afectan negativamente (Moreno Jiménez y Báez León, 2010). De la Fuente y Gómez (2012) los dividen en cuatro categorías, en función de si dependen de las características del empleo (e.g. trabajo a turnos), de la tarea (e.g. repetitividad), de la estructura de la organización (e.g. falta de participación en la toma de decisiones), o de la comunicación y las relaciones interpersonales (e.g. conflictos interpersonales).

La teoría de demandas-recursos laborales (Bakker y Demerouti, 2013) explica cómo un factor psicosocial pasa a ser percibido como un riesgo, a través de la interrelación entre los factores personales de los trabajadores y las características del trabajo. Estos se dividen en demandas, las cuales hacen referencia a las exigencias del

empleo que implican un esfuerzo para los trabajadores, y en recursos, que son los elementos personales y contextuales que permiten hacer frente a esas demandas. Si las demandas superan a los recursos, pueden tener efectos negativos sobre la salud (Hakanen et al., 2008), pero si se perciben como un desafío, repercuten positivamente en la motivación y el desempeño (Bakker y Demerouti, 2017). Por tanto, una percepción alta de demandas frente a los recursos determina que estas puedan convertirse en riesgos psicosociales.

A su vez, estos riesgos tienen consecuencias en diversas variables como la productividad, la rotación del personal o la satisfacción laboral (Moreno y Báez, 2010), pero además se ha constatado que «hay evidencias científicas sustanciales para indicar que existe una relación clara entre riesgos psicosociales y consecuencias sobre la salud física, mental y social de las personas» (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo [INSST], 2019, p.113).

Especialmente importante es su influencia en la salud mental, teniendo en cuenta las preocupantes cifras de prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión en la actualidad (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2018; OMS, 2017a), datos que pueden verse agravados por la pandemia mundial de COVID-19 (Rodríguez-Quiroga, Buiza, Mon, Álvarez, y Quintero, 2020). De hecho, según un informe de la Unión General de Trabajadores (2013) se estimó que entre el 11% y el 27% de los trastornos mentales se podían atribuir a las condiciones del trabajo. Asimismo, la EU-OSHA estimó que las consecuencias a nivel económico de los trastornos mentales y del comportamiento atribuidos al trabajo oscilaban en España entre los 150 y 372 millones de euros en 2010 (Milczarek et al., 2014), por lo que la prevención debe ser una herramienta fundamental en el ámbito laboral.

### **Las exigencias emocionales: el trabajo emocional**

Dentro de los riesgos psicosociales, el interés por las exigencias emocionales ha ido en aumento debido a su identificación como un riesgo nuevo y emergente en el estudio Delphi llevado a cabo por la EU-OSHA (Milczarek et al., 2007). Este se relaciona con el aumento de puestos de trabajo dedicados al sector servicios, lo que implica un mayor número de personas que deben atender a otras, tales como clientes, pacientes, alumnos, etc. En España el 51% de los trabajadores encuestados en la última Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo (EWCS) publicada, debía atender a personas en su trabajo, pero además el 21% refería hacer frente siempre o casi siempre a personas enfadadas, y el 11% manejar situaciones que podían molestarles emocionalmente (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT], 2017).

A su vez, en la tercera edición de la Encuesta Europea de Empresas sobre Riesgos Nuevos y Emergentes (ESENER-3) el tener que tratar con clientes, pacientes o

alumnos difíciles se situó como el segundo riesgo más frecuentemente detectado (61%), especialmente en el sector servicios, precedido solo por los riesgos ergonómicos derivados de realizar movimientos repetitivos con brazos o manos (65%) (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, [EU-OSHA], 2019). España difiere ligeramente de la media Europea (INSST, 2020) al reportar más frecuentemente el hecho de pasar largos períodos en posición sentada (72.8%), los movimientos repetitivos de mano o brazo (72.2%) y levantar o mover personas o cargas (60.7%), dejando al hecho de tener que tratar con clientes, pacientes o alumnos difíciles en cuarta posición (60%). No obstante, se ha de destacar que, mientras que en Europa el incremento medio de este riesgo se situó en el 3% respecto a la encuesta anterior, en España este aumento fue del 21%, siendo el más elevado de todos los riesgos evaluados.

Es relevante prestar atención a las exigencias emocionales derivadas del trato con personas ya que estas pueden tener un efecto perjudicial sobre los trabajadores, en un fenómeno descrito por Hochschild (1983) como trabajo emocional (*emotional labour*). Este proceso hace referencia al esfuerzo que debe de hacer un trabajador para adaptar sus emociones al contexto laboral, lo que se puede dar de manera profunda (*Deep acting*) o de manera superficial (*Surface acting*), en cuyo caso se produce una disonancia emocional que puede tener consecuencias negativas sobre la salud (Grandey, 2003; Hülsheger y Schewe, 2011). En la última EWCS se hizo referencia a este proceso mediante la pregunta “¿Su trabajo le exige que oculte sus sentimientos?”, a la cual un 31% respondió que “siempre o casi siempre”, un 23% “a veces”, y un 47% “raramente o nunca”. La proporción varía según los sectores ocupacionales, de los cuales, en Administración pública, Educación y Sanidad, la mayoría (37%) respondió “siempre o casi siempre”, y el 29% que “a veces”, lo que se asemeja a los resultados del sector del comercio y la hostelería (36% y 25% respectivamente).

Una adecuada formación en gestión emocional es necesaria para que los profesionales puedan hacer frente a este riesgo en su día a día, pero los datos también reflejan que aún no se está actuando en consecuencia desde la prevención de riesgos laborales. En la encuesta ESENER-3 (INSST, 2020) se analizó qué medidas tomaban en la práctica las empresas ante los riesgos psicosociales, observándose en España que la más frecuente es permitir que se tomen más decisiones acerca del trabajo (73.3%), seguido a bastante distancia por la reorganización del trabajo para disminuir las exigencias (46.2%). En tercer lugar, se situó la formación en resolución de conflictos (44.4%) que, si bien se relaciona más directamente con las exigencias emocionales, se centra en un aspecto muy concreto que no abarca la totalidad del trabajo emocional.

Por otro lado, la formación en riesgos psicosociales es la menos habitual respecto al resto de riesgos, no llegando a la mitad de las empresas encuestadas las que dicen ofrecerla (48.7%). Algo más frecuentes son los procedimientos ante amenazas (64.5%) o acoso (56.9%), que ponen de manifiesto la prevalencia de un enfoque reactivo (una vez ha surgido el problema) sobre el preventivo. Asimismo, en la encuesta se declaran obstáculos para la aplicación de medidas de prevención psicosocial, como la reticencia a hablar abiertamente de estos temas (61.7%), la falta de concienciación por parte del personal (49.6%), la falta de conocimiento experto o apoyo especializado (46%) y la falta de concienciación por parte de la dirección (41.4%). La aseveración de estas dificultades revela que aún existe una gran estigmatización de los trastornos psicológicos, ligada a su concepción como un problema de origen individual (Sivris y Leka, 2015), lo que en definitiva hace aún más necesaria una educación para la salud mental y emocional como estrategia de promoción de la salud pública (Pérez-González, Yáñez, Ortega-Navas, y Piqueras, 2020).

### **Hipótesis**

Los datos recogidos en las encuestas nacionales y europeas reflejan que existen diversas barreras para la prevención de riesgos psicosociales en el ámbito laboral, que se evidencian aún más en la atención a los aspectos emocionales. En esta línea, este estudio se propone realizar un sondeo de carácter no experimental y descriptivo, con el que valorar la atención que recibe la formación en gestión emocional en el ámbito laboral, y la percepción de los trabajadores sobre la misma, especialmente cuando existe un riesgo de exposición al trabajo emocional derivado del trato directo con personas.

Si este trato se percibe como una demanda para la que el trabajador no dispone de recursos, puede llegar a convertirse en un riesgo psicosocial y afectar a la salud de los trabajadores, tal y como expone la teoría de demandas-recursos laborales. Por ello, si los trabajadores perciben que la formación en gestión emocional les proporciona recursos útiles para su trabajo, esta puede actuar como factor protector, y en definitiva ser una estrategia efectiva de prevención de riesgos psicosociales y promoción de la salud.

### **Objetivos**

Conocer la percepción de una muestra multiocupacional respecto al esfuerzo emocional que supone el trato directo con personas en su trabajo

Observar la formación recibida sobre gestión emocional, así como la percepción de su utilidad para el trabajo y para la protección de la salud



Observar diferencias en la percepción de la formación en gestión emocional entre quienes la han recibido y quienes no.

## **MÉTODO**

### **Metodología**

Para la recogida de información se utilizó la técnica de encuesta, elaborando un cuestionario *ad hoc*. Asimismo, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo aleatorio, facilitando el acceso a un primer grupo de sujetos seleccionado, y siendo posteriormente compartido sucesivamente, durante los meses de junio y julio de 2021.

### **Participantes**

El primer grupo de sujetos que recibió el cuestionario incluyó a personas de diversas edades y sectores ocupacionales ( $n=45$ ), que fueron compartiendo el cuestionario de manera voluntaria. Esta acción se fue realizando de manera sucesiva hasta finales de julio de 2021, alcanzándose una muestra de  $n=456$ . Tras la revisión de los registros se descartaron 24 respuestas por errores en el formulario o no aplicabilidad del perfil (jubilación), quedando la muestra final en  $n=432$ .

La muestra se distribuyó en 23 sectores profesionales, siendo los mayoritarios sanidad (24.31%), educación (11.57%), consultoría (10.19%) y comercio (8.10%). Tanto la media como la mediana de edad se situaron en 44 años, con una desviación típica de 11 años, y una moda de 32 años.

### **Instrumentos**

Para la recogida de información se elaboró un cuestionario con la herramienta Google Forms. En una primera parte se recogió información acerca de variables sociodemográficas, en la segunda acerca de la frecuencia, tipo y visión del trato con personas, y, por último, la formación en gestión emocional recibida y la percepción sobre la misma. Se utilizaron respuestas de escala *Likert* desde 1 (Nunca o casi nunca; Muy poco útil) a 5 (Siempre o casi siempre; Muy útil).

### **Procedimiento**

Se proporcionó el link de acceso con un mensaje explicativo de los propósitos de la investigación al primer grupo de sujetos, y se solicitó tanto su participación voluntaria, como que compartieran el cuestionario a más personas. En todo momento se garantizó la anonimidad de los datos y se aseguró que estos serían utilizados con fines exclusivamente ligados a la investigación, accediendo los participantes al tratamiento de sus datos al cumplimentar el cuestionario.

### Análisis de datos

Se utilizaron principalmente indicadores estadísticos descriptivos para analizar los datos, excepto para la comparación de las personas que habían recibido formación y las que no, llevada a cabo mediante un test *Chi cuadrado* con el programa estadístico *SPSS*.

## RESULTADOS

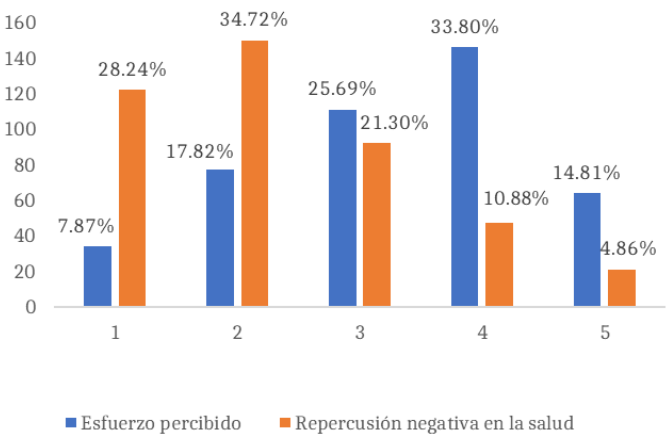
### Frecuencia del trato con personas en el trabajo y percepción de sus consecuencias

La mayoría de las personas encuestadas dedican mucho tiempo de su jornada laboral al trato con personas, con un 49.77% que lo hacen más del 75% del tiempo, un 32.18% entre un 50% y un 75%, un 11.34% entre el 25% y el 50%, y un 6.71% menos de la cuarta parte de su jornada.

Asimismo, la mayoría de los participantes refirió tratar a personas ajenas a su organización con mucha frecuencia (47.69% siempre o casi siempre y 26.39% muchas veces), siendo un 16.67% de los encuestados quienes lo hacen pocas veces o nunca.

Por otro lado, la percepción del esfuerzo que implica el trato directo con personas en comparación a otras tareas del trabajo se valoró con una tendencia ascendente, en la que las puntuaciones superiores a 3 fueron seleccionadas por un 48.61% de los participantes. No obstante, la tendencia se invierte cuando se les pidió a los encuestados que valoraran cuánto afectaba el trato directo con personas a su salud, con un 62.96% que eligió las puntuaciones 1 o 2.

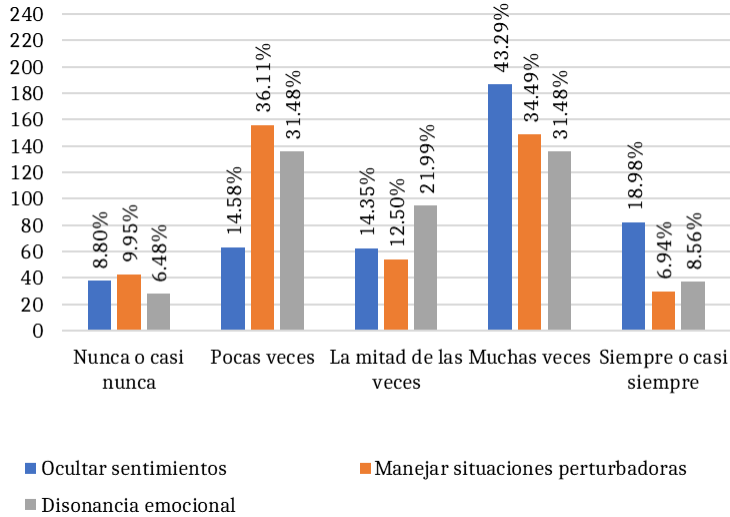
*Gráfica 1.* Percepción del esfuerzo y la repercusión en la salud que supone el trato con personas en el trabajo



### Exigencias emocionales y esfuerzo percibido

Respecto a las exigencias emocionales en el trabajo, se preguntó a los participantes acerca de tres aspectos: la frecuencia con la que tienen que ocultar sus sentimientos, la frecuencia con la que manejan situaciones emocionalmente perturbadoras, y la frecuencia en la que perciben una diferencia entre lo que sienten realmente y lo que deben mostrar (disonancia emocional).

*Gráfica 2. Exigencias emocionales en el trabajo*



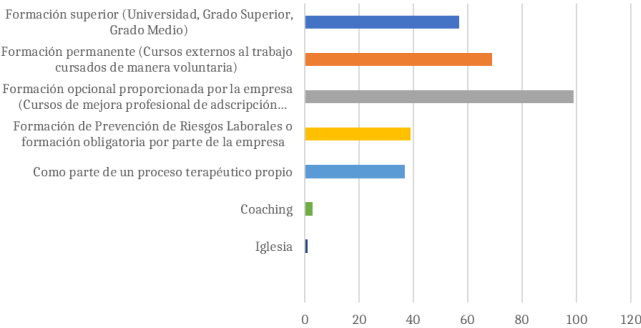
El hecho de ocultar los sentimientos fue el que se reportó con más frecuencia, con un 18.98% que debían hacerlo siempre o casi siempre, y un 43.29% muchas veces. No obstante, el manejo de situaciones perturbadoras y la disonancia emocional presentaron una distribución más repartida, concentrándose las respuestas principalmente en los valores de “pocas veces” (36.11% y 31.48% respectivamente) y de “muchas veces” (34.49% y 31.48%).

### Formación en Gestión de Emociones

La mayoría de las personas encuestadas (58.10%) no habían recibido ningún tipo de formación en gestión emocional; no obstante, casi la mitad del 41.90% restante lo habían hecho a través de varias vías (29.28% dos vías, 11.05% tres vías, 4.97% cuatro vías y 0.55% cinco vías). Del total de personas que habían recibido formación en gestión emocional, solo el 21% refirieron haberlo hecho a través de la formación en prevención de riesgos laborales o formación obligatoria de la empresa, mientras que las vías más seleccionadas fueron los cursos de mejora profesional de adscripción

voluntaria proporcionados por la empresa (54.70%), la formación permanente voluntaria externa (38.12%), y la formación superior (31.49%).

*Gráfica 3. Origen de la formación recibida en gestión emocional*

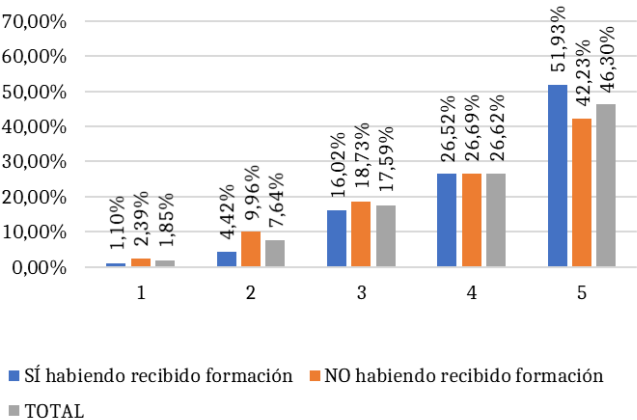


### Percepción de utilidad y relación con la salud

Para conocer la percepción de utilidad de la formación en gestión emocional respecto al trabajo y a la salud, se pidió a los encuestados que la valoraran de 1 (muy poco útil) a 5 (muy útil), tanto si la habían recibido como si no, y se representaron ambos grupos comparativamente (gráficas 4 y 5).

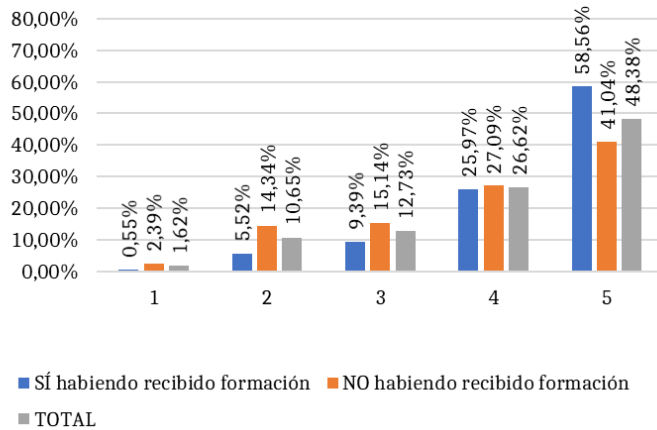
La valoración recibida fue bastante positiva en ambos casos, observándose una mayoría que perciben este tipo de formaciones como útiles para su trabajo (en total un 46.93% valoraron con un 5 y el 26.62% con un 4), algo más acusada en quienes sí habían recibido esa formación.

*Gráfica 4. Percepción de utilidad para el trabajo de la formación en gestión emocional*



Respecto a la percepción de que la formación mejoraría su salud, también fue positiva, viéndose aquí una mayor diferencia entre quienes habían recibido la formación (el 58.56% otorgaron un 5 y el 25.97% un 4) y quienes no (41.04% y 27.09% respectivamente).

*Gráfica 5. Percepción de posible mejora para la salud de la formación en gestión emocional*



### Comparación entre grupos

Por último, se compararon los participantes que habían recibido formación con aquellos que no la habían recibido, analizando si había diferencias en su percepción de la utilidad de esta en el trabajo, y de la posibilidad de que mejorara su salud. Para ello se llevó a cabo un análisis de *Chi cuadrado* ( $\chi^2$ ) con el programa estadístico *SPSS*:

a) Para la comparación en la percepción de utilidad para el trabajo de la formación en gestión emocional, se aceptó la hipótesis nula al no encontrarse diferencias significativas ( $p=.102$ )

*Tabla 1. Prueba  $\chi^2$  para diferencias en la percepción de utilidad*

	$\chi^2$	gl	Significación asintótica (bilateral)
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	.741a	4	.102
Razón de verosimilitud	8.071	4	.089
N de casos válidos	432		
a. 2 casillas (20.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.35.			

b) Para la comparación en la consideración de que la formación en gestión emocional podía mejorar su salud, sin embargo, se aceptó la hipótesis alternativa, encontrándose diferencias significativas al nivel de significación del 99.99%.

Tabla 2. Prueba  $\chi^2$  para diferencias en la posibilidad de mejora de la salud

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<i>Chi-cuadrado de Pearson</i>	19.328a	4	.001
<i>Razón de verosimilitud</i>	20.294	4	.000
<i>N de casos válidos</i>	432		

a. 2 casillas (20.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.93.

Por último, se calculó el estadístico V de Cramer para valorar el tamaño del efecto, obteniéndose un valor de .212 ( $p=.001$ ). Este indicador hace sospechar de una relación débil entre las variables si tomamos como referencia los niveles establecidos por Cohen (1992), aunque esto ha de ser tomado con precaución pues el tamaño del efecto de las relaciones es dependiente del contexto (Zientek, Ozel, Ozel, y Allen, 2012).

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El primer objetivo del estudio buscaba conocer la percepción acerca del esfuerzo que supone el trato directo con personas en el trabajo, al cual el 81.95% de los participantes le dedican más de la mitad de su jornada. En general se percibe que este trato supone un esfuerzo en comparación con otras tareas del trabajo, pero no tanto que tenga consecuencias negativas para la salud. No obstante, los datos recogidos señalan una considerable exposición al trabajo emocional, con dos de cada tres profesionales que refieren tener que ocultar sus sentimientos en el trabajo (62.27%), y dos de cada cinco que han de manejar situaciones emocionalmente perturbadoras (41.93%) o que perciben una diferencia entre lo que sienten y lo que deben mostrar (40.04%).

Esta diferencia entre la percepción del esfuerzo y sus consecuencias para la salud se puede deber a que los profesionales se vean dotados de recursos suficientes para hacer frente al trato directo con personas; no obstante, es posible también que debido a la falta de educación emocional generalizada (Pérez-González et al., 2020), exista todavía una falta de conciencia de que este tipo de situaciones puedan afectar realmente a la salud (Furnham y Swami, 2018), y por tanto no se relacione el esfuerzo con el riesgo.

Por otro lado, se ha encontrado un 41.90% de personas que habían recibido formación en gestión emocional, pero en la mayoría de los casos esta no provenía de la formación en prevención de riesgos laborales o formación obligatoria en la empresa. La vía de formación más frecuente fueron los cursos opcionales de mejora profesional proporcionados por la empresa (54.70%), lo que parece indicar que, aunque la gestión emocional aún no se integre en la prevención de riesgos laborales, existe cierto interés en abordar estos temas, tanto por las empresas como por los trabajadores.

Por último, el resultado principal del estudio se destaca en que, independientemente de si habían recibido algún tipo de formación en gestión emocional o no, la mayoría de las personas consideran que esta formación puede ser útil para su trabajo (72.92%), sin diferencias significativas entre quienes sí la habían recibido y quienes no. Este dato refleja un interés que debe ser atendido desde las organizaciones, quienes según la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley PRL 31-1995, de 8 de noviembre) han de poner a disposición de sus trabajadores los recursos suficientes que les protejan ante los riesgos que no se puedan evitar.

Asimismo, la percepción de que este tipo de formación puede mejorar la salud es positiva para el 75% de los encuestados, encontrándose esta vez diferencias significativas, aunque de efecto débil, que parecen indicar una mejor valoración por parte de quienes sí habían recibido la formación. Estos datos refuerzan la hipótesis de que las personas que han recibido formación en gestión emocional son más conscientes de cómo las exigencias de este tipo pueden afectar a su salud, así como que dotar a los trabajadores de más recursos psicosociales les hace más capaces de hacer frente a las demandas emocionales, lo que a su vez puede tener efectos positivos en su salud y bienestar (Bakker y Demerouti, 2017; Martins, Ramalho, y Morin, 2010).

Como limitación principal de la investigación se ha de señalar el tipo de muestreo, pues, aunque la muestra final resultó en una selección multiocupacional que dedica bastante tiempo y esfuerzo al trato directo con personas, y, por tanto, conocer su percepción puede aportar una interesante perspectiva al campo de conocimiento, no se puede afirmar que sea representativa de la población general. Los datos recogidos pueden reflejar un sesgo de no respuesta, que mueva a participar en la investigación a personas interesadas en esta temática, y, por tanto, que valoren más positivamente la formación en gestión emocional. Para evitarlo se trató de dar la mínima información posible sobre el cuestionario antes de cumplimentarlo, con un mensaje que describía el estudio meramente como una «investigación acerca de las consecuencias emocionales del trato con personas en el trabajo», pero esto no garantiza una representatividad fiable de la muestra.

No obstante, aunque los datos de este estudio no sean extrapolables directamente a población general, se han recogido aportaciones útiles que pueden servir de base para futuras investigaciones. En primer lugar, se ha de valorar qué tipo de formaciones son más útiles para los trabajadores, controlando variables como el tipo de formación o el sector ocupacional. Sería muy interesante también la realización de un estudio longitudinal, en el que observar los efectos a largo plazo sobre la salud y el bienestar de los profesionales que reciben estas formaciones. Por otro lado, el contacto directo con personas puede darse a través de distintos medios en la actualidad, lo que puede conllevar diferencias en el esfuerzo percibido por los profesionales que deberían ser estudiadas.

## REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2019). *Tercera encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes* (ESENER 3). Recuperado de: <https://osha.europa.eu/es/publications/third-european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-3/view>
- Bakker, A.B. y Demerouti, E. (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29(3), 107-115. doi: 10.5093/tr2013a16
- Bakker, A.B., y Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273. doi: 10.1037/ocp0000056
- Benavides, F.G., Delclós, J., y Serra, C. (2018). Estado de bienestar y salud pública: el papel de la salud laboral. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 377-380. doi: 10.1016/j.gaceta.2017.07.007
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- De la Fuente, J.L. y Gómez, A.M. (2012). Riesgos psicosociales. En M.P. Rivas y J.L. Monereo (Eds.), *Tratado de Salud Laboral. Tomo II: Aspectos Técnico-Sanitarios y Lugares Sectores y Colectivos Singulares*. (1ª ed., pp. 777-808). Thomson Reuters.
- Furnham, A. y Swami, V. (2018). Mental health literacy: A review of what it is and why it matters. *International Perspectives in Psychology: Research, Practice, Consultation*, 7(4), 240. doi: 10.1037/ipp0000094
- Grandey, A.A. (2003). When “the show must go on”: Surface acting and deep acting as determinants of emotional exhaustion and peer-rated service delivery. *Academy of Management Journal*, 46(1), 86-96. doi: 10.5465/30040678
- Hakanen, J.J., Schaufeli, W.B., y Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241. doi: 10.1080/02678370802379432
- Hochschild, A.R. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*.
- Hülsheger, U.R. y Schewe, A.F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 361. doi: 10.1037/a0022876
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2017). *Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo*. 2015 6ª EWCS-España. Madrid. Recuperado de: [http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS DE PUBLICACIONES/EN\\_CATALOGO/GENERALIDAD/ENCT\\_2015.pdf](http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS_DE_PUBLICACIONES/EN_CATALOGO/GENERALIDAD/ENCT_2015.pdf)
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2019). *El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo: una visión general*. Recuperado de: <https://www.insst.es/documents/94886/538970/El+efecto+sobre+la+salud+de+los+riesgos+psicosociales+en+el+trabajo+una+visi%C3%B3n+general.pdf/7b79def3-88be-4653-8b0e-7518ef66f518>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2020). *ESENER (Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes)* 2019. Datos de España. Madrid: Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST. Recuperado de:



[https://www.insst.es/documents/94886/710902/ESENER+\(Encuesta+europea+de+empresas+sobre+riesgos+nuevos+y+emergentes\)+2019.+Datos+de+España/0699090d-0ae1-405a-ac28-035f0a3d2bde](https://www.insst.es/documents/94886/710902/ESENER+(Encuesta+europea+de+empresas+sobre+riesgos+nuevos+y+emergentes)+2019.+Datos+de+España/0699090d-0ae1-405a-ac28-035f0a3d2bde)

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial Del Estado, de 10 de noviembre de 1995, núm. 269, pp. 32590 a 32611.

Martins, A., Ramalho, N., y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49(6), 554-564. doi: 10.1016/j.paid.2010.05.029

Milczarek, M., Brun, E., Houtman, I., Goudswaard, A., Evers, M., Bovenkamp, M., ... Berthet, M. (2007). En European Agency for Safety and Health at Work (Ed.), *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*. Office for Official Publications of the European Communities.

Milczarek, M., Hassard, J., Teoh, K., Cox, T., Dewe, P., Cosmar, ... Cosemans, B. (2014). *La estimación del coste del estrés y los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo*. doi: 10.2802/20493

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Moreno, B. y Báez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Recuperado de: <https://www.insst.es/documents/94886/96076/Factores+y+riesgos+psicosociales,+formas,+consecuencias,+medidas+y+buenas+prácticas/c4cde3ce-a4b6-45e9-9907-cb4d693c19cf>

Organización Mundial de la Salud. (2017a). Depresión: Datos y cifras. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Mundial de la Salud. (2017b). Protección de la salud de los trabajadores. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>

Pérez-González, J.C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M.C., y Piqueras, J.A. (2020). Educación Emocional en la Educación para la Salud: Cuestión de Salud Pública. *Clínica Y Salud*, 31(3), 127-136. doi: 10.5093/clysa2020a7

Rodríguez-Quiroga, A., Buiza, C., Mon, M.A., y Quintero, J. (2020). COVID-19 y salud mental. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(23), 1285-1296. doi: 10.1016/j.med.2020.12.010

Schabracq, M.J., Winnubst, J.A.M., y Cooper, C.L. (2003). *The handbook of work and health psychology*. John Wiley & Sons.

Sivris, K.C. y Leka, S. (2015). Examples of holistic good practices in promoting and protecting mental health in the workplace: current and future challenges. *Safety and Health at Work*, 6(4), 295-304. doi: 10.1016/j.shaw.2015.07.002

Unión General de Trabajadores. (2013). *Costes socio-económicos de los riesgos psicosociales*. Recuperado de: <http://portal.ugt.org/saludlaboral/observatorio/publicaciones/new2013/GuiaCostes.pdf>

Velázquez, M. (2012). La promoción de la salud en los lugares de trabajo. En M.P. Collantes y J.I. Marcos (Eds.), *La salud mental de los trabajadores* (1ª ed., pp. 281-290). La Ley.

Zientek, L.R., Ozel, Z.E.Y., Ozel, S., y Allen, J. (2012). Reporting confidence intervals and effect sizes: Collecting the evidence. *Career and Technical Education Research*, 37(3), 277-295. doi: 10.5328/cter37.3.277

## CAPÍTULO 12

### LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES DE LAS PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

ANA MARÍA HERNÁNDEZ FERNÁNDEZ  
*Universidad Carlos III de Madrid*

#### INTRODUCCIÓN

Todas las personas gestionamos emociones, lo que ocurre es que unas lo hacemos mejor o peor, y en ocasiones no somos ni conscientes de ello.

Este trabajo que pretendo presentar es el principio de una investigación social de carácter cualitativo sobre la gestión de las emociones por parte de las personas con esclerosis múltiple (EM), una patología que suele ser discapacitante.

Como bien sabemos las emociones son respuestas psicofisiológicas que dan lugar a formas de adaptación a algunos estímulos del individuo cuando éste realiza la acción de percibir. Se tratará de lo que sentimos, cuando percibimos algo o a alguien. Intentaremos hablar sobre cómo funcionan, centrándonos en las personas con esclerosis múltiple tomando como disciplina científica “la sociología de las emociones” que será la que nos ayude a explicar la hipótesis de que los enfermos que padecen esta enfermedad suelen tener un mal manejo de las emociones, y por lo tanto suelen sufrir desequilibrios emocionales, teniendo tendencia a padecer trastornos afectivos o del estado de ánimo.

La EM es una enfermedad de carácter neurológico, inflamatorio y degenerativo, la cual es el motivo más frecuente de discapacidad neurológica. Según la Coordinadora del Grupo de Estudio de enfermedades desmielinizantes, Ester Moral Torres, se trata de una enfermedad de carácter heterogéneo, siendo variable en cuanto a lo clínico, a la respuesta ante los diferentes tratamientos que existen, dando lugar a la posible existencia de incertidumbre, la cual podrá causar alteraciones personales, familiares, laborales y sociales.

En los últimos 10 años, los tratamientos han evolucionado logrando mejoras importantes para los pacientes. Hay un gran número de ellos que conviven desde hace bastante tiempo con la patología sin presentar discapacidad significativa.

Algunos de los signos de la EM son: los sensitivos presentando una especie de hormigueos o entumecimiento de uno o más miembros, mientras que los visuales los cuales serán entre 50-53% (sobre todo pérdida de agudeza visual), son los síntomas más comunes de la enfermedad, sobre todo en sus comienzos.

Mientras que en la avanzada o progresiva normalmente se dan más síntomas motores (40-45% de los casos) manifestándose en forma de debilidad y/o rigidez

muscular. Otros síntomas que también suelen ser frecuentes son los cerebelosos (20-25%), como la inestabilidad en la marcha, y los trastornos esfinterianos (10-13%) como los trastornos de micción (la pérdida de orina, o incluso el llegar a orinarse sin darse cuenta).

Resulta clave el hecho de que los cambios del estado de ánimo como la ansiedad o la depresión son frecuentes entre los pacientes con EM, y el cansancio prolongado puede llegar a estar presente alrededor de un 65-70% de los pacientes. En un 85% de los casos, lo normal es que en la esclerosis múltiple se produzcan “brotos”, con una serie de síntomas de tipo neurológico o un empeoramiento repentino de síntomas antes presentes, que duran más de un día.

Todo ello llevará a problemas en la gestión de las emociones, cuestión que confirmará el observatorio de la esclerosis múltiple llegando a afirmar que el hecho de padecer alteraciones del estado de ánimo y del comportamiento son una parte más desconocida de la esclerosis múltiple. Se pueden dar como reacción al diagnóstico, apareciendo en numerosas ocasiones depresión, frustración o rabia. Otros pueden llegarse a dar por el funcionamiento de algunas zonas del cerebro, como fruto de la enfermedad, y no suelen ser difíciles de identificar.

En este estudio analizaremos en cómo incide la enfermedad en la gestión de las emociones de los pacientes con EM. Se ha utilizado una herramienta cualitativa, concretamente el análisis documental, para la recopilación de los datos que posteriormente serán analizados, para intentar responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Realmente los enfermos de esclerosis múltiple se ven determinados por las emociones, llegando a afectar su gestión a su salud?

## **¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?: UN ANÁLISIS DESDE LA SOCIOLOGÍA DE LAS EMOCIONES**

Según afirma Hockenbury y Hockenbury (2007) Una emoción será una especie de estado psicológico complejo que contará con 3 componentes diferentes: una experiencia de carácter subjetivo, una respuesta fisiológica, y una respuesta conductual o con un cierto carácter expresivo.

Las emociones son elementos cruciales en las vidas de los individuos, jugando un rol clave en el desarrollo de los fenómenos sociales. Por ello, la Sociología como disciplina científica estudiará el mundo de las emociones, teniéndolas como objeto de estudio. Dicho esto, creo que nos podemos quedar con la máxima: “Siento, luego existo”.

Si que podemos decir en relación al origen de las emociones todavía hay muchas preguntas sin adecuada respuesta (Lawler, 1999), y esto viene a mostrar que es difícil llegar a una definición correcta. Hay que señalar que entender la complicada

naturaleza de las emociones de los seres humanos, constituirá una condición indispensable para el buen progreso de la Sociología como disciplina científica.

Brody (1999), dirá de las emociones que éstas son una especie de sistemas motivacionales con elementos fisiológicos, conductuales, experienciales y cognitivos, que tienen un peso ya sea negativo o positivo, que harán que el sujeto se sienta bien o mal, y que varían en grado de intensidad, y que suelen estar provocadas por situaciones interpersonales o hechos que habrá que tener en cuenta para poder estar bien.

Tenemos que ser conscientes de que existen diferentes tipos de emociones, y que hay distintas clasificaciones:

Así pues, podemos decir que contamos con las emociones primarias siendo consideradas como una serie de respuestas universales, de naturaleza fisiológica, evolutivamente importantes y biológica y neurológicamente congénitas. Y, por el contrario, las secundarias, podrán ser el resultado de la mezcla de las primarias, estando muy subordinadas social y culturalmente. Ciertos estudiosos del tema afirmarán que “el miedo, la ira, la depresión o la satisfacción” serán primarias (Kemper, 1987), mientras que otros incorporarán las que podemos denominar como secundarias, es el caso de “la satisfacción, la felicidad, la aversión-miedo, la aserción, la ira, la decepción, la tristeza y el sobresalto o la sorpresa” (Turner, 1999). También serán de carácter secundario la culpa, la vergüenza, el amor, el resentimiento, la decepción o la nostalgia.

Por otra parte, tenemos a Gordon (1981) quien llega a distinguir entre emociones y sentimientos, llegando a decir que se tratará de una serie de pautas que estarán socialmente construidas de sensaciones, gestos expresivos y significados culturales organizados alrededor de un objeto social determinando. Lawler (2001) llega a diferenciar entre las emociones globales, que serán unas respuestas de naturaleza general relacionadas con una determinada interacción, involuntarias y no condicionadas por una interpretación o atribución de índole cognitiva, y emociones específicas, que los propios sujetos ligan con objetos y que se demuestren mediante un esfuerzo interpretativo. Kemper (1978) llega a distinguir entre emociones estructurales, situacionales y anticipatorias. Jasper (2011) crea su propia tipología llegando a hablar de impulsos corporales, como es el deseo sexual o la necesidad de defecar; de emociones reflejas, que son respuestas de corta duración a nuestro medio más próximo, ya sea físico o social, como por ejemplo la ira, el miedo o la alegría; de humores, o estados afectivos duraderos, poco intensos, que no tendrán un propósito específico; y de emociones reflexivas, ya fuesen “lealtades afectivas”, como el amor, el respeto o la confianza, o fueran “emociones morales”, que conllevasen sentimientos de aceptación o de disconformidad.

La incorporación de las emociones a las investigaciones sociológicas significa el poder investigar y teorizar sobre lo que se hace incuestionable cuando hacemos la simple admisión de que lo que sentimos es tan importante como lo que pensamos o lo que hacemos como fruto de lo que es la interacción social (Hochschild, 1990).

Pero deberíamos de preguntarnos si las emociones están muy relacionadas con la interacción social. Un examen profundo del suicidio, de Durkheim, y la Ética protestante y el espíritu del capitalismo, de Weber, señalan la importancia de las emociones en la sociología. Este examen muestra que la teoría sociológica substantiva resultará incomprensible si no se consideran las emociones implicadas en los fenómenos sociales que trata de demostrar o entender (Bericat, 2001a, 2001b).

La relevancia sociológica del miedo y de la ira, y de la vergüenza y del orgullo, han de justificarse gracias al rol clave que ejerzan en la organización y la dinámica sociales. El miedo y la ira son las emociones clave de la dimensión interactiva de la sociabilidad (poder), mientras que la vergüenza y el orgullo son las emociones objetivo de la dimensión intercomunicativa (estatus). El miedo creará una gran cantidad de sentimientos como la ansiedad, el pánico, la preocupación, el horror o el terror, que se diferencian tanto en contenido como en magnitud.

## **LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON UN PERFIL EMOCIONAL DETERMINADO**

La Esclerosis Múltiple según El NINDS (s.f), está relacionada con un cierto endurecimiento de las áreas en las que se ha quitado la mielina (desmielinización) en el sistema nervioso central, dañando la comunicación de este y el resto del cuerpo, haciendo más complejo para la persona percibir un estímulo de manera rápida. Domínguez et al. (2012), afirman que hay diversos tipos de Esclerosis Múltiple entre los cuales se encuentran: la Esclerosis Remitente-Recurrente (RR): que muestra momentos de recaídas en cuadros agudos de síntomas neurológicos; la Esclerosis Secundariamente Progresiva (SP), en la que se produce un empeoramiento paulatino de los síntomas neurológicos a largo plazo; la Esclerosis Primariamente Progresiva (PP), en ella desde el principio se producen síntomas neurológicos progresivos, generalmente, los síntomas son mielopáticos; y la Esclerosis Progresiva-Recurrente (PR): es un subtipo de PP, dándose recaídas sobreimpuestas a una progresión lenta.

Algunas de las alteraciones que pueden sufrir los enfermos de EM son los de carácter neurocognitivo, y que afectarán a la velocidad en el procesamiento de la información, la atención, la memoria, etc.

La Esclerosis Múltiple también se ha conectado con patologías relacionadas a un rasgo emocional determinado (Restrepo, Yara, Betancur, y Tavera, 2014), el cual es comprendido por Davidson y Begley (2012/2012), como una especie de respuesta a las experiencias que vive una persona en la cotidianidad como producto de procesos

cerebrales. Por tanto, algunos estudios (Camargo et al., 2018; Olivares-Pérez et al., 2009a; Olivares et al., 2009b; Martín-Ramos et al., 2015), dirán que es usual padecer trastornos del estado del ánimo, sobre todo en las etapas tempranas de la misma. Debido a factores como la incertidumbre suscitada ante el pronóstico y las modificaciones experimentadas en el progreso de la enfermedad.

Puede relacionarse a la Esclerosis Múltiple, según lo dicho por Gatchel y Weisberg (2000, citados en García, 2015), quienes afirmarán que la forma en la que la persona afronta la situación está muy influida por las distintas propiedades que constituyen su “yo”. Existe un modelo de afrontamiento el cual es usado a la hora de sufrir situaciones estresoras como el tratamiento o las recaídas durante la enfermedad. Además, algunos estudios, (García, 2015; Khodarahimi y Rasti, 2015) señalan que la personas con Esclerosis Múltiple suelen sufrir inestabilidad emocional, siendo definida por Cloninger (2000/2003), como “una característica que estará presente en las personas que se ven afectadas por emociones de carácter negativo”.

Se habla de “estrategias de afrontamiento”, ya que Lazarus y Folkman (1991, citado en Nava et al., 2009), han dicho que “se tratará de esfuerzos cognitivos y conductuales que modifican continuamente con el fin de manejar las situaciones externas e internas que traspasarán los recursos de una persona”. Así pues, algunos trabajos como el de García (2015), llegan a afirmar que esas estrategias jugarán un papel importante al sufrir una enfermedad como es el caso de la Esclerosis Múltiple, ya que la marca del tratamiento al que se someten los pacientes es relevante.

Tendremos que tener en cuenta variables biopsicosociales, o biológicas como son: la salud, la enfermedad y secuelas de estas; variables psicológicas, como lo son las emociones y comportamientos de carácter individual; y sociales, entre las que se hallan la familia y la comunidad. Y sobre todo hay que tener en cuenta que entorno a un 50 % de los pacientes tienen trastornos y deterioros cognitivos en el desarrollo de la enfermedad. Dañando la memoria, la atención, y la ejecución de ciertas tareas. Normalmente, afectará a gente joven, que lo padece en su estudio o su trabajo. Esta enfermedad lastima las funciones ejecutivas, que son las que permiten desarrollar determinadas tareas del día a día. Se producen síntomas en lo motor, en lo sensitivo, en lo visual, en lo genital y en lo urinario. Pero siempre predominará el trastorno motor: puede ser en la mitad del cuerpo o en las piernas. En la mayor parte de los casos, lo que más entorpecerá en la vida del paciente será la dificultad para caminar.

Podemos señalar que los trastornos afectivos están asociados a la desmielinización y el daño en tejidos nerviosos específicos. Los más habituales en personas con EM serán:

Síndrome de afectación o síndrome pseudobulbar (APB): También se conoce como incontinencia afectiva. Quienes lo padecen experimentan episodios de risa o llanto descontrolados y súbitos.

**Euforia:** Hace que la persona aparezca alegre o despreocupada a pesar de circunstancias adversas. A pesar de su apariencia, es posible que el paciente sienta una gran tristeza.

**Apatía:** Ausencia de expresiones emocionales.

**Inestabilidad emocional:** Estados de ánimo y sentimientos en persistente cambio sin apenas motivos.

A continuación, vamos a hablar de los síntomas de carácter psicológico que pueden llegar a padecer las personas que tienen EM:

Junto a los problemas cognitivos, otro síntoma que puede aparecer en muchas ocasiones es la depresión. Además, se puede dar el trastorno bipolar, donde el paciente se halla de forma cíclica entre el estado de euforia y el de depresión. Asimismo, es normal que exista un cuadro que se viene a calificar como pseudobulbar, en el que el paciente muestra episodios de risa y de llanto en forma explosiva, pero esto se ve más en pacientes con mucho avance y deterioro generado por la enfermedad. Hay que decir que en la actualidad ya no es tan frecuente. Igualmente, en algunos casos se pueden dar cuadros de psicosis, en los que habrá alucinaciones, delirios; es decir, de pérdida de la percepción de la realidad. La totalidad de las afecciones relacionadas con la salud mental se ven con mucha más frecuencia en pacientes aquejados de los distintos tipos de EM.

Además, podemos hablar de alteraciones de carácter emocional que no están directamente relacionadas con el padecer EM pero que resulta interesante que sean tenidas en cuenta, y éstas son:

**Diferencias individuales:** Ciertas emociones o conductas pueden haberse dado en una persona antes del diagnóstico. Por otro lado, hay individuos más propensos a desarrollar depresión que otros, con diagnóstico de esclerosis múltiple o sin él.

**Circunstancias sociales:** Se tratará de circunstancias sociales, económicas y familiares que también pueden influir en la salud emocional/psíquica.

## **¿CÓMO IMPACTA LA EM EN LA SALUD MENTAL DE QUIENES LA PADECEN Y QUÉ SE PROPONE PARA CONSEGUIR AVANCES EN LA GESTIÓN DE LAS EMOCIONES?**

Tendremos que tener en cuenta lo siguiente:

La EM puede impactar en determinadas regiones del cerebro que controlan las emociones: Daños en el tejido nervioso- El cerebro controla tanto las acciones conscientes como las inconscientes enviando mensajes a todo el organismo. Independientemente de la personalidad de cada persona, los daños en el lóbulo frontal –la región cerebral que controla las emociones- pueden afectar a sus sentimientos o reacciones, y hacerle actuar de un modo que no esperaba.

Por lo tanto, podemos decir que las personas con EM pueden experimentar cambios en la salud mental por motivos neurológicos.



El diagnóstico de EM suele tener un alto grado de incertidumbre sobre el futuro y sentimientos de tristeza y rabia: Reacción psicológica al diagnóstico de esclerosis múltiple- Acomodarse a los cambios y a la incertidumbre que supone el diagnóstico de EM puede ser muy difícil, provocando sentimientos de dolor, ansiedad, culpa, miedo, irritabilidad e ira. Los especialistas insistirán en que no hay una reacción perfecta o imperfecta, y que éstas son diferentes en cada persona. En cualquier caso, es posible encontrar apoyo para vivir mejor padeciendo la EM. Esto podrá llevar a sufrir cambios de humor y sufrir ansiedad durante los primeros años tras el diagnóstico.

Propuestas:

La mente debe de cuidarse tanto o más que el cuerpo, por lo tanto, resultará clave el aprender a vivir en el hoy y en el ahora y no en el pasado o en el futuro.

Hay que destacar que hay que ser consciente de los pensamientos molestos y de su impacto, aprendiendo a vivir el día a día sin pensar en que vendrá.

Es importante reconocer las cosas positivas que ocurren.

Ser amable y positivo, teniendo un buen autoconcepto y ello se puede llegar a conseguir mediante el autoconocimiento y la motivación diaria.

Existen varios tipos de abordaje para tratar estas patologías:

Enfoque cognitivo: Incluirá la realización de un análisis de los pensamientos del paciente y su impacto en el estado de ánimo.

Terapia cognitivo-conductual: El/la psicoterapeuta contribuirá a otorgar al paciente técnicas y estrategias que le ayuden a encauzar los pensamientos negativos convirtiéndolos en impulsos positivos, modificando así su conducta. Puede utilizarse individualmente o en sesiones de grupo.

Medicación (psicofármacos).

## **CONCLUSIONES**

La mayor parte de los enfermos de EM padece o ha padecido algún tipo de síntoma o incluso de trastorno de los que hemos hablado, casi todos de carácter afectivo o trastorno del estado del ánimo, lo que nos lleva a reflexionar y a tener claro que hay que trabajar con este tipo de pacientes a nivel integral, siendo el aspecto emocional uno de los más relevantes, y que desde la psicoterapia se debería siempre de intervenir, estando alerta ante la aparición de cualquier tipo de síntoma nuevo de carácter no solo físico, si no también psíquico.

Hay que tener en cuenta que, desde que se produce el diagnóstico, la EM pasa estar presente en toda la familia del enfermo, y debiendo encontrar formas de convivir con la patología. Se deberá de señalar que la Esclerosis Múltiple afectará a toda la familia, ya que es normal que los roles cambien y que los ejercicios que antes realizaba el paciente recaigan en otros miembros de la familia. Normalmente la pareja,

adquirirá el papel de cuidador de la persona con Esclerosis Múltiple, un hecho que transformará el vínculo que había antes de que la enfermedad apareciese. En múltiples ocasiones, el cuidador o cuidadora suele realizar una acción de sobreprotección hacia el paciente con Esclerosis de forma excesiva, y ésta puede llegar a sentirse impotente y dependiente, un hecho que será contraproducente. La familia tiene que ser consciente de que algunos cambios de humor son propios de la enfermedad, produciéndose porque hay una parte del cerebro que queda dañada o por la propia medicación. Por ello habrá que ser pacientes, comprendiendo una cuestión clave que es la siguiente: Los síntomas serán muy variables, y que el afectado puede encontrarse muy bien un día y fatal al día siguiente. Con respecto a las amistades, la persona con Esclerosis debe dar el primer paso para hablarles sobre la patología. Si esto no se hiciese, puede que los amigos no se atrevan a hablar y la amistad se vea dañada, por lo tanto, no deberá convertirse en un tema tabú. El afectado debería tener al menos un amigo de confianza a quien se le puedan explicar los cambios y las preocupaciones que produzca la patología. Si esto no fuera así, se aconseja contactar con organizaciones no gubernamentales que trabajen con pacientes con Esclerosis Múltiple. Hay que señalar que la postura que se tenga o tome, puede aportar muchas mejoras en la vida diaria de una persona con este tipo de enfermedad. Se es consciente que es complejo mantener durante mucho tiempo una actitud positiva durante todo el proceso, pero debe evitarse caer en una espiral que desemboque en una depresión que les aleje de la familia y de los amigos, y que incluso termine afectando al o físico de la persona. Si impera el negativismo, es aconsejable acudir al especialista clínico (psicólogo, psiquiatra, neurólogo).

Se recomendará la práctica de ejercicio moderado, ya que diversos estudios han confirmado que el ejercicio físico realizado de forma moderado puede mejorar la movilidad, disminuir la depresión y la fatiga, y mejorar el estado de ánimo. Es importante realizar las actividades físicas en lugares con un ambiente fresco, con una temperatura adecuada, y darse baños de enfriamiento antes y después de las sesiones. Resulta clave preguntar al especialista si los ejercicios son los adecuados, ya que muchas veces el ejercicio físico puede llegar a ser desfavorables y desaconsejable. También ciertas técnicas de relajación como es el caso del yoga, del mindfulness, del taichí o de ciertos masajes, pueden llegar a favorecer al afectado a sentirse mejor y dominar mejor sus emociones.

Todo esto se deberá de realizar lo antes posible, porque si pasa el tiempo el tratamiento o los tratamientos serán más difíciles de aplicar.

## REFERENCIAS

- Bericat, E. (2001a). Max Weber o el enigma emocional del origen del capitalismo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 95(1), 9–36.
- Bericat, E. (2001b). El suicidio en Durkheim, o la modernidad de la triste figura. *Revista Internacional de Sociología*, 28, 69–104.
- Brody, L. (1999). *Gender, Emotion, and the Family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Camargo, A.P., Gómez, A.M., Hernández, L.F., y Palacios, E. (2018). Síntomas presentes en la esclerosis múltiple: serie de casos. *Acta Neurológica Colombiana*, 34(2), 108–114. doi: 10.22379/24224022198
- Cloninger, S.C. (2003). *Teorías de la personalidad* (3ª ed.). (A. S. Fernández y M. E. Oríz Trads.). Pearson educación. (Trabajo original publicado en 2000).
- Davidson, R. y Begley, S. (2012) *El perfil emocional de tu cerebro*. (F. Meler, Trad.). Destino (Trabajo original publicado el 2012).
- Domínguez, R., Morales, M., Rossiere, N.L., Olan, R., y Gutiérrez, J.L. (2012). Esclerosis múltiple: Revisión de la literatura médica. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 55(5), 26–35. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un125e.pdf>
- García, M., (2015). *Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento e impacto en la calidad de vida en mujeres con fibromialgia* (tesis maestría). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1087>
- Gordon, S.L. (1981). *The sociology of sentiments and emotions*. In: Rosenberg M and Turner RH (eds) *Social Psychology: Sociological Perspectives*. New York: Basic Books, pp. 562–569.
- Hochschild, A.R. (1990). Ideology and emotion management: A perspective and path for future research». In: T.D., Kemper. (Ed.), *Research Agendas in the Sociology of Emotions* (pp. 117–142). Albany, NY: State University of New York Press.
- Jasper, J.M. (2011). Emotions and social movements: Twenty years of theory and research. *Annual Review of Sociology*, 37, 285–303.
- Kemper, T.D. (1978). *A Social Interactional Theory of Emotions*. New York: Wiley
- Kemper, T.D. (1987). How many emotions are there? Wedding the social and autonomic components. *American Journal of Sociology*, 93, 263–289.
- Khodarahimi, S. y Rasti, A. (2015). The roles of fatigue, depression, and Big Five Personality traits in males with and without multiple sclerosis disease. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*, 26(2), 91–96. doi: 10.1016/j.clysa.2015.03.002
- Lawler, E.J. (1999). Bringing emotions into social exchange theory. *Annual Review of Sociology*, 25, 217–244.
- Martin-Ramos, R., Jiménez-Morales, R.M., Herrera-Jiménez, L.F., Guerra-Pérez, L.R., Martin-Ramos, R., y Pérez-Medinilla, Y.T. (2015). Influencia de la ansiedad y depresión sobre las funciones ejecutivas en pacientes con esclerosis múltiple. *Archivos de Neurociencias*, 20(4), 233–239. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane2015/ane154a.pdf>

Olivares, T., Hernandez, M.A., Nieto, A., Betancort, M., Perez, Y., y Barroso, J. (2009b). Depresión y ansiedad en la esclerosis múltiple. *Revista Española de Esclerosis Múltiple*, (11), 5-10. Recuperado de: <https://n9.cl/kt2r>

Olivares-Pérez, T., Nieto-Barco, A., Betancort-Montesinos, M., Pérez-Martín, Y., Hernández, M.A., y Barroso-Ribal, J. (2009a). Ansiedad y depresión en la esclerosis múltiple remitente-recidivante: relación con las alteraciones neuropsicológicas y la percepción subjetiva de deterioro cognitivo en pacientes con discapacidad mínima/leve. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 44-51. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5745289>

Restrepo, J.E., Yara, E.A., Betancur, J.C., y Tavera, L.N. (2014). Perfil emocional de un grupo de militares colombianos víctimas de minas antipersona o artefactos explosivos improvisados. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(2), 87-95.

Turner, J.H. (1999). Toward a general sociological theory of emotions. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 29(2), 133-162.

## **CAPÍTULO 13**

### **EL PAPEL DE LAS MUJERES COMO CUIDADORAS PRINCIPALES EN EL CÁNCER INFANTO-JUVENIL**

ANABEL MELGUIZO GARÍN, IVÁN RUIZ RODRÍGUEZ, Y ALBA GARCÍA CID  
*Universidad de Málaga*

#### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer infantil es una realidad que transforma la vida del menor que padece la enfermedad, así como la de su familia y su entorno más inmediato. Cuando un niño recibe el diagnóstico de cáncer se producen una serie de cambios que no tienen solo que ver con su salud, si no que esos cambios afectan también a sus rutinas diarias, su situación escolar, social y familiar. Cuando el cáncer infantil llega a la vida de las familias éstas ya tienen su propio bagaje vital, psicológico y social que también influye en el proceso (López-Ibor, 2009).

La enfermedad no cambia únicamente la vida del menor, los padres ven como en sus rutinas y sus vidas se producen desajustes que hacen necesario que se produzca una adaptación a la nueva realidad. Para cualquier familia el cáncer es un elemento que desestabiliza el propio funcionamiento familiar (Die-Trill, 1993). Se producen cambios en los quehaceres del día a día, aparecen nuevas situaciones que la familia debe afrontar como son las permanencias largas en el hospital o la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la enfermedad del hijo (Grau y Espada, 2012). Estas nuevas actividades pueden ser una fuente potencial de estrés para los padres ya que requieren en casi todas las ocasiones un nivel elevado de esfuerzo por parte de éstos para poder hacer frente a la nueva situación de cuidado del hijo enfermo y seguir con la conciliación del resto de tareas diarias y vida familiar.

El cáncer infantil supone un reto para los familiares que tienen que hacer frente a momentos muy difíciles, de verdadera crisis en sus vidas, se enfrentan a un diagnóstico y es en ese momento cuando sienten que todo se derrumba (López-Ibor, 2009). Entre las situaciones complejas que los padres deben enfrentar durante el proceso del cáncer infantil encontramos el momento del diagnóstico, el tratamiento que en muchas ocasiones tiene una larga duración, los efectos secundarios de éstos, los ingresos hospitalarios, la reincorporación del hijo a la vida escolar, la vida familiar y social, el miedo a la posibilidad de que se produzcan recidivas de la enfermedad y, en algunos casos, el afrontamiento del fallecimiento del hijo con todas las consecuencias que ello conlleva. Todas las situaciones descritas con anterioridad pueden llevar a los padres y a la familia a vivir momentos de un gran impacto

emocional y desencadenar verdaderas crisis en el seno familiar, así como un aumento del estrés (Grau y Fernández, 2010).

Todos estos síntomas pueden tener una duración prolongada en los progenitores, incluso bastante tiempo después de haber finalizado el tratamiento del hijo enfermo (Norberg y Boman, 2013). A pesar de ello, existen algunos factores que parecen proteger a los padres y es por ello por lo que no todos desarrollan los mismos efectos psicológicos en el tiempo (Gudmundsdottir, Schirren, y Boman, 2010).

Los cambios que se producen derivados del cáncer infantil tienen una afectación muy profunda en el sistema familiar, estos cambios pueden ser muy duraderos (Deatrick et al., 2018) y, de este modo pueden influir en la calidad de vida de los padres (Salvador, Crespo, y Barros, 2019). Durante la enfermedad y el afrontamiento de ésta se producen cambios muy importantes en la dinámica familiar y se alteran las relaciones de los miembros de la familia tanto nuclear como extensa (Hoven, Gronqvist, Poder, Von Essen, y Lindahl, 2017). Cuando la vida familiar se desajusta (Long y Marsland, 2011), de algún modo todo el sistema familiar “enferma” (Christofferson et al., 2020).

Se hace necesario un proceso de adaptación de la vida diaria de la familia a la nueva realidad de la enfermedad (Bilodeau, Ma, Al-Sayegh, Wolfe, y Bona, 2018). Entre los cambios más destacados a los que se enfrentan los padres, están los relacionados con el hijo enfermo que pasa a ser dependiente de los cuidados de alguien de la familia que, por lo general, pasa a convertirse en el cuidador principal del menor casi como labor exclusiva durante ese tiempo (Kiser et al., 2019).

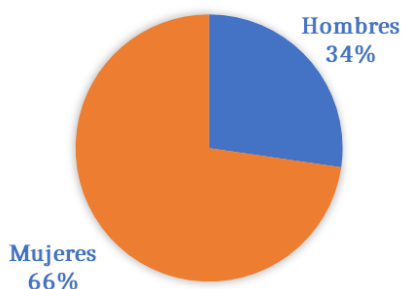
Si el papel de cuidador principal es asumido por alguno de los progenitores o progenitor del menor, este cambio deriva en una serie de cambios familiares que se suceden en cadena y que afectan a la organización de las rutinas diarias y a la vida de la familia nuclear (Van-Schoors et al., 2017). Es tal el grado de ocupación e implicación que conlleva ser cuidador principal de un menor enfermo de cáncer que la persona que asume este rol tiene que dejar, en la mayoría de los casos de manera temporal o definitiva, su actividad laboral (Frederiksen et al., 2019). Los cuidadores ven también alteradas en parte su vida social y sus rutinas diarias, además de la situación laboral y que, por ende, afecta a la familia entera en los ámbitos familiar, social, económico y laboral. Son muchos los cambios a los que tienen que hacer frente los padres y, por tanto, los miembros de la familia (Tillery et al., 2020).

Uno de los cambios más importantes es la ausencia prolongada del cuidador principal (Prussien et al., 2018), que a veces puede durar años, ya que los tratamientos a los que se tiene que someter el hijo enfermo suelen ser largos, esta situación repercute en el resto de los miembros de la familia (Pai et al., 2007). En el caso de que en el núcleo familiar haya otros hijos (Samson et al., 2016), la vida de éstos sufre

cambios que pueden acarrear consecuencias psicosociales (Pariseau, Chevalier, Muriel, y Long, 2019).

En estos casos, son atendidos por otros familiares que con anterioridad no estaban encargados de dicha labor o si la realizaban, era con menor dedicación, como son los abuelos, tíos o miembros de la familia extensa los que suelen atender esta necesidad, comienzan a implicarse en la asunción de otros roles también y en la toma de decisiones en lo que a la familia se refiere (Kelada et al., 2019). Una constante en los cuidados relacionados con el cáncer infantil es que la mayoría de las cuidadoras principales son las madres (Cueto et al., 2013). En el estudio que hemos llevado a cabo la muestra está compuesta por un número muy elevado de mujeres con respecto a los hombres (Figura 1).

*Figura 1. Sexo de los participantes en el estudio*



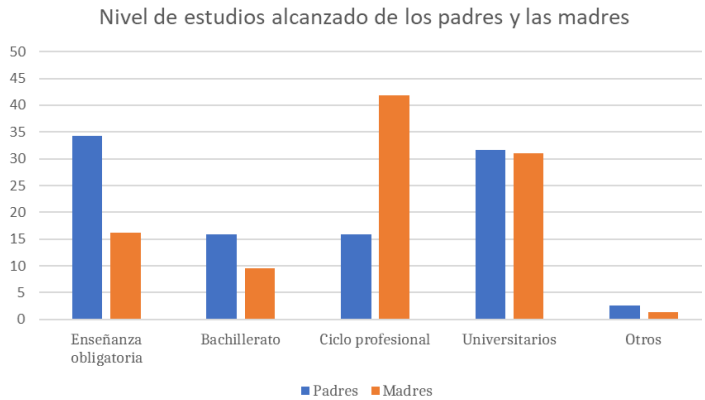
Por esta razón es necesario hacer algunas consideraciones relacionadas con la perspectiva de género ya que hay ciertas características idiosincrásicas de la muestra que puede influir sobre los resultados obtenidos. Como ocurre en muchas investigaciones relacionadas con el ámbito de los cuidados, se estudia el papel de las cuidadoras, ya que suelen ser las mujeres las que asumen de manera más activa estos roles en nuestra sociedad (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, y Maroto-Navarro, 2004).

Por ese motivo puede darse este tipo de fenómenos en los estudios de investigación. En las muestras suele haber un número más elevado de mujeres ya que se implican de manera más activa en los cuidados y en las investigaciones relacionadas con los cuidados. Las madres en la situación de vivir el cáncer de un hijo se enfrentan a una serie de hándicaps de índole individual, familiar y social que en muchas ocasiones no hacen más que agravar la situación de partida que viven muchas mujeres en sus vidas y que son un reflejo de una sociedad en la que aún es la mujer la que asume la carga de los cuidados de manera significativa. Son muchas las madres que previamente al cáncer infantil tienen una situación familiar en la que son las

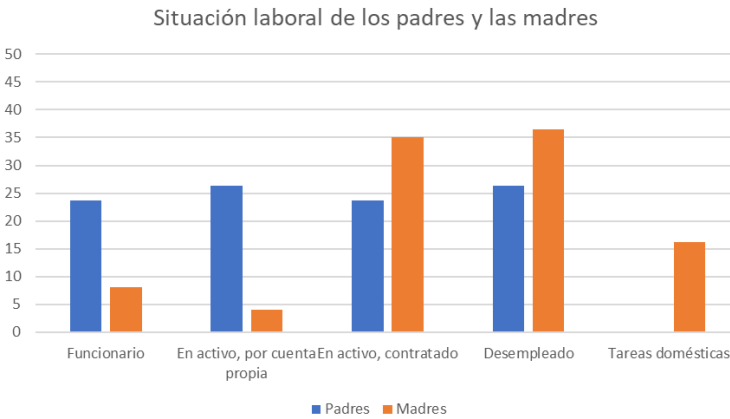
responsables de la mayoría de los cuidados de los hijos y de otros miembros de la familia. En el terreno laboral muchas de ellas ya tenían trabajos precarios o inestables.

En nuestro estudio las madres están en un porcentaje más elevado en situación de desempleo o únicamente dedicadas a las tareas del hogar (Figuras 2 y 3). Y es la enfermedad del hijo la que acaba por dinamitar la vida laboral de las madres.

**Figura 2.** Nivel de estudios que han alcanzado los padres y las madres participantes en el estudio expresado en porcentajes



**Figura 3.** Situación laboral de los padres y las madres participantes en el estudio expresado en porcentajes



En el caso de que conserven el trabajo, se suceden los permisos, las bajas y todo ello repercute en la carrera laboral de las madres. Esta situación tiene implicaciones económicas negativas para las propias madres, pero también para sus núcleos familiares, y además este hecho se ve agravado por los gastos derivados de la enfermedad de los hijos (Frederiksen et al., 2019).



Son ellas las que ven en muchas ocasiones más modificadas sus vidas y renuncian a sus relaciones sociales, aficiones, etc. por atender a tiempo completo los cuidados del hijo enfermo.

El apoyo social es una variable ampliamente contemplada en las investigaciones sobre psicooncología (Norberg y Boman, 2013). Es un concepto interactivo referido a las transacciones que se producen entre las personas (Felton y Shinn, 1992).

El apoyo social es una de las áreas de investigación más activas de los últimos años debido a su interacción con el estrés y el afrontamiento (Barrón, 1996). El apoyo social juega un papel importante en el afrontamiento que un paciente con cáncer y sus familiares hacen de la enfermedad (Flórez, 1999). Tiene también repercusiones en la calidad de vida y en la percepción del estrés (Solomon, 2001), ya que suele disminuir los niveles de estrés que los pacientes experimentan (Herránz y Gavilán, 1999) y facilita la adaptación a la situación (Choi et al., 2016).

Es una variable importante en el manejo del estrés ambiental y en la protección de la salud mental de las personas (Cassel, 1976), así como también incide de manera beneficiosa sobre la salud física (Martos-Méndez, 2016). El apoyo social puede funcionar como un factor de protección ante el padecimiento de algunas patologías ya que actuaría como un recurso proporcionado por otras personas que permitiría al sujeto realizar un mejor manejo del estrés (Caplan, 1974).

Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto en la capacidad de los individuos para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Lin y Ensel, 1989). Esto da lugar a que no todos los padres experimenten los mismos efectos psicológicos derivados en la enfermedad de sus hijos con el paso del tiempo (Sloper, 2000). El apoyo social que proporciona la red ayuda a reducir el estrés de los padres de niños con cáncer (Torrico et al., 2002).

Espada y Grau (2012) han descrito que una de las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de niños enfermos de cáncer es la búsqueda de apoyo social por parte del personal sanitario, la pareja, la familia extensa, los amigos y el apoyo de tipo espiritual. El apoyo social es un concepto interactivo y es entendido como una transacción interpersonal de ayuda que se produce entre las fuentes de apoyo, es decir, los miembros de la red que proporcionan el apoyo y el receptor de la ayuda (Hombrados-Mendieta y Castro-Travé, 2013). También puede ser entendido como los recursos que las personas perciben disponibles (Gudmundsdottir et al., 2010) y que les son proporcionados de manera formal por contextos o grupos profesionales o instituciones y asociaciones, o de manera informal por grupos de apoyo como familia, amigos y pareja.

Este apoyo puede implicar ayuda de tipo emocional, ayuda material e información y se produce en un contexto determinado (Hombrados-Mendieta y Castro-Travé, 2013). El apoyo puede ser entendido como la percepción que la persona tiene de que es cuidada, valorada y querida, sintiéndose parte de una red de apoyo con compromisos recíprocos (Taylor et al., 2004).

## **MÉTODO**

En esta investigación han participado un total de 112 padres de niños con patología oncológica que recibían tratamiento en Málaga. La selección de los participantes se realizó contando con todos los padres que quisieron participar en el proyecto.

Los participantes se encontraban en diferentes fases de la enfermedad del hijo y del tratamiento. La muestra está formada por 33,9 % hombres y 66,1% mujeres, con una media de edad de 41 años ( $DT=6,93$ ). Los padres participantes en el estudio, en su mayoría, estaban casados o vivían en pareja 88,5%, estando el resto solteros, divorciados o viudos 11,5%.

En cuanto al sexo de los niños que padecían la enfermedad, 58% eran niños y 42% niñas, y la media de edad fue de 8 ( $DT= 5,02$ ). Con respecto al tipo de cáncer que padecía el hijo o hija, el 54,5% padecían leucemia, el 9% sarcoma de Ewing, el 8% linfoma, el 4,5% meduloblastoma, el 4,5% neuroblastoma, y el resto, otros tipos de patologías oncológicas. Por último, el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad ha sido el siguiente: el 18,9% de los niños han sido diagnosticados hace menos de un año, el 23,4% hace un año, el 19,8% hace dos años, el 9,9% hace tres años, el 12,6% hace 4 años y el resto 15,3% hace cinco o más años desde el diagnóstico de la enfermedad.

Los padres participantes en el proyecto acudían al Hospital Materno-Infantil de Málaga con sus hijos para recibir el tratamiento o realizar las revisiones pertinentes. Se informó a los padres del estudio que se quería realizar a través de diferentes vías. Por un lado, se informó a todas las familias registradas en una ONG local que presta apoyo en estas circunstancias.

También se informó a las familias que se acercaban a las dependencias hospitalarias en las que se prestaba apoyo psicosocial por parte de esta ONG. Estas familias se podían encontrar en dos circunstancias, con el hijo o hija en ingreso hospitalario debido al tratamiento o de visita en el Hospital para acudir a las revisiones o tratamientos ambulatorios, estas esperas las realizaban en esta sala de tipo lúdico-asistencial.

Los participantes recibieron un consentimiento informado sobre el procedimiento que se llevaría a cabo. Los padres participantes, tras la firma del consentimiento informado, pudieron elegir dos formas de completar el instrumento:

en papel en las dependencias de la ONG, o en formato on-line a través de un modelo de instrumento informatizado que una vez recogido se añadía de manera anónima y automática a una base de datos.

## **RESULTADOS**

Uno de los objetivos con el que se diseña esta investigación es contribuir a mejorar el conocimiento práctico para poder trazar estrategias de intervención psicosocial basadas en la evidencia. Los hallazgos obtenidos en esta investigación son muy importantes debido a las aplicaciones prácticas que se puedan realizar a la hora de diseñar programas de atención psicosocial a familias de niños con cáncer que tengan en cuenta las necesidades específicas de los padres (Choi et al., 2016).

Parece evidente que la mejora de la calidad de vida del niño enfermo de cáncer y de su familia necesita del tratamiento de los aspectos psicosociales (Manne et al., 2000) y, para ello, es necesario conocer de qué manera se relacionan estas variables en las personas que están padeciendo esta situación (Marsland et al., 2013).

Algunas de las consideraciones que podemos plantear de cara a trazar una estrategia de intervención psicosocial serían las siguientes:

### **1. Con respecto al apoyo social:**

- Conocer y potenciar las redes de apoyo social y las fuentes y tipos de ayuda a los padres de niños enfermos de cáncer como herramienta para el manejo del estrés y de las tareas de la vida diaria. Actuaciones como el relevo en los cuidados con otros miembros de la familia, el apoyo en tareas de la nueva rutina de los padres, pueden ayudar a reducir el estrés y mejorar el afrontamiento de la situación (Espada y Grau, 2012).

- Mejorar y fomentar el apoyo de la pareja para reducir el estrés que producen las rutinas diarias en los cuidados del hijo enfermo, pero sobre todo para aumentar la satisfacción vital.

- Desarrollar pautas de intervención en el entorno familiar para que proporcionen a los padres el apoyo que necesitan. A veces la red está dispuesta a prestar apoyo, pero no sabe cómo prestarlo (Gibbins et al., 2012). Es necesario trabajar con los familiares o con la red de apoyo más cercana de la persona que está atravesando la situación problemática. Es necesario intervenir para evaluar las necesidades de los padres y desarrollar competencias en la prestación de ayuda por parte de su red de apoyo más cercana.

- Fomentar el apoyo social que los padres reciben de la comunidad y de las asociaciones ya que tiene efectos positivos sobre el manejo del estrés.

- Analizar el peso que tiene el apoyo social recibido y proporcionado en el día a día de los padres. Desarrollar pautas de intervención que redujeran el sentimiento de indefensión provocado por la enfermedad de los hijos a través de la participación, de

dar y proporcionar apoyo, de ayudar a otros, en definitiva, fomentar el empoderamiento de este colectivo.

- Poner en práctica herramientas de fomento del apoyo más específico y efectivo para contrarrestar cada tipo de cambio en el día a día de los padres. Este conocimiento puede ayudar a reducir de manera significativa los efectos negativos de los cambios familiares ocasionados debido al cáncer infantil y, por tanto, mejorar su calidad de vida. En la investigación que hemos realizado es interesante destacar el papel del apoyo que proviene de la familia ya que éste contribuye notablemente a reducir el estrés y también se ha relacionado con menores cambios negativos relacionados con los hijos. Algo que por ejemplo no ha ocurrido con el apoyo de la pareja que, aunque se ha demostrado que contribuye a mejorar la satisfacción vital, en cuestiones relacionadas con el ámbito familiar y de los cuidados no se ha demostrado eficaz.

Como decíamos una explicación a estos resultados los podemos encontrar en la composición de la muestra. Ya que en general las mujeres buscan a otras mujeres como apoyo en los cuidados, y son las mujeres las más elegidas como fuentes de apoyo (Burda, Vaux, y Schill, 1984). Las mujeres buscan a otras mujeres como confidentes y soporte ante el afrontamiento de situaciones problemáticas de diferente índole (Martos-Méndez y Pozo-Muñoz, 2011). Estas mujeres, estas madres pueden encontrar en la familia, los amigos, la comunidad, las asociaciones a otras mujeres que pueden ser fuente de apoyo.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Esta investigación ha puesto de relieve el papel esencial que tiene el apoyo social en el afrontamiento del cáncer infantil por parte de los padres. Conocer las relaciones que se establecen entre las diferentes variables en estudio ha sido un aspecto positivo del mismo. Poner el énfasis en aspectos de las relaciones que se establecen entre las variables y sus dimensiones ha enriquecido los hallazgos encontrados.

Algunos de estos aspectos y dimensiones han sido poco considerados con anterioridad a la hora de plantear estrategias de afrontamiento para los padres de niños enfermos de cáncer. Este colectivo tiene su propia idiosincrasia y el estudio de sus necesidades es un aspecto muy importante para mejorar la calidad de vida de los padres. Esta cuestión tiene seguramente repercusiones positivas en su entorno más cercano y en el desarrollo de sus propias vidas.

La intervención psicosocial y la atención a los aspectos psicosociales en la enfermedad es una herramienta muy útil para mejorar el manejo del cáncer infantil por parte de las familias, en este caso en concreto, por parte de los padres. De cara futuras a investigaciones sería muy interesante estudiar estas cuestiones con mayor profundidad, añadiendo la perspectiva de género en el diseño del proyecto y haciendo

análisis en los que se pueda estudiar de manera diferencial el papel que juega el género en las variables psicosociales relacionadas con el cáncer infantil.

## REFERENCIAS

- Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Bilodeau, M., Ma, C., Al-Sayegh, H., Wolfe, J., y Bona, K. (2018). Household material hardship in families of children post-chemotherapy. *Pediatric blood & cancer*, 65(1), 1-4.
- Burda, P.C., Vaux, A., y Schill, T. (1984). Social support resources: Variation across sex and sex role. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 10(1), 119-126.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Choi, E.K., Yoon, S.J., Kim, J.H., Park, H.J., Kim, J.Y., y Yu, E.S. (2016). Depression and distress in caregivers of children with brain tumors undergoing treatment: psychosocial factors as moderators. *Psycho-Oncology*, 25(5), 544-550.
- Christofferson, J.L., Okonak, K., Kazak, A.E., Pierce, J., Kelly, C., Schifano, E., ... Alderfer, M.A. (2020). Family consequences of potentially traumatic pediatric medical events: Implications for trauma-informed care. *Journal of Family Psychology*, 34(2), 237-246.
- Cueto, H.B., Ortega, E.L., Bustillo, R.M., Suárez, K.P., Polo, D.R. y Prieto, A.M. (2013). Cuidadores familiares de niños con cáncer y su funcionalidad. *Salud uninorte*, 29(2), 249-259.
- Deatrick, J.A., Barakat, L.P., Knafl, G.J., Hobbie, W., Ogle, S., Ginsberg, J.P., ... Knafl, K.A. (2018). Patterns of family management for adolescent and young adult brain tumor survivors. *Journal of Family Psychology*, 32(3), 321-332.
- Die-Trill, M. (1993). *Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer, 97-114.
- Espada, M.C. y Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40.
- Felton, B.J. y Shinn, M. (1992). Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. *Journal of Community Psychology*, 20, 103-115.
- Flórez, J. A. (1999). La comprensión del enfermo oncológico. En E. García-Camba, (Ed). *Manual de Psicooncología* (pp. 171-190). Toledo: Aula Médica.
- Frederiksen, L.E., Mader, L., Feychting, M., Mogensen, H., Madanat-Harjuoja, L., Malila, N., ... Erdmann, F. (2019). Surviving childhood cancer: a systematic review of studies on risk and determinants of adverse socioeconomic outcomes. *International journal of cancer*, 144(8), 1796-1823.
- García-Calvente, M.M., Mateo-Rodríguez, I., y Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), 83-92.
- Gibbins, J., Steinhardt, K., y Beinart, H. (2012). A systematic review of qualitative studies exploring the experience of parents whose child is diagnosed and treated for cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29, 253-71.
- Grau, C. y Espada, M.C. (2012). Percepciones de los padres de niños enfermos de cáncer sobre los cambios en las relaciones familiares. *Psicooncología*, 9(1), 125-136.

Grau, C. y Fernández, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 33(2), 203-212. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Gudmundsdottir, E., Schirren, M., y Boman, K.K. (2010). Psychological resilience and long-term distress in Swedish and Icelandic parents' adjustment to childhood cancer. *Acta Oncologica*, 50, 373-80.

Herránz, J. y Gavilán, J. (1999). Calidad de vida y cáncer de laringe. *Acta Otorrinolaringológica Española*, 50(4), 276-282.

Hombrados-Mendieta, I. y Castro-Travé, M. (2013). Apoyo social, clima social y percepción de conflictos en un contexto educativo intercultural. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 29(1), 108-122.

Hoven, E., Gronqvist, H., Poder, U., Von Essen, L., y Lindahl, N.A. (2017). Impact of a child's cancer disease on parents' everyday life: a longitudinal study from Sweden. *Acta Oncológica*, 56(1), 93-100.

Kelada, L., Wakefield, C.E., Carlson, L., Hetherington, K., McGill, B.C., McCarthy, M.C., ... Sansom-Daly, U.M. (2019). How Parents of Childhood Cancer Survivors Perceive Support From Their Extended Families. *Journal of Child and Family Studies*, 28(6), 1537-1547.

Kiser, L., Fishbein, D., Gatzke-Kopp, L., Vivrette, R., Creavey, K., Stevenson, J., ... Busuito, A. (2019). Physiological regulation among caregivers and their children: Relations with trauma history, symptoms, and parenting behavior. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11), 3098-3109.

Lin, N. y Ensel, W.M. (1989). Life stress and health: Stressors and resources. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

Long, K.A. y Marsland, A.L. (2011). Family adjustment to childhood cancer: A systematic review. *Clinical child and family psychology review*, 14(1), 57-88.

López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6(2-3), 281-284.

Manne, S., Duhamel, K., y Redd, W.H. (2000). Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychooncology*, 9, 372-84.

Marsland, A.L., Long, K.A., Howe, C., Thompson, A.L., Tersak, J., y Ewing, L.J. (2013). A pilot trial of a stress management intervention for primary caregivers of children newly diagnosed with cancer: preliminary evidence that perceived social support moderates the psychosocial benefit of intervention. *Journal of Pediatric Psychology*, 38(4), 449-61.

Martos-Méndez, M.J. (2016). Análisis de la Satisfacción Vital, Salud y Apoyo Social en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Revista de psicología de la salud*, 4(1), 24-59.

Martos-Méndez, M.J. y Pozo-Muñoz, C. (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Annals of Psychology*, 27(1), 47-57.

Norberg, A.L. y Boman, K.K. (2013). Mothers and fathers of children with cancer: loss of control during treatment and posttraumatic stress at later follow-up. *Psycho-Oncology*, 22(2), 324-329.

Pai, A.L.H., Greenley, R.N., Lewandowski, A., Drotar, D., Youngstrom, E., y Peterson, C.C. (2007). A meta-analytic review of the influence of pediatric cancer on parent and family functioning. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 407–415.

Pariseau, E.M., Chevalier, L., Muriel, A.C. y Long, K.A. (2019). Parental Awareness of Sibling Adjustment: Perspectives of Parents and Siblings of Children With Cancer. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/fam0000615

Prussien, K.V., Murphy, L.K., Gerhardt, C.A., Vannatta, K., Bemis, H., Desjardins, L., ... Compas, B.E. (2018). Longitudinal associations among maternal depressive symptoms, child emotional caretaking, and anxious/depressed symptoms in pediatric cancer. *Journal of Family Psychology*, 32(8), 1087–1096.

Salvador, A., Crespo, C., y Barros, L. (2019). Parents' psychological well-being when a child has cancer: Contribution of individual and family factors. *Psychooncology*, 28, 1080–1087.

Samson, K., Rourke, M.T., y Alderfer, M.A. (2016). A qualitative analysis of the impact of childhood cancer on the lives of siblings at school, in extracurricular activities, and with friends. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 4(4), 362–372.

Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: A prospective study. *Journal of pediatric psychology*, 25(2), 79–91.

Solomon, G.F. (2001). *Psiconeuroinmunología: sinopsis de su historia, evidencia y consecuencias*. Comunicación presentada en el 2º Congreso Virtual de Psiquiatría, Interpsiquis.

Taylor, S.E., Sherman, D.K., Kim, H.S., Jarcho, J., Takagi, K., y Dunagan, M.S. (2004). Culture and social support: Who seeks it and why? *Journal of personality and social psychology*, 87(3), 354.

Tillery, R., Willard, V.W., Howard Sharp, K.M., Klages, K.L., Long, A.M., y Phipps, S. (2020). Impact of the parent-child relationship on psychological and social resilience in pediatric cancer patients. *Psycho-oncology*, 29(2), 339–346.

Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S., y López, M.J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 18(1), 45–59.

Van-Schoors, M., Caes, L., Knoble, N.B., Goubert, L., Verhofstadt, L.L., y Alderfer, M.A. (2017). Systematic review: Associations between family functioning and child adjustment after pediatric cancer diagnosis: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(1), 6–18.





## CAPÍTULO 14

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y ORTOREXIA NERVIOSA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: RELACIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

ÁLVARO RUIZ MACIÁ, LIDIA PAMIES AUBALAT, EVA LEÓN ZARCEÑO,  
MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN, Y YOLANDA QUILES MARCOS

*Universidad Miguel Hernández*

#### INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) suponen uno de los principales problemas de salud mental en la población joven (Escolar-Llamazares et al., 2017). Son enfermedades mentales graves, de etiología multifactorial, con curso crónico, potencialmente mortales y se manifiestan mayormente en mujeres jóvenes occidentales (Moreno, Benítez, Pinto, Ramallo, y Díaz, 2019; Peláez, Labrador, y Raich, 2007).

Atendiendo al DSM-V, entre los TCA se encuentra la Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón (TA) y el Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE). La AN se caracteriza por la restricción de la ingesta, comportamientos compensatorios y miedo a engordar, la BN por el descontrol alimentario con episodios de atracones y restricción y los TCANE se componen de aquellos cuadros que no cumplen determinados criterios de AN y BN.

A pesar de no estar incluida en los manuales diagnósticos, algunos autores defienden que la Ortorexia Nerviosa (ON) estaría en la categoría de “Trastornos de la alimentación e ingesta de alimentos” del DSM-V como un TCANE (Ryman, Syurina, Bood, y Cesuroglu, 2019). La ON se caracteriza por una preocupación patológica por comer sano acompañada de consecuencias emocionales, como estrés o ansiedad, ante el incumplimiento de normas alimentarias autoimpuestas y un desajuste psicosocial en diversas áreas de la vida, que conducen a un estado de malnutrición y la consiguiente pérdida de peso (Cena et al., 2019).

Según Bratman (1997), la principal diferencia entre la ON y otros TCA, es la importancia dada a la calidad y no tanto a la cantidad de los alimentos. Además, también se señala como rasgo distintivo la ausencia de insatisfacción corporal en la ON. Sin embargo, hay una falta de consenso en cuanto a la relación de este constructo con el trastorno (Brytek-Matera, Gramaglia, Gambaro, Delicato, y Zeppegno, 2018).

La prevalencia en España de los TCA se sitúa entre el 0,14-0,9% para AN, entre 0,41-2,9% para BN y del 2,76-5,3% para los TCANE en población adolescente y joven (Moreno et al., 2019). Respecto a la ON, diversos estudios realizados con población española sitúan la prevalencia en rangos tan dispares como el 2,3-86% (Brytek-

Matera et al., 2020; Herranz-Valera, Acuña-Ruiz, Romero-Valdespino, y Visioli, 2014; Parra-Fernández et al., 2019; Parra-Fernández et al., 2018; Ruiz y Quiles, 2021).

La edad de inicio de los TCA se sitúa en la primera adolescencia. Son escasos y discrepantes los datos existentes en la edad adulta. Sin embargo, las cifras obtenidas en muestras juveniles y la media de edad rondando la treintena de muestras clínicas adultas permiten hipotetizar una elevada prevalencia del trastorno durante la adultez temprana (Varela-Casal, Maldonado, y Ferre, 2011). De hecho, diversos estudios evidencian un elevado riesgo en población universitaria española (Gómez, Gómez, Díaz, Fortea, y Salorio, 2010; Martínez-González et al., 2014; Sepúlveda, Carrobles, y Gandarillas, 2008). Además, de una percepción distorsionada de la imagen corporal e insatisfacción con la misma (Castelao-Naval et al., 2019). A pesar de las discrepancias en la edad de inicio de ON, se postula que la población universitaria es la más vulnerable, siendo la más estudiada al respecto en la literatura existente (Parra-Fernández et al., 2018).

El objetivo de este estudio fue evaluar el riesgo de desarrollar un TCA en estudiantes universitarios, analizar las diferencias en función del género, así como la relación con la imagen corporal, y con la ON.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

En el estudio participaron 534 estudiantes universitarios de grado y posgrado de 43 universidades españolas y 90 títulos distintos. 422 eran mujeres (79%) y 122 hombres (21%) con edades entre los 18 y 48 años ( $M=22,04$ ;  $DT= 3,41$ ).

### **Instrumentos**

- Cuestionario de variables sociodemográficas, clínicas y hábitos alimentarios ad-hoc. Se evaluaron los datos sociodemográficos de: edad, sexo, estado civil y estudios; las variables clínicas: peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC); y hábitos de salud relacionados con la alimentación y el estilo de vida.

- Eating Attitudes Test (EAT-26) de Garner y Garfinkel (1979), adaptada y validada al español por Gandarillas, Zorrilla, y Sepúlveda (2003). Consta de 26 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos (desde “nunca” hasta “siempre”) divididos en 3 dimensiones: a) dieta (D), evalúa la preocupación por la delgadez y conductas de evitación de alimentos; b) bulimia y preocupación por la comida (B), evalúa conductas bulímicas; y c) control oral (CO), evalúa la presión del entorno por ganar peso y el autocontrol de la ingesta. Presenta un punto de corte de 20. Mayores puntuaciones indican actitudes alimentarias anómalas relacionadas con los TCA. Muestra una consistencia interna de .84 (Gandarillas et al., 2003).

- Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) de Cash (1990) en su versión adaptada y validada en población española por Del Cid, Rabert, y Ruiz (2009). Formado por 45 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que evalúa la actitud y satisfacción ante la propia imagen corporal. Consta de 4 dimensiones: a) importancia subjetiva a la corporalidad (ISC), b) conductas orientadas a mantener la forma física (COMF), c) atractivo físico autoevaluado (AFA) d) cuidado del aspecto físico (CAF). Presenta una consistencia interna de .88 (Del Cid et al., 2009).

- ORTO-11-Es de Parra-Fernández et al. (2018), versión reducida y adaptada a población española del ORTO-15, el instrumento más utilizado para la medición de ON (Donini, Marsili, Graziani, Imbiale, y Cannella, 2005). Compuesto por 11 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (desde “nunca” hasta “siempre”). Se compone de 3 factores: a) clínico, b) cognitivo-emocional y c) aspectos emocionales. Presenta un punto de corte de 25, puntuaciones por debajo indican comportamientos relacionados con la ON. Presenta una consistencia interna de .80 (Parra-Fernández et al., 2018).

- Teruel Orthorexia Scale (TOS) de Barrada y Roncero (2018). Formado por 17 ítems con escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (desde “nada de acuerdo” a “muy de acuerdo”). Se compone de dos dimensiones: a) Ortorexia Saludable (OS), asociada a un interés por una dieta saludable sin rasgos patológicos; y b) Ortorexia Nerviosa (ON), que representa una preocupación patológica por una dieta saludable. Tiene una consistencia interna de .88 (Barrada y Roncero, 2018).

### **Procedimiento**

Tras recibir la aprobación ética por la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández, durante los meses de marzo y abril de 2020 se distribuyeron cuestionarios telemáticos realizados en la plataforma GoogleForms a través de anuncios en los campus virtuales de las universidades, invitaciones electrónicas, grupos de difusión en aplicaciones de mensajería instantánea y por redes sociales para lograr abarcar la mayor muestra posible. La cumplimentación del formulario fue anónima y voluntaria. Los participantes no recibieron compensación o beneficio alguno y fueron explícitamente informados de las condiciones de su participación y confidencialidad de la información recogida.

Debido la naturaleza exploratoria de la investigación, la selección de participantes fue por conveniencia y aleatoria y no se utilizó ningún criterio de exclusión. Como criterio de inclusión, los participantes debían ser estudiantes universitarios de grado o posgrado en instituciones del territorio español durante el curso académico 2019/2020.

## Análisis de datos

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa *SPSS versión 25.0*.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas, expresadas mediante la media y desviación típica, y una *t de Student* para comparar diferencias de medias. El tamaño de las diferencias se calculó con la *d de Cohen* (1988). Se utilizó el análisis de *correlación de Pearson* para los análisis de relación.

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo

Las medias y desviaciones típicas en las variables de estudio obtenidas por los estudiantes encuestados se muestran en la Tabla 1.

*Tabla 1.* Descripción de las variables de estudio

	Puntuaciones		<i>M</i>	<i>DT</i>
	Min.	Max.		
EAT-26	0	58	8,76	7,97
D	0	33	5,71	5,01
B	0	16	1,05	1,91
CO	0	16	1,99	2,69
ORTO-11-Es	13	42	27,9	5,58
TOS	0	43	14,89	7,66
OS	0	27	11,15	5,24
ON	0	24	3,75	3,71
MBSRQ-45	91	200	144,59	17,65
ISC	63	131	97,29	10,53
COMF	7	35	23,84	6,99
AFA	2	10	6,10	2,17
CAF	5	25	17,36	3,38

EAT-26: Eating Attitudes Test; D: dieta; B: bulimia y preocupación por la comida; CO: control oral; TOS: Teruel Orthorexia Scale; OS: ortorexia saludable; ON: Ortorexia Nerviosa; MBSRQ-45: Multidimensional Body Self Relations Questionnaire; ISC: Importancia subjetiva a la corporalidad; COMF: Conductas orientadas a mantener la forma física; AFA: Atractivo físico autoevaluado; CAF: Cuidado del aspecto físico.

### Análisis de diferencias según género

Atendiendo a las diferencias en función del género (Tabla 2), las mujeres presentaban unas puntuaciones medias significativamente mayores en el EAT-26 ( $t=3,03$ ;  $p=,00$ ;  $d=,37$ ) y sus subescalas de dieta (D) ( $t=2,78$ ;  $p=,01$ ;  $d=,33$ ) y control oral ( $t=2,87$ ;  $p=,00$ ;  $d=,33$ ) en comparación con los hombres. Además, también presentaban puntuaciones significativamente inferiores en el ORTO-11-Es ( $t=-2,52$ ;  $p=,01$ ;  $d=-,26$ ) y la escala de atractivo físico autoevaluado (AFA) del MBSRQ ( $t=-2,22$ ;

$p=,03$ ;  $d=-,24$ ) y superiores en la TOS ( $t= 1,95$ ;  $p=,05$ ;  $d=,21$ ), así como en las subescalas de conductas orientadas a mantener la forma física (COMF) ( $t=-2,09$ ;  $p=,04$ ;  $d=-,22$ ) y cuidado del aspecto físico (CAF) ( $t= 4,63$ ;  $p=,00$ ;  $d=,49$ ) del MBSRQ.

**Tabla 2.** Diferencias entre hombres y mujeres en las variables de estudio

	Mujeres ( $N=422$ )		Hombres ( $N=112$ )		$t$	$p$	$d$
	$M$	$DT$	$M$	$DT$			
EAT-26	9,29	8,53	6,74	4,91	3,03	,00	,37
D	6,02	5,31	4,55	3,40	2,78	,01	,33
B	1,11	2,08	0,84	1,35	1,30	,19	,15
CO	2,16	2,82	1,35	1,96	2,87	,00	,33
ORTO-11-Es	27,68	5,52	29,16	5,66	-2,52	,01	-,26
TOS	15,23	7,73	13,64	7,27	1,95	,05	,21
OS	11,25	5,15	10,78	5,58	0,84	,40	,09
ON	3,98	3,88	2,87	2,80	2,84	,01	,33
MBSRQ	144,84	17,51	143,64	18,23	0,64	,52	,07
ISC	97,64	10,64	96,00	10,06	1,46	,14	,16
COMF	23,51	6,82	25,06	7,53	-2,09	,04	-,22
AFA	6,00	2,16	6,51	2,17	-2,22	,03	-,24
CAF	17,70	3,29	16,07	3,42	4,63	,00	,49

### Prevalencia de riesgo de TCA

La media de las puntuaciones en el EAT-26 fue de 8,76 ( $DT=7,97$ ), de 5,71 ( $DT=5,01$ ) en la subescala de dieta (D), de 1,05 ( $DT=1,95$ ) en la subescala de bulimia y preocupación por la comida (B) y de 1,99 ( $DT=2,69$ ) en la subescala de control oral (CO). Siendo el punto de corte  $>20$ , un total de 46 participantes (8,6%), el 10,19% de las mujeres y el 2,68% de los hombres, presentaron un alto riesgo de desarrollar un TCA.

Al dividir la muestra según la puntuación de corte del EAT-26, se observó que los estudiantes con alto riesgo de TCA presentaban mayor IMC ( $t=-1,9$ ;  $p=,05$ ;  $d=,26$ ) y puntuaciones significativamente mayores en la TOS ( $t=-10,34$ ;  $p=,00$ ;  $d=,00$ ) y sus subescalas, la puntuación total del MBSRQ ( $t=-434$ ;  $p=,00$ ;  $d=,66$ ) y sus subescalas de importancia subjetiva a la corporalidad (ISC) ( $t=-6,09$ ;  $p=,00$ ;  $d=,94$ ) y cuidado del aspecto físico (CAF) ( $t=-5,66$ ;  $p=,00$ ;  $d=,93$ ) e inferiores en el ORTO-11-Es ( $t=7,9$ ;  $p=,05$ ;  $d=,26$ ) y la subescala de atractivo físico autoevaluado (AFA) ( $t=6,95$ ;  $p=,00$ ;  $d=-1,04$ ) del MBSRQ en comparación con el grupo de bajo riesgo (Tabla 3).

En la TOS, la media de puntuaciones fue de 14,9 ( $DT=7,66$ ). En la subescala Ortorexia Nerviosa, la media fue de 3,75 ( $DT= 3,71$ ), con un rango de puntuaciones de 0 a 24, y en la subescala Ortorexia Saludable, fue de 11,2 ( $DT= 5,24$ ), con un rango de puntuaciones de 0 a 27. La media obtenida en el ORTO-11-Es fue de 27,99 ( $DT= 5,58$ ), un 30,5% ( $N= 163$ ) superaron el punto de corte de  $<25$  de la escala, puntuación indicativa de alto riesgo de ON.

Estos universitarios mostraron puntuaciones significativamente mayores en el EAT-26 y sus subescalas, siendo un 29,36% los que superaron su punto de corte.

**Tabla 3.** Diferencias entre la población de alto y bajo riesgo de TCA según EAT-26 en variables cuantitativas

	Alto Riesgo (N=46)		Bajo riesgo (N=488)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
IMC	23,57	4,89	22,47	3,46	-1,9	,05	,26
ORTO-11	22,09	3,49	28,54	5,41	7,9	,00	-1,42
TOS	25,09	9,14	13,93	6,76	-10,34	,00	,00
OS	15,09	4,96	10,78	5,11	-5,48	,00	,86
ON	10,00	5,746	3,16	2,82	-13,98	,00	1,51
MBSRQ	155,22	17,70	143,59	17,33	-4,34	,00	,66
ISC	106,04	10,05	96,47	10,20	-6,09	,00	,94
COMF	25,13	7,19	23,71	6,97	-1,31	,19	,20
AFA	4,07	2,19	6,30	2,07	6,95	,00	-1,04
CAF	19,98	2,87	17,11	3,31	-5,66	,00	,93

De los estudiantes pertenecientes al grupo de alto riesgo en el EAT-26, un 80,43% ( $N=37$ ) presentaban adicionalmente alto riesgo de ON. Por tanto, un 6,9% ( $N=37$ ) de los encuestados, superaron el punto de corte de ambas escalas. Estos sujetos mostraron unas puntuaciones significativamente superiores en las subescalas de Importancia subjetiva a la corporalidad (ISC) ( $t=-3,14$ ;  $p=,00$ ;  $d=,57$ ) y Cuidado del aspecto físico (CAF) ( $t=-3,71$ ;  $p=,00$ ;  $d=,73$ ) del MBSRQ e inferiores en Atractivo físico autoevaluado (AFA) ( $t=4,46$ ;  $p=,00$ ;  $d=-,82$ ), en comparación con aquellos que únicamente superaron el punto de corte en el ORTO-11 (Tabla 4).

**Tabla 4.** Diferencias entre la población de alto riesgo en ON y TCA y la de alto riesgo en ON y bajo riesgo en TCA en el MBSRQ

	Alto Riesgo ON y TCA (N=37)		Alto riesgo ON, bajo riesgo TCA (N=126)		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>			
MBSRQ	157,24	17,26	152,31	15,03	-1,70	,09	,30
ISC	107,81	9,47	102,61	8,67	-3,14	,00	,57
COMF	24,86	7,42	25,29	6,38	,34	,73	-,06
AFA	4,05	2,24	5,87	2,16	4,46	,00	-,82
CAF	20,51	2,42	18,55	2,95	-3,71	,00	,73

### **Análisis de relaciones**

Los resultados de los análisis de correlación entre las variables del estudio mostraron relaciones positivas significativas entre las puntuaciones obtenidas en el EAT-26 y la subescala de Ortorexia Nerviosa de la TOS con la imagen corporal (con excepción del Atractivo Físico Autoevaluado del MBSRQ, donde la correlación fue negativa en ambos casos).

Además, también se encontraron relaciones negativas significativas entre el ORTO-11-Es y la imagen corporal (con excepción del Atractivo Físico Autoevaluado del MBSRQ, donde la correlación fue positiva).

*Tabla 5. Matriz de correlaciones entre EAT-26, ORTO-11-Es, TOS, MBSRQ y sus escalas*

	EAT-26	D	B	CO	ORTO-11	TOS	OS	ON	MBSRQ	ISC	COMF	AFA	CAF
EAT-26													
D	,91**												
B	,80**	,70**											
CO	,66**	,38**	,35**										
ORTO-11	-,47**	-,51**	-,39**	-,17**									
TOS	,57**	,58**	,51**	,24**	-,67**								
OS	,33**	,33**	,26**	,16**	-,55**	,90**							
ON	,71**	,72**	,67**	,28**	-,62**	,79**	,45**						
MBSRQ	,30**	,32**	,17**	,16**	-,45**	,53**	,55**	,32**					
ISC	,38**	,42**	,27**	,27**	-,54**	,56**	,51**	,44**	,93**				
COMF	,10*	,12**	,02	,06**	-,22**	,36**	,44**	,11*	,82**	,62**			
AFA	-,36**	-,40**	-,34**	-,09*	,28**	-,10*	,14**	-,40**	,08	-,17**	,19**		
CAF	,38**	,38**	,24**	,23**	-,42**	,34**	,27**	,33**	,58**	,56**	,18**	-,13**	

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El objetivo principal de este estudio fue evaluar el riesgo de desarrollar un TCA en estudiantes universitarios. La prevalencia de riesgo según el EAT-26 fue de 8,6%. En estudios previos al respecto hay una gran variabilidad en los datos obtenidos en dicha población, siendo a nivel internacional de entre 5,8-39% según la revisión de Fitzsimmons-Craft, Karam, Monterubio, Barr, y Wilfley (2019), y, de manera similar, entre 5,98-29,2% con estudiantes españoles (Castelao-Naval et al., 2019; García, Solbes, Expósito, y Navarro, 2012; Gómez et al., 2010; Martínez-González et al., 2014; Peláez et al., 2007; Sepúlveda et al., 2008). Esta variabilidad podría deberse a la diversidad de instrumentos de medida empleados. Al comparar los datos obtenidos con estudios que utilizaron versiones adaptadas del mismo instrumento que en esta investigación, la prevalencia de riesgo se encuentra próxima a la mostrada por estudiantes puertorriqueños, iraníes y peruanos que oscila entre el 9,6-10,1% (Naeimi, Haghighian, Gargari, Alizadeh, y Rouzitalab, 2016; Ponce et al., 2017; Reyes-Rodríguez et al., 2010).

La proporción de sujetos en alto riesgo fue superior en la población femenina (10,9% vs. 2,68%,  $p=,00$ ), tal y como se observa en todas las investigaciones, nacionales e internacionales, consultadas. En comparación con los hombres, las mujeres presentaban con mayor frecuencia conductas de TCA, de ON, orientadas al cuidado de la forma y aspecto físico y una peor autoevaluación del mismo. Estos resultados podrían estar relacionados con la mayor presión del canon de belleza y el ideal de la delgadez que existe en las mujeres occidentales.

No obstante, cabe destacar la ausencia de diferencias significativas en la importancia subjetiva a la corporalidad y en las conductas bulímicas entre ambos géneros, lo que es congruente con los resultados de García et al. (2012), quienes hipotetizan que estos hallazgos muestran el aumento de la insatisfacción corporal y de algunos TCA en hombres occidentales. Asimismo, la población con mayor riesgo de presentar un TCA mostraba significativamente mayores conductas de ON que la de bajo riesgo. Además, también se encontró una relación positiva entre el EAT-26 y el ORTO-11-Es y la subescala de Ortorexia Nerviosa de la TOS. Estos hallazgos son congruentes con los obtenidos por investigaciones previas en población universitaria española (Brytek-Matera et al., 2020; Parra-Fernández et al., 2019; 2018). La relación entre ambos ha sido ampliamente estudiada en la literatura científica, hallando un claro solapamiento entre la sintomatología propia de los TCA y de ON. Sin embargo, existe un gran debate sobre cómo diferenciar estos trastornos, algunos estudios hipotetizan que la ON podría actuar como factor predisponente para AN o BN y otros como síntoma residual tras la enfermedad que puede favorecer futuras recaídas (Barthels, Meyer, Huber, y Pietrowsky, 2016). Zickgraf, Ellis, y Essayli (2019) muestran que al controlar la sintomatología propia de TCA, los síntomas de ON no estaban directamente relacionados con desajustes clínicos, lo que conduciría a considerar la ON como una forma incipiente de otros TCA, previa o posterior al trastorno. Sin embargo, únicamente con estudios longitudinales en muestras clínicas se podría determinar la relación entre ambos.

Con la pretensión de clarificar la distinción entre TCA y ON, en este estudio se observó su relación con la imagen corporal, constructo propuesto originalmente como elemento diferenciador entre ambos (Bratman, 1997). Los resultados obtenidos indican, por un lado, que la población con alto riesgo a desarrollar TCA y ON muestra una peor imagen corporal que aquellos que únicamente presentan alto riesgo de desarrollar ON; y por otro, una relación negativa significativa entre la ON y la imagen corporal. Hallazgos similares han sido previamente observados en estudiantes universitarios españoles e italianos (Brytek-Matera, Donini, Krupa, Poggiogalle, y Hay, 2016; Parra-Fernández et al., 2018) y en otras poblaciones (Barnes y Caltabiano, 2017; Brytek-Matera et al., 2018). A pesar de que esta relación también tiene sus detractores, éstos no identifican la ausencia de relación, sino la asociación del trastorno con determinados aspectos actitudinales de la imagen corporal (Pauzé et al., 2021) e incluso una mayor satisfacción corporal y placer al mostrar su cuerpo en individuos con ON (Barthels et al., 2016; Brytek-Matera, Fonte, Poggiogalle, Donini, y Cena, 2017; Plichta, Jezewska-Zychowicz, y Gębski, 2019).

A pesar de que la literatura existente al respecto resulte escasa e incongruente, los resultados de este estudio apoyan la hipótesis de que la ON está más relacionada con aspectos psicopatológicos propios de otros TCA de lo que se había asumido



inicialmente. La imagen corporal es otro rasgo de ON que debería ser tomado en cuenta en futuros estudios.

Esta investigación presenta una serie de limitaciones. Puesto que el estudio fue llevado a cabo en población universitaria, no se pueden extrapolar los resultados a población general. Además, los instrumentos fueron autoadministrados, lo que puede haber influido en la objetividad de algunos datos recogidos. Tampoco se consideraron factores biológicos, culturales y/o de personalidad que podrían estar en la base de la relación entre TCA, ON y las variables estudiadas. Al tratarse de un estudio de diseño transversal, no se puede determinar la concurrencia temporal entre los TCA y ON. Como se ha mencionado anteriormente, se requieren futuras investigaciones de corte longitudinal para dilucidar la relación temporal entre ambos.

Los resultados de este estudio permiten concluir que el riesgo a desarrollar un TCA es elevado en estudiantes universitarios.

Su prevalencia es mayor en mujeres, está asociada a una peor imagen corporal y a determinadas conductas ortoréxicas dirigidas al control de la dieta saludable, que podrían actuar como factor predisponente o como síntoma residual del trastorno, predictor de futuras recaídas. Además, la imagen corporal está relacionada con las conductas de riesgo tanto de TCA como de ON. Por tanto, los resultados apoyan que existe una necesidad de mayor investigación al respecto y la promoción de estrategias de prevención primaria en esta población.

## REFERENCIAS

- Barnes, M.A. y Caltabiano, M.L. (2017). The interrelationship between orthorexia nervosa, perfectionism, body image and attachment style. *Eating and Weight Disorders*, 22(1), 177–184.
- Barrada, J.R. y Roncero, M. (2018). Bidimensional structure of the orthorexia: Development and initial validation of a new instrument. *Anales de Psicología*, 34(2), 283–291.
- Barthels, F., Meyer, F., Huber, T., y Pietrowsky, R. (2016). Orthorexic eating behaviour as a coping strategy in patients with anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 22(2), 269–276.
- Bratman, S. (1997). *Orthorexia Essay*. Recuperado de: <https://www.orthorexia.com/original-orthorexia-essay/>
- Brytek-Matera, A., Donini, L.M., Krupa, M., Poggiogalle, E., y Hay, P. (2016). Erratum to: Orthorexia nervosa and self-attitudinal aspects of body image in female and male university students. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 16.
- Brytek-Matera, A., Fonte, M.L., Poggiogalle, E., Donini, L.M., y Cena, H. (2017). Orthorexia nervosa: relationship with obsessive-compulsive symptoms, disordered eating patterns and body uneasiness among Italian university students. *Eating and Weight Disorders*, 22(4), 609–617.
- Brytek-Matera, A., Gramaglia, C., Gambaro, E., Delicato, C., y Zeppegno, P. (2018). The psychopathology of body image in orthorexia nervosa. *Journal of Psychopathology*, 24, 133–140.

Brytek-Matera, A., Onieva-Zafra, M.D., Parra-Fernández, M.L., Staniszewska, A., Modrzejewska, J., y Fernández-Martínez, E. (2020). Evaluation of orthorexia nervosa and symptomatology associated with eating disorders among European University students: a multicentre cross-sectional study. *Nutrients*, 12(12), 3716.

Cash, T.F. (1990). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. New York: Guilford.

Castelao-Naval, O., Blanco-Fernández, A., Meseguer-Barros, C.M., Thuissard-Vasallo, I.J., Cerdá, B., y Larrosa, M. (2019). Life style and risk of atypical eating disorders in university students: Reality versus perception. *Enfermería Clínica*, 29(5), 280-290.

Cena, H., Barthels, F., Cuzzolaro, M., Bratman, S., Brytek-Matera, A., Dunn, T., ... Donini L.M. (2019). Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: a narrative review of the literature. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 209-246.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

Del Cid, L.B.G., Rabert, E.R., y Ruiz, J.B. (2009). Evaluación psicométrica de la imagen corporal: validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 253-264.

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbiale, M., y Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders*, 10, 28-32.

Escolar-Llamazares, M.C., Martínez, M.Á., González, M.Y., Medina M.B., Mercado, E., y Lara, F. (2017). Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: Estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 105-112.

Fitzsimmons-Craft, E., Karam, A., Monterubio, G., Barr, C., y Wilfley, D. (2019). Screening for eating disorders on college campuses: a review of the recent literature. *Current Psychiatry Reports*, 21(101).

Gandarillas, A., Zorrilla, B., y Sepúlveda, A.R. (2003). *Trastornos del comportamiento alimentario: Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*. Instituto de Salud Pública.

García, J., Solbes, I., Expósito, E., y Navarro, E. (2012). Imagen corporal y riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en población universitaria española: diferencias de género. *Revista de Orientación Educativa*, 26(50), 31-46.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Gómez, R., Gómez, R., Díaz, A.M., Fortea, M.I., y Salorio, P. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en una muestra universitaria. Ansiedad como factor de modulación. *Índex de Enfermeria: Informació Bibliogràfica, Investigació y Humanitats*, 19(2), 124-128.

Herranz-Valera, J., Acuña-Ruiz, P., Romero-Valdespino, B., y Visioli, F. (2014). Prevalence of orthorexia nervosa among ashtanga yoga practitioners: a pilot study. *Eating and Weight Disorders*, 19(4), 469-472.

Martínez-González, L., Fernández-Villa, T., Molina de la Torre, A. J., Ayán-Pérez, C., Bueno-Cavanillas, A., Capelo-Álvarez, R., ... Martín-Sánchez, V. (2014). Prevalencia de trastornos de la

conducta alimentaria en universitarios españoles y factores asociados: proyecto uniHcos. *Nutrición Hospitalaria*, 30(4), 927-934.

Moreno, F.J., Benítez, N., Pinto, B., Ramallo, Y., y Díaz, C. (2019). Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 23(1), 130-131.

Naeimi, A.F., Haghighian, H.K., Gargari, B.P., Alizadeh, M., y Rouzitalab, T. (2016) Eating disorders risk and its relation to self-esteem and body image in Iranian university students of medical sciences. *Eat Weight Disord*, 21, 597-605.

Parra-Fernández, M.L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M.D., Perez-Haro, M.J., Casero-Alonso, V., Fernández-Martínez, E., y Notario-Pacheco, B. (2019). Prevalence of orthorexia nervosa in university students and its relationship with psychopathological aspects of eating behaviour disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 364.

Parra-Fernández, M.L., Rodríguez-Cano, T., Onieva-Zafra, M.D., Perez-Haro, M.J., Fernández-Martínez, E., y Notario-Pacheco, B. (2018). Structural validation of ORTO-11-ES for the diagnosis of orthorexia nervosa, Spanish versión. *Eat Weight Disorders*, 23(6), 745-752.

Pauzé, A., Plouffe-Demers, M.P., Fiset, D., Saint-Amour, D., Cyr, C., y Blais, C. (2021). The relationship between orthorexia nervosa symptomatology and body image attitudes and distortion. *Scientific Reports*, 11(1).

Peláez, M.A., Labrador, F.J., y Raich, R.M. (2007). Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6), 681-690.

Plichta, M., Jezewska-Zychowicz, M., y Gębski, J. (2019). Orthorexic Tendency in Polish Students: Exploring Association with Dietary Patterns, Body Satisfaction and Weight. *Nutrients*, 11(1), 100.

Ponce, C., Turpo, K., Salazar, C., Viteri-Condori, L., Carhuancha, J., y Taype, A. (2017). Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de medicina de una universidad de Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3).

Reyes-Rodríguez, M.L., Franko, D.L., Matos-Lamourt, A., Bulik, C.M., Von Holle, A., Cámara-Fuentes, L.R., ... Suárez-Torres, A. (2010). Eating Disorder symptomatology: prevalence among Latino college freshmen students. *Journal of Clinical Psychology*, 66(6), 666-679.

Ruiz, A. y Quiles, Y. (2021). Prevalencia de la Ortorexia Nerviosa en estudiantes universitarios españoles: relación con la imagen corporal y con los trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 37(3), 493-499.

Ryman, F.V.M., Syurina, E., Bood, Z., y Cesuroglu, T. (2019). Orthorexia nervosa: disorder or not? Opinions of Dutch health professionals. *Frontiers In Psychology*, 10, 555.

Sepúlveda, A.R., Carrobbles, J.A., y Gandarillas, A.M. (2008). Gender, school and academic year differences among Spanish university students at high-risk for developing an eating disorder: An epidemiologic study. *BMC Public Health*, 8(1).

Varela-Casal, P., Maldonado, M.J., y Ferre, F. (2011). Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 12-19.

Zickgraf, H.F., Ellis, J.M., y Essayli, J.H. (2019). Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices. *Appetite*, 134, 40–49.

## CAPÍTULO 15

### SALUD MENTAL Y AGOTAMIENTO EMOCIONAL EN MIGRANTES

MARINA DEL ROCÍO RAMÍREZ ZHINDÓN, DAVID ORTEGA,  
Y TATIANA CECIBEL MANSANILLAS ROJAS  
*Universidad Técnica Particular de Loja*

#### INTRODUCCIÓN

El agotamiento es el resultado del estrés crónico y algunos entornos a menudo pueden desencadenar reacciones de ansiedad, así también, no puede pasarse por alto el hecho de que algunos de los síntomas del agotamiento son similares a los de la depresión (pérdida de interés o placer, estado de ánimo deprimido, fatiga o pérdida de energía, disminución de la concentración, sentimientos de inutilidad, disminución o aumento del apetito, problemas para dormir (hipersomnia o insomnio) e ideación suicida); se observa una fuerte correlación con depresión, ansiedad y baja realización personal (Eslava-Schmalbach et al., 2020; Koutsimani, Montgomery, y Georganta, 2019). Existe una fuerte vinculación entre una insuficiente satisfacción laboral con el burnout, la ansiedad y la depresión y, como esto puede tener efectos negativos en el desempeño laboral, es necesario buscar soluciones para incrementar el desempeño; el agotamiento emocional se correlaciona estadísticamente, positiva o negativamente, con los niveles de depresión y ansiedad entre los empleados dentro de entornos laborales (Papathanasiou, 2015; Yilmaz, 2018). Se reporta una presión psicológica relacionada principalmente con el trabajo, por lo que el agotamiento emocional y los síntomas somáticos suelen vincularse a este ámbito, requiriendo también una atención particular a este tema, ya que estudios anteriores demostraron que la angustia emocional se asocia con un efecto duradero en la salud de los profesionales, incluido el riesgo de trastorno de estrés postraumático. Características psicológicas como la depresión o somatización causan un agotamiento emocional, por esta razón, comprender las necesidades de las personas con características psicológicas distintas ofrece una orientación valiosa para el desarrollo de programas de intervención para prevenir el agotamiento en los individuos (Barello, Palamenghi, y Graffigna 2020; Choi et al., 2018).

En los migrantes se aumenta el agotamiento laboral en relación con el estrés ocupacional, por ello, aliviar el estrés laboral y mantener una calidad adecuada de trabajo se convierten en medidas importantes para prevenir el agotamiento entre estos trabajadores (Claassen y Broding, 2019; Luo et al., 2016). En escenarios de migración, los múltiples actores involucrados corren el riesgo de sufrir angustia relacionada con el trabajo, así también, el agotamiento podría desempeñar un papel

importante, convirtiendo al Burnout en un síndrome que afecta a varios sectores, específicamente a los contextos sociales y de salud.

Este agotamiento se suscita a nivel físico y emocional debido a la exposición prolongada a un trabajo emocionalmente exigente, afectando las habilidades interpersonales, el desempeño laboral, la satisfacción profesional y la salud psicológica (Dubale et al., 2019; Nonnis et al., 2016). En este sentido, los migrantes que experimentan estrés, en conjunto con desequilibrio esfuerzo-recompensa, tienen mayores riesgos de agotamiento laboral y tendencias depresivas que aquellos que tienen estrés ocupacional con un tipo de carga de trabajo alta. El empleo precario se ha convertido en un problema urgente de salud pública a escala mundial con posibles consecuencias para el nivel de agotamiento, calidad de vida y la salud, especialmente en grupos vulnerables como los migrantes (Liu et al., 2016; Ornek, Weinmann, Waibel, y Radon, 2020).

Las personas migrantes regularmente optan por la integración o asimilación, lo que significa un mayor nivel de agotamiento emocional en comparación con un trabajador nacional (Vallejo-Martín, 2017). Pueden experimentar un agotamiento distante, ya que no siempre son conscientes de algunas discrepancias; las identidades, que describen los autoconceptos (preguntas sobre quién soy yo) y que se utilizan para interpretar el entorno (preguntas sobre cómo es el mundo), permiten a las personas tomar conciencia de las amenazas distantes de agotamiento y una mayor ansiedad proximal a través de interacciones con contextos sociales específicos. Se presenta una relación entre el agotamiento y la voluntad de migrar, porque el primero aumenta la disposición a trabajar en el extranjero, mientras que contemplar la migración puede evocar un cierto grado de despersonalización (Györffy, Dweik, y Girasek, 2018; Li, Zhang, y Zhang, 2020). El agotamiento emocional y la despersonalización tienen una influencia significativa en la satisfacción con la vida de los trabajadores domésticos migrantes y la satisfacción con la vida entre los trabajadores migrantes y los trabajadores locales se presenta diferente. Es necesario desarrollar medidas de promoción de la salud para reducir las demandas de los trabajadores sociales, sus niveles de agotamiento y fomentar sus recursos personales y laborales, porque solo los trabajadores sociales sanos pueden cumplir con tareas sociales cruciales (Mette et al., 2020; Shen y Huang, 2012).

Dentro de los factores de influencia del agotamiento ocupacional de los trabajadores migrantes se encuentran las enfermedades crónicas, el tabaquismo, el ejercicio físico, el sueño, el trabajo, el puesto de producción y la intensidad laboral (Zhao et al., 2015). En este contexto, la flexibilidad se convierte en un efecto moderador sobre la tensión y el agotamiento laboral, no siendo necesariamente una cualidad del trabajador, sino un producto del entorno laboral; el gran número de migrantes, junto con la susceptibilidad de quienes trabajan con ellos a experimentar

agotamiento, hace que el estudio de los predictores del agotamiento sea de suma importancia actualmente (Maglalang et al., 2021; Tartakovsky y Walsh, 2016). Además de estos factores, el reconocimiento es el único factor preventivo con relación a la prevalencia relativamente alta de burnout en este sector, porque el aumento en el reconocimiento disminuirá las probabilidades de agotamiento, razón por la que se recomiendan intervenciones urgentes para prevenir efectos indeseables. La reducción de los factores de riesgo a nivel individual y organizacional en el desarrollo de los migrantes se asocia con una disminución del agotamiento, y, las investigaciones en este campo conducen a examinar cómo el agotamiento se relaciona con los comportamientos de salud, el desarrollo profesional, las habilidades de comunicación y la calidad de vida en general (Lee, Seo, Hladkyj, Lovell, y Schwartzmann, 2013; Lin, Zaw, Oo, y Soe, 2018). Se observan diferencias en las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, cinismo y falta de eficacia profesional) y las características del contenido laboral, según la coincidencia entre el nivel de trabajo o formación y el tiempo de residencia en el país de destino (Vallejo-Martín, 2017).

Todos estos factores están provocando graves trastornos mentales entre los trabajadores migrantes, en consecuencia, es esencial comprender los problemas psicológicos de este grupo de personas marginadas; estos problemas responden a la asociación entre la migración y factores estresantes específicos, principalmente relacionados con la experiencia migratoria y con el necesario proceso de aculturación que se produce en la adaptación al país de acogida (Bustamante, Cerqueira, Leclerc, y Brietzke, 2017; Kumar, Mehra, Sahoo, Nehra, y Grover, 2020). Un mayor agotamiento en los migrantes puede ser causa o consecuencia de niveles de estrés elevados, además de vincularse con trastornos como la ansiedad y la depresión. Es crucial prestar atención a cómo los migrantes absorben el estrés y los sentimientos desagradables en lo cotidiano, de manera tácita y reflexiva, reconociendo más adecuadamente la amplitud de los estados afectivos y psicológicos que surgen de la interacción constante entre las escaladas de agotamiento, ansiedad o estrés y los procesos de desaceleración, mediados por las formas en que el entorno está habitado y a su vez cómo influye en los sujetos. Algunos migrantes sostiene que las exigentes y estresantes condiciones de vida laboral afectan su salud y provocan fuertes niveles de agotamiento (Pelders y Nelson, 2019; Richaud y Amin, 2019; Vahabi y Wong, 2017). Algunos estudios, resaltan la importancia de realizar un cambio importante en la perspectiva sobre el valor social de la inclusión del migrante en el mercado laboral y los diferentes aspectos relacionados con su salud (de Diego-Cordero, Vega-Escaño, Tarriño-Concejero, y García-Carpintero-Muñoz, 2020; Wickramage et al., 2019). El principal argumento propuesto para restringir el acceso de los migrantes a la atención médica es el costo, sin embargo, esto no está respaldado por investigaciones, ya que brindar atención médica a los migrantes tiene ventajas económicas directas e

indirectas para los países de acogida y es beneficioso para la salud pública y la cohesión social; los migrantes enfrentan grandes barreras para acceder a los servicios de salud esenciales debido a múltiples factores, que van desde las dificultades en la comunicación, la situación irregular, la falta de políticas de salud que incluyan a los migrantes y la inaccesibilidad de los servicios (Bempong et al., 2019; Legido-Quigley et al., 2019).

## MÉTODO

El diseño de la presente investigación presentó un enfoque cuantitativo, de tipo no experimental. La medición utilizada es de tipo transaccional (transversal), con un diseño descriptivo y correlacional. La muestra fue de tipo accidental de 118 trabajadores cualificados.

*Tabla 1.* Características sociodemográficas de una muestra de migrantes de la Zona 7 de Ecuador

	n	%
Sexo		
Hombre	57	48.3
Mujer	61	51.7
Edad		
M	41.2	
DT	10.6	
Max	55	
Min	18	
Número de hijos		
M	1.5	
DT	1.3	
Max	6	
Min	0	
Estado civil		
Soltero	43	36.4
Casado	54	45.8
Viudo	8	6.8
Divorciado	5	4.2
Unión libre	8	6.8
Nacionalidad		
Cuba	10	8.5
Estados Unidos	10	8.5
Venezuela	68	57.5
Perú	10	8.5
España	10	8.5
Colombia	10	8.5

Nota: Cuestionario sociodemográfico AD HOC.



Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron: una encuesta Ad hoc de variables sociodemográficas y laborales, Inventario de burnout de Maslach (Maslach burnout Inventory [MBI-BS]; Maslach y Jackson, 1986; versión española de Seisdedos, 1997) Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire [GHQ-28]; Goldberg y Hillier, 1979; versión española de Muñoz, Vázquez-Barquero, Rodríguez, Pastrana, y Varo, 1979). Para el análisis de datos se utilizó el Statistical Package for Social Sciences (*SPSS-24*).

## RESULTADOS

La investigación fue diseño correlacional transversal. Con una muestra de 118 trabajadores de los cuales el 51.7% fueron mujeres y el 48.3% hombres, el 78% realiza un trabajo a tiempo completo y el 22% a tiempo parcial, con una edad promedio de 41.27 años, reportan un salario promedio 1538,78 USD al mes y experiencia laboral al menos de 12.7 años en su profesión. En cuanto a los datos se puede mencionar que existe correlación muy significativa entre agotamiento emocional y síntomas somáticos  $r(118) = .592, p < .000$ , así también, una relación significativa entre agotamiento emocional y ansiedad  $r(118) = -.551, p < .0001$ , una relación significativa negativa entre agotamiento emocional y depresión  $r(118) = -.451, p < .0001$ , una relación significativa negativa entre agotamiento emocional y disfunción social  $r(118) = -.328, p < .0001$ .

*Tabla 2. Correlaciones entre salud mental y agotamiento emocional*

	Agotamiento emocional			Despersonalización			Realización personal		
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>n</i>
Síntomas Somáticos	.592**	.000	118	.296**	.002	118	.005	.146	118
Ansiedad	.551**	.000	118	.367**	.000	118	.055	.782	118
Depresión	.434**	.000	118	.451**	.000	118	-.042	.661	118
Disfunción Social	.328**	.000	118	.227**	.117	118	-.015	.872	118

Nota: Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI-GS]; Maslach y Jackson, 1986). Cuestionario de Salud de Golberg ([GHQ-28]; Muñoz et al., 1979).

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

En poblaciones que presentan somatización, se exhibe mayor ansiedad y reportan más dificultades de vida que aquellos sin somatización, también se encuentra que las características individuales específicas se convierten en mediadoras dentro de este proceso. La angustia emocional y los síntomas somáticos son ampliamente experimentados, junto con el sentimiento subjetivo de haber sufrido un empeoramiento general de la salud física y psicológica (Lanzara, Scipioni, y Conti, 2019; Marinaci, Carpinelli, Venuleo, Savarese, y Cavallo, 2020).

La gravedad de los síntomas somáticos se ve afectada por la edad, la educación, la ansiedad y la depresión, por lo tanto, es necesario brindar psicoterapia y atención psicológica. Si el burnout es un fenómeno distinto en lugar de un tipo de depresión o si es un síndrome limitado a tres componentes centrales (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), son temas de debate actual, aunque se demuestra una superposición del agotamiento y la depresión en términos de síntomas (Wurm et al., 2016; Zheng et al., 2019).

El agotamiento entonces, como un síndrome relacionado con el trabajo que implica agotamiento emocional, despersonalización y una sensación de realización personal reducida, prevalece a nivel internacional; esta despersonalización se convierte en síntoma de una interrupción de la integración perceptiva que conduce a una calidad alterada de las experiencias subjetivas, como sentimientos de irrealidad y desapego del yo, o del entorno (Büetiger et al., 2020; West, Dyrbye, y Shanafelt, 2018). Los investigadores han descrito el agotamiento como una combinación de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal causada por el estrés crónico (Rotenstein et al., 2018).

Precisamente, los síntomas de despersonalización son factores de riesgo independientes para la persistencia o incidencia de síntomas elevados de depresión y ansiedad, consecuencia también de un agotamiento emocional (Schlax et al., 2020). El agotamiento persistente puede contribuir a un estado de ansiedad, estrés agudo y síntomas de despersonalización. Esta última representa una alteración en la percepción o experiencia del yo, que da como resultado una sensación de desapego, como si una persona fuera un observador externo de los procesos mentales o del cuerpo (Kolev, Georgieva-Zhostova, y Berthoz, 2014; Miguel-Puga et al., 2021). Así, la despersonalización se considera una respuesta al estrés programada en reacción a la ansiedad extrema que comprende un mayor estado de alerta y la supresión de las emociones. El trastorno de despersonalización conlleva alteraciones angustiantes en la vivencia personal, sin embargo, se ha reconocido desde hace mucho tiempo que los síntomas de despersonalización se producen en otros trastornos, en particular la ansiedad (Michal et al., 2013; Nestler, Jay, Sierra, y David, 2015). De la misma forma, la despersonalización coexiste con trastornos del espectro depresivo; los síntomas de despersonalización se asocian con una mayor gravedad de la depresión (Paul, Farmer, Kämpe, Cremers, y Hamilton, 2019; Sutar y Chaturvedi, 2020). Para otros autores (Michal et al., 2011), a pesar de la asociación constante de la despersonalización con la ansiedad y depresión, las variaciones compartidas son pequeñas y la despersonalización se separa claramente de los síntomas de ansiedad y depresión al analizar algunos componentes principales; se sugiere que los síntomas de despersonalización indican la gravedad de estas enfermedades (Michal y Beutel, 2009).

En virtud de esto, el cuadro clínico del agotamiento es multifactorial y se establece como un conjunto de trastornos psicosomáticos y somáticos, síntomas además de una disfunción social. De hecho, entre las manifestaciones clínicas más frecuentes de los entornos laborales se encuentran la disfunción social y los síntomas somáticos; la falta de ejercicio físico, los años de trabajo, la ansiedad, la depresión y el afrontamiento de la evitación son predictores significativos de las dimensiones del burnout (Ovchinnikov, Palchenkova, y Kalachev, 2015; Portero-de la Cruz, Cebrino, Herruzo, y Vaquero-Abellán, 2020).

El grado de control percibido sobre los factores estresantes en el trabajo puede tener efectos tanto conductuales como fisiológicos, y este es uno de los predictores más potentes del agotamiento, es concebible entonces que la menor sensación de control sobre el entorno laboral se haya asociado con ansiedad, menor motivación y persistencia, ansiedad y depresión. Las personas que presentan altos niveles de burnout no solo sufren las consecuencias directas de este, como desmotivación, agotamiento, etc., sino que también son mucho más vulnerables a psicopatologías severas y problemas de salud (Misiolek-Marín, Soto-Rubio, Misiolek, y Gil-Monte, 2020; Patel, Bachu, Adikey, Malik, y Shah, 2018). El síndrome de agotamiento se relaciona con el agotamiento emocional, despersonalización y reducción de los logros personales, a su vez, esta constelación de síntomas implica fatiga abrumadora y pérdida de motivación, una visión cínica del trabajo de uno y una sensación de ineficacia y fracaso; debe tenerse en cuenta que esta realización personal está asociada significativamente con la salud general (Bianchi, Schonfeld, y Laurent, 2015; Khamisa, Oldenburg, Peltzer, y Ilic, 2015). Otras investigaciones comparten que el agotamiento se convierte en una respuesta prolongada a factores estresantes emocionales e interpersonales crónicos, caracterizados por el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización social, donde los mecanismos de afrontamiento y la satisfacción laboral están relacionados con la incidencia de síntomas de agotamiento en un contexto laboral (Friganović, Selič, Ilić, y Sedić, 2019).

## REFERENCIAS

- Barello, S., Palamenghi, L., y Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry research*, 290, 1-5. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113129
- Bempong, N.E., Sheath, D., Seybold, J., Flahault, A., Depoux, A., y Saso, L. (2019). Critical reflections, challenges and solutions for migrant and refugee health: 2nd M8 Alliance Expert Meeting. *Public Health Reviews*, 40, 1-12. doi: 10.1186/s40985-019-0113-3
- Bianchi, R., Schonfeld, I.S., y Laurent, E. (2015). Is it Time to Consider the "Burnout Syndrome" A Distinct Illness? *Frontiers in Public Health*, 3, 1-3. doi: 10.3389/fpubh.2015.00158

Büetiger, J.R., Hubl, D., Kupferschmid, S., Schultze-Lutter, F., Schimmelmann, B.G., Federspiel, A., ... Kindler, J. (2020). Trapped in a Glass Bell Jar: Neural Correlates of Depersonalization and Derealization in Subjects at Clinical High-Risk of Psychosis and Depersonalization-Derealization Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-12. doi: 10.3389/fpsyt.2020.535652

Bustamante, L., Cerqueira, R.O., Leclerc, E., y Brietzke, E. (2017). Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(2), 220-225. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2290

Choi, B.S., Kim, J.S., Lee, D.W., Paik, J.W., Lee, B.C., Lee, J.W., ... Lee, H.Y. (2018). Factors Associated with Emotional Exhaustion in South Korean Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Investigation*, 15(7), 670-676. doi: 10.30773/pi.2017.12.31

Claassen, K. y Broding, H.C. (2019). Mental Strain of Immigrants in the Working Context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16), 1-9. doi: 10.3390/ijerph16162875

de Diego-Cordero, R., Vega-Escañó, J., Tarriño-Concejero, L., y García-Carpintero-Muñoz, M.Á. (2020). The Occupational Health of Female Immigrant Caregivers: A Qualitative Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7807. doi: 10.3390/ijerph17217807

Dubale, B.W., Friedman, L.E., Chemali, Z., Denninger, J.W., Mehta, D.H., Alem, A., ... Gelaye, B. (2019). Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 19(1), 1-20. doi: 10.1186/s12889-019-7566-7

Eslava-Schmalbach, J., Garzón-Orjuela, N., Martínez, N.T., Gonzalez-Gordon, L., Rosero, E., y Gómez-Restrepo, C. (2020). Prevalence and Factors Associated with Burnout Syndrome in Colombian Anesthesiologists. *International Journal of Preventive Medicine*, 11, 5. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM\_150\_18

Friganović, A., Selič, P., Ilić, B., y Sedić, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review. *Psychiatria Danubina*, 31(Suppl 1), 21-31.

Györfy, Z., Dweik, D., y Girasek, E. (2018). Willingness to migrate-a potential effect of burnout? A survey of Hungarian physicians. *Human Resources for Health*, 16(1), 1-8. doi: 10.1186/s12960-018-0303-y

Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., y Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652-666. doi: 10.3390/ijerph120100652

Kolev, O.I., Georgieva-Zhostova, S.O., y Berthoz, A. (2014). Anxiety changes depersonalization and derealization symptoms in vestibular patients. *Behavioural Neurology*, 1-9. doi: 10.1155/2014/847054

Koutsimani, P., Montgomery, A., y Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-19. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00284

Kumar, K., Mehra, A., Sahoo, S., Nehra, R., y Grover, S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic and lockdown on the migrant workers: A cross-sectional survey. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 1-4. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102252

- Lanzara, R., Scipioni, M., y Conti, C. (2019). A Clinical-Psychological Perspective on Somatization Among Immigrants: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-17. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02792
- Lee, R.T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B.L., y Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11, 1-16. doi: 10.1186/1478-4491-11-48
- Legido-Quigley, H., Pocock, N., Tan, S.T., Pajin, L., Suphanchaimat, R., Wickramage, K., ... Pottie, K. (2019). Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 366, l4160. doi: 10.1136/bmj.l4160
- Li, X., Zhang, H., y Zhang, J. (2020). The Double-Edged Effects of Dual-Identity on the Emotional Exhaustion of Migrant Workers: An Existential Approach. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-14. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01266
- Lin, K.S., Zaw, T., Oo, W.M., y Soe, P.P. (2018). Burnout among house officers in myanmar: A cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery*, 33, 7-12. doi: 10.1016/j.amsu.2018.07.008
- Liu, X.M., Li, S., Zhang, Q.Y., Wang, C., Ji, Y.Q., Wang, J., y Shi, J. (2016). Occupational stress and early health effects in migrant workers in an electronics manufacturing service enterprise. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 34(10), 726-730. doi: 10.3760/cma.jissn.1001-9391.2016.10.002
- Luo, H., Yang, H., Xu, X., Yun, L., Chen, R., Chen, Y., ... Tang, H. (2016). Relationship between occupational stress and job burnout among rural-to-urban migrant workers in Dongguan, China: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 6(8), 1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012597
- Maglalang, D.D., Sorensen, G., Hopcia, K., Hashimoto, D.M., Katigbak, C., Pandey, S., ... Sabbath, E.L. (2021). Job and family demands and burnout among healthcare workers: The moderating role of workplace flexibility. *SSM - Population Health*, 14, 1-8. doi: 10.1016/j.ssmph.2021.100802
- Marinaci, T., Carpinelli, L., Venuleo, C., Savarese, G., y Cavallo, P. (2020). Emotional distress, psychosomatic symptoms and their relationship with institutional responses: A survey of italian frontline medical staff during the covid-19 pandemic. *Heliyon*, 6(12), 1-10. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e05766
- Mette, J., Robelski, S., Wirth, T., Nienhaus, A., Harth, V., y Mache, S. (2020). "Engaged, Burned Out, or Both?" A Structural Equation Model Testing Risk and Protective Factors for Social Workers in Refugee and Homeless Aid. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 1-14. doi: 10.3390/ijerph17020583
- Michal, M. y Beutel, M.E. (2009). Depersonalisation/Derealisation- Krankheitsbild, Diagnostik und Therapie. *Zeitschrift fur Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55(2), 113-140. doi: 10.13109/zptm.2009.55.2.113
- Michal, M., Koechel, A., Canterino, M., Adler, J., Reiner, I., Vossel, G., ... Gamer, M. (2013). Depersonalization disorder: disconnection of cognitive evaluation from autonomic responses to emotional stimuli. *PloS One*, 8(9), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0074331

Michal, M., Wiltink, J., Till, Y., Wild, P.S., Blettner, M., y Beutel, M.E. (2011). Distinctiveness and overlap of depersonalization with anxiety and depression in a community sample: results from the Gutenberg Heart Study. *Psychiatry Research*, 188(2), 264–268. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.004

Miguel-Puga, J.A., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F.J., Sanchez-Hurtado, L.A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., ... Jáuregui-Renaud, K. (2021). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to post-traumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain and Behavior*, 11(3), 1-9. doi: 10.1002/brb3.2007

Misiolek-Marín, A., Soto-Rubio, A., Misiolek, H., y Gil-Monte, P.R. (2020). Influence of Burnout and Feelings of Guilt on Depression and Health in Anesthesiologists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1-17. doi: 10.3390/ijerph17249267

Nestler, S., Jay, E.L., Sierra, M., y David, A.S. (2015). Symptom profiles in depersonalization and anxiety disorders: an analysis of the Beck Anxiety Inventory. *Psychopathology*, 48(2), 84–90. doi: 10.1159/000367600

Nonnis, M., Agus, M., Pirrone, M.P., Cuccu, S., Pedditzi, M.L., y Cortese, C.G. (2021). Burnout and Engagement Dimensions in the Reception System of Illegal Immigration in the Mediterranean Sea. A Qualitative Study on a Sample of Italian Practitioners. *International journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 1-16. doi: 10.3390/ijerph18073726

Ornek, O.K., Weinmann, T., Waibel, J., y Radon, K. (2020). Precarious employment and migrant workers' mental health: a protocol for a systematic review of observational studies. *Systematic Reviews*, 9(1), 1-6. doi: 10.1186/s13643-020-01313-w

Ovchinnikov, Y.V., Palchenkova, M.V., y Kalachev, O.V. (2015). Burnout syndrome: diagnosis, principles of treatment, prophylaxis. *Voenno-Meditsinskii Zhurnal*, 336(7), 17–24.

Papathanasiou, I.V. (2015). Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status Among Health Care Providers. *Acta Informática Médica*, 23(1), 22–28. doi: 10.5455/aim.2015.23.22-28

Patel, R.S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., y Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98. doi: 10.3390/bs8110098

Paul, E.R., Farmer, M., Kämpe, R., Cremers, H.R., y Hamilton, J.P. (2019). Functional Connectivity Between Extrastriate Body Area and Default Mode Network Predicts Depersonalization Symptoms in Major Depression: Findings From an A Priori Specified Multinetwork Comparison. *Biological psychiatry. Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 4(7), 627–635. doi: 10.1016/j.bpsc.2019.03.007

Pelders, J. y Nelson, G. (2019). Contributors to Fatigue of Mine Workers in the South African Gold and Platinum Sector. *Safety and Health at Work*, 10(2), 188–195. doi: 10.1016/j.shaw.2018.12.002

Portero-de la Cruz, S., Cebrino, J., Herruzo, J., y Vaquero-Abellán, M. (2020). A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4), 1-16. doi: 10.3390/jcm9041007

- Richaud, L. y Amin, A. (2019). Mental health, subjectivity and the city: an ethnography of migrant stress in Shanghai. *International Health*, 11(1), 7–13. doi: 10.1093/inthealth/ihz029
- Rotenstein, L.S., Torre, M., Ramos, M.A., Rosales, R.C., Guille, C., Sen, S., y Mata, D.A. (2018). Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 320(11), 1131–1150. doi: 10.1001/jama.2018.12777
- Schlag, J., Wiltink, J., Beutel, M.E., Münzel, T., Pfeiffer, N., Wild, P., ... Michal, M. (2020). Symptoms of depersonalization/derealization are independent risk factors for the development or persistence of psychological distress in the general population: Results from the gutenberg health study. *Journal of Affective Disorders*, 273, 41–47. doi: 10.1016/j.jad.2020.04.018
- Shen, H. y Huang, C. (2012). Domestic migrant workers in china's hotel industry: An exploratory study of their life satisfaction and job burnout. *International Journal of Hospitality Management*, 31(4), 1283–1291. doi: 10.1016/j.ijhm.2012.02.013
- Sutar, R. y Chaturvedi, S. (2020). Symptom profile and diagnostic utility of depersonalization–derealization disorder: A retrospective critical review from India. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(1), 91–94.
- Tartakovsky, E. y Walsh, S.D. (2016). Burnout among social workers working with immigrants from the former Soviet Union and Ethiopia in Israel: Testing the connections between personal value preferences, immigrant appraisal and burnout. *International Journal of Intercultural Relations*, 53, 39–53. doi: 10.1016/j.ijintrel.2016.04.002
- Vahabi, M. y Wong, J.P. (2017). Caught between a rock and a hard place: mental health of migrant live-in caregivers in Canada. *BMC Public Health*, 17(1), 1–15. doi: 10.1186/s12889-017-4431-4
- Vallejo-Martín, M. (2017). An approach to burnout and job characteristics of Spanish emigrants in European countries. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 33(2), 137–145. doi: 10.1016/j.rpto.2017.02.001
- West, C.P., Dyrbye, L.N., y Shanafelt, T.D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. doi: 10.1111/joim.12752
- Wurm, W., Vogel, K., Holl, A., Ebner, C., Bayer, D., Mörk, S., ... Hofmann, P. (2016). Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS One*, 11(3), 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0149913
- Yilmaz, A. (2018). Burnout, job satisfaction, and anxiety-depression among family physicians: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(5), 952–956. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc\_59\_18
- Zhao, X., Tuo, A., Peng, A., He, W., Zhu, P., y Yan, Z. (2015). Analysis of occupational burnout and its influencing factors of colliery migrant workers in guizhou province. *Wei Sheng Yan Jiu = Journal of Hygiene Research*, 44(6), 887–891.
- Zheng, F., Duan, Y., Li, J., Lai, L., Zhong, Z., Hu, M., y Ding, S. (2019). Somatic symptoms and their association with anxiety and depression in Chinese patients with cardiac neurosis. *The Journal of International Medical Research*, 47(10), 4920–4928. doi: 10.1177/0300060519869711





## CAPÍTULO 16

### AGOTAMIENTO EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL CAPITAL PSICOLÓGICO EN TRABAJADORES DEL SUR DE ECUADOR

DAVID ORTEGA, MARINA DEL ROCÍO RAMÍREZ ZHINDÓN,  
Y TATIANA CECIBEL MANSANILLAS ROJAS  
*Universidad Técnica Particular de Loja*

#### INTRODUCCIÓN

El agotamiento emocional es un estado de estrés emocional excesivo acompañado de un agotamiento total de la energía; puede verse afectado por otras características y condiciones laborales, por ejemplo, función laboral, rango laboral, salario y apoyo de los compañeros (Hwang, Hur, y Shin, 2021; Sacadura-Leite, Sousa-Uva, Ferreira, Costa, y Passos, 2020), es un fenómeno que afecta a trabajadores con consecuencias negativas en la satisfacción laboral y la literatura ha subrayado que las demandas laborales podrían ser una de las causas de este agotamiento (Opoku, Yoon, Kang, y You, 2021; Panari, Caricati, Pelosi, y Rossi, 2019). Presentar niveles altos de agotamiento emocional se asocia con problemas de salud mental tales como una mayor depresión, ansiedad, experiencia traumática y estrés percibido (Bazmi et al., 2019; Choi et al., 2018).

El agotamiento se relaciona principalmente con la experiencia de estrés que presentan los trabajadores y el deterioro asociado a los recursos emocionales y físicos; ejercer demasiada presión sobre el bienestar mental provoca un agotamiento emocional cuando los empleados intentan recuperar sus recursos (Galletta et al., 2019; Said y Tanova, 2021).

El agotamiento emocional a menudo se relaciona con el hecho de que, por un lado, el tiempo de trabajo está restringido, pero, por otro lado, las demandas del rol laboral, como el trabajo emocional, no pueden terminarse dentro del tiempo asignado a la persona (Hofmann y Stokburger-Sauer, 2017).

Desde el punto de vista de las organizaciones el cuidar la salud mental de los profesionales es un problema urgente de salud pública, el cual debe ser abordado fomentando los recursos organizacionales y mitigando las demandas laborales que exige la empresa. Desde esta perspectiva, uno de los principales recursos ligado al rendimiento óptimo y bienestar del personal laboral es el capital psicológico (Rodríguez-Cifuentes, Segura-Camacho, García-Ael, y Topa, 2020).

El capital psicológico, que va más allá del capital humano y social, incluye cuatro elementos: autoeficacia, optimismo, esperanza y resiliencia. La autoeficacia se refiere a la convicción de un individuo de utilizar sus recursos motivacionales, cognitivos y

de acción para ejecutar con éxito una tarea específica; la esperanza, se refiere a un estado emocional positivo basado en una percepción de éxito en donde el individuo enfoca su energía en los objetivos y en la planificación para alcanzar sus metas; la resiliencia se orienta a la capacidad de recuperarse de la adversidad, basada en un aceptación de la realidad, valores arraigados y la capacidad de adaptarse a cambios significativos, y el optimismo se refiere a la interpretación de los eventos en función de la permanencia y la omnipresencia, es decir, interpretar los eventos negativos como algo temporal evitando generalizaciones (Da, He, y Zhang, 2020; Luthans, Luthans, y Luthans, 2004).

La esperanza, la resiliencia y el optimismo podrían funcionar como mediadores en las asociaciones de esfuerzo extrínseco, recompensa y apoyo organizacional percibido con compromiso laboral; bajo un alto nivel de estrés ocupacional, el desarrollo del capital psicológico como constructo multidimensional y conjuntamente con los recursos mencionados, debe incluirse en las estrategias de intervención para minimizar la fatiga en los trabajadores (Tian et al., 2020; Wang, Liu, Zou, Hao, y Wu, 2017).

Varios autores manifiestan que el capital psicológico tiene efectos sobre el agotamiento emocional al que están expuestos los trabajadores, convirtiéndose en un mediador ante el estrés laboral y la salud mental (Ding et al., 2015; Rabenu y Yaniv, 2017).

El capital psicológico también se ha relacionado con la autonomía de los empleados, y ésta a su vez, se ha relacionado con la satisfacción y el desempeño; se convierte en un recurso individual significativo que caracteriza el estado psicológico constructivo que una persona desarrolla a través del crecimiento y la experiencia (Dai y Akey-Torku, 2020).

Lo antes mencionado destaca la importancia de examinar más a fondo la relación existente entre el agotamiento emocional en trabajadores y el capital psicológico como posible herramienta que pueden mitigar los obstáculos potenciales para una eficacia organizativa óptima y promoción de entornos laborales de bienestar. Por esta razón el objetivo de este estudio fue determinar los niveles de agotamiento emocional de trabajadores del sur de Ecuador y su relación con el capital psicológico.

## **MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional mediante la aplicación de una encuesta en línea compuesta de escalas sociodemográficas y test psicológicos estandarizados. Para la participación se garantizó el anonimato de los encuestados, la investigación se llevó a cabo de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki, previo a su participación los trabajadores debían leer y aceptar el consentimiento informado en el cual se detalló los objetivos del estudio.

La muestra total del estudio fue de 227 trabajadores de la región Sur del Ecuador, comprendidos entre las provincias de Loja, Zamora Chinchipe y El Oro, los datos se recolectaron durante los meses de septiembre y diciembre de 2019.

Se utilizó un cuestionario ad hoc para variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil) y laborales (tipo de contrato, experiencia laboral, horas diarias de trabajo, tipo de institución, remuneración).

Para evaluar el agotamiento emocional se utilizó la adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» MBI (Gil-Monte y Peiró, 1999), únicamente se consideró la dimensión de agotamiento emocional. Los participantes debían contestar una escala tipo likert de siete niveles de frecuencia de los síntomas que se presentaban en el instrumento donde 0 = nunca y 6 = diariamente. El *alfa de Cronbach* en este estudio fue ( $\alpha$ ) = .833.

Para el capital psicológico se utilizó el Psychological capital questionnaire (Luthans, Youssef, y Avolio, 2007) el cual se compone de 24 ítems que tienen como objetivo medir las cuatro dimensiones del constructo que es entendido como un estado psicológico positivo de crecimiento personal, que se caracteriza por: autoeficacia; optimismo; esperanza y resiliencia. Para las respuestas se utiliza una escala de Likert con seis opciones de respuesta, que van desde 1 “muy en desacuerdo” y 6 “muy de acuerdo”. El *alfa de Cronbach* en este estudio fue ( $\alpha$ ) = .881.

Para el análisis de datos se trabajó con el *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS)*, en los análisis descriptivos se incluyen medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas y, frecuencias y porcentajes para las variables nominales. Finalmente, para determinar las correlaciones se utilizó el coeficiente de Pearson.

## RESULTADOS

La muestra de estudio fue de 227 trabajadores del sur de Ecuador, el 57.3 % fueron mujeres, la edad media fue de 39.8 años, el 56.4% mencionaron ser casados, 30.4% solteros, 7.5% viudos y 5.7% divorciados. En relación a las variables sociolaborales la totalidad dijo pertenecer a instituciones públicas, el 45.4% mantiene nombramiento permanente seguido de un 26.9% con nombramiento provisional, el 96% trabaja a tiempo completo, la media de experiencia laboral fue de 12.12 años, 8.22 horas como media de trabajo por día y una remuneración promedio de USD 948.32. El 37.9% de trabajadores mencionó que la institución provee totalmente de recursos para desarrollar sus actividades, 29.5% medianamente, 22% poco y un 10.6% nada.

Con respecto a las variables de estudio, los trabajadores presentaron una media de agotamiento emocional de 10.10, mientras que en las dimensiones del capital psicológico 33.07 fue la media de eficacia, 34.96 en esperanza, 31.47 en resiliencia y

27.03 en optimismo. Se evidencia así que la percepción de agotamiento emocional está en niveles medios y presentan un elevado nivel en cuanto al capital psicológico.

Como se evidencia en la Tabla 1, existe una relación significativa negativa entre agotamiento emocional y las dimensiones de capital psicológico: eficacia  $r(227) = -.194, p=.003$ , esperanza  $r(227) = -.333, p=.000$ , resiliencia  $r(227) = -.250, p=.000$  y optimismo  $r(227) = -.254, p=.000$ , capital psicológico  $r(227) = -.309, p=.000$ .

Tabla 1. Media (*M*), desviación típica (*SD*) y correlaciones de las variables del estudio

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5
1. Agotamiento	10.10	6.88	1				
2. Eficacia	33.07	6.97	-.194**	1			
3. Esperanza	34.96	5.93	-.333**	.701**	1		
4. Resiliencia	31.47	5.26	-.250**	.664**	.676**	1	
5. Optimismo	27.03	3.05	-.254**	.280**	.358**	.362**	1
6. Capital psicológico	126.54	17.49	-.309**	.885**	.884**	.858**	.516**

\*\*  $p<.01$

## DISCUSIÓN

Los resultados están en concordancia con diversas investigaciones realizadas previamente sobre el comportamiento de las variables de nuestro estudio, y demuestran que mientras mayor sea el capital psicológico que pueda tener un trabajador menor puede ser la percepción de agotamiento emocional.

Autores como Dimino, Horan, y Stephenson (2020) y Jin et al. (2020) mencionan que el capital psicológico puede desempeñar un papel protector importante contra el impacto del agotamiento y su desarrollo podría considerarse en la prevención del deterioro de la empatía laboral; los cuatro pilares que lo conforman: la esperanza, eficacia, resiliencia y optimismo son pueden alentarse y cultivarse para ayudar a prosperar en circunstancias abrumadoras y estresantes en entornos laborales.

Asimismo, varios estudios demuestran que el capital psicológico y sus diversas dimensiones pueden tener efectos positivos sobre el desempeño, productividad laboral y las actitudes tanto de los líderes como de los empleados; se ratifica que la construcción de capital psicológico puede contribuir a disminuir la ocurrencia del agotamiento físico y emocional causado por las exigencias psicológicas y la carga de trabajo (Bitmiş y Ergeneli, 2015; Peng et al., 2013).

Tener altos niveles de competencias de capital psicológico es un factor significativo que ayuda a los trabajadores a sobrevivir activamente y hacer una fuerte contribución al bienestar personal y organizacional, incluso puede desempeñar un papel positivo en la resistencia a la violencia y el acoso en el lugar de trabajo y en la mejora del compromiso laboral que demuestren los trabajadores (Slåtten, Mutonyi, y Lien, 2020; Tosten y Toprak, 2017).

La reducción del agotamiento laboral es un factor importante para mejorar el capital psicológico en los trabajadores y puede mejorar positivamente la salud mental; nuestros hallazgos, al igual que el de otros autores, sugieren y evidencian la necesidad de implementar programas dentro de las organizaciones que fortalezcan el capital psicológico de cada individuo, cuyo objetivo sea prevenir el desgaste y lograr un mayor bienestar psicológico del trabajador, por ende, una mayor productividad de la empresa (Estiri, Nargesian, Dastpish, y Sharifi, 2016; Manzano-García y Ayala, 2017).

## CONCLUSIONES

Los trabajadores del sur de Ecuador presentan niveles medios de agotamiento emocional y niveles elevados de capital psicológico en sus cuatro dimensiones.

Existe una relación significativa negativa entre agotamiento emocional y el capital psicológico, mientras mayor sea el capital psicológico de los trabajadores menores serán los niveles de agotamiento emocional percibidos.

Ante la percepción de un alto nivel de agotamiento laboral, el desarrollo del capital psicológico debe incluirse entre las estrategias de intervención para minimizar el impacto que puede generar el estrés ocupacional en trabajadores.

## REFERENCIAS

- Bazmi, E., Alipour, A., Yasamy, M.T., Kheradmand, A., Salehpour, S., Khodakarim, S., y Soori, H. (2019). Job Burnout and Related Factors among Health Sector Employees. *Iranian Journal of Psychiatry, 14*(4), 309–316.
- Bitmiş, M.G. y Ergeneli, A. (2015). How psychological capital influences burnout: The mediating role of job insecurity. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 207*, 363–368. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.10.106
- Choi, B.S., Kim, J.S., Lee, D.W., Paik, J.W., Lee, B.C., Lee, J.W., ... Lee, H.Y. (2018). Factors Associated with Emotional Exhaustion in South Korean Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Investigation, 15*(7), 670–676. doi: 10.30773/pi.2017.12.31
- Da, S., He, Y., y Zhang, X. (2020). Effectiveness of Psychological Capital Intervention and Its Influence on Work-Related Attitudes: Daily Online Self-Learning Method and Randomized Controlled Trial Design. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(23), 1–19. doi: 10.3390/ijerph17238754
- Dai, B. y Akey-Torku, B. (2020). The Influence of Managerial Psychology on Job Satisfaction among Healthcare Employees in Ghana. *Healthcare (Basel, Switzerland), 8*(3), 1–17. doi: 10.3390/healthcare8030262
- Dimino, K., Horan, K.M., y Stephenson, C. (2020). Leading Our Frontline Heroes Through Times of Crisis With a Sense of Hope, Efficacy, Resilience, and Optimism. *Nurse leader, 18*(6), 592–596. doi: 10.1016/j.mnl.2020.05.011
- Ding, Y., Yang, Y., Yang, X., Zhang, T., Qiu, X., He, X., ... Sui, H. (2015). The Mediating Role of Coping Style in the Relationship between Psychological Capital and Burnout among Chinese Nurses. *PloS One, 10*(4), 1–15. doi: 10.1371/journal.pone.0122128

Estiri, M., Nargesian, A., Dastpish, F., y Sharifi, S.M. (2016). The impact of psychological capital on mental health among Iranian nurses: considering the mediating role of job burnout. *SpringerPlus*, 5(1), 1-5. doi: 10.1186/s40064-016-3099-z

Galletta, M., Portoghese, I., Frau, N., Pau, M., Meloni, F., Finco, G., ... Campagna, M. (2019). Association between burnout and sense of coherence among speech and language therapists: an exploratory study in Italy. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 90(4-S), 25-31. doi: 10.23750/abm.v90i4-S.8261

Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1999). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*, 679-689.

Hofmann, V. y Stokburger-Sauer, N.E. (2017). The impact of emotional labor on employees' work-life balance perception and commitment: A study in the hospitality industry. *International Journal of Hospitality Management*, 65, 47-58. doi: 10.1016/j.ijhm.2017.06.003

Hwang, H., Hur, W.M., y Shin, Y. (2021). Emotional exhaustion among the South Korean workforce before and after COVID-19. *Psychology and Psychotherapy*, 94(2), 371-381. doi: 10.1111/papt.12309

Jin, J., Li, H., Song, W., Jiang, N., Zhao, W., y Wen, D. (2020). The mediating role of psychological capital on the relation between distress and empathy of medical residents: a cross-sectional survey. *Medical Education Online*, 25(1), 1-8. doi: 10.1080/10872981.2019.1710326

Luthans, F., Luthans, K.W., y Luthans, B.C. (2004). Positive psychological capital: Beyond human and social capital. *Business Horizons*, 47(1), 45-50.

Luthans, F., Youssef, C.M., y Avolio, B.J. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*. Oxford University Press.

Manzano-García, G. y Ayala, J.C. (2017). Relationship between Psychological Capital and Psychological Well-Being of Direct Support Staff of Specialist Autism Services. The Mediator Role of Burnout. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2017.02277

Opoku, M.A., Yoon, H., Kang, S.W., y You, M. (2021). How to Mitigate the Negative Effect of Emotional Exhaustion among Healthcare Workers: The Role of Safety Climate and Compensation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 1-15. doi: 10.3390/ijerph18126641

Panari, C., Caricati, L., Pelosi, A., y Rossi, C. (2019). Emotional exhaustion among healthcare professionals: the effects of role ambiguity, work engagement and professional commitment. *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*, 90(6-S), 60-67. doi: 10.23750/abm.v90i6-S.8481

Peng, J., Jiang, X., Zhang, J., Xiao, R., Song, Y., Feng, X., ... Miao, D. (2013). The impact of psychological capital on job burnout of Chinese nurses: the mediator role of organizational commitment. *PloS One*, 8(12), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0084193

Rabenu, E. y Yaniv, E. (2017). Psychological Resources and Strategies to Cope with Stress at Work. *International Journal of Psychological Research*, 10(2), 8-15. doi: 10.21500/20112084.2698

Rodríguez-Cifuentes, F., Segura-Camacho, A., García-Ael, C., y Topa, G. (2020). The Mediating Role of Psychological Capital between Motivational Orientations and Their

Organizational Consequences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1-20. doi: 10.3390/ijerph17134864

Sacadura-Leite, E., Sousa-Uva, A., Ferreira, S., Costa, P.L., y Passos, A.M. (2020). Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses. *Revista brasileira de medicina do trabalho: publicacao oficial da Associacao Nacional de Medicina do Trabalho-ANAMT*, 17(1), 69-75. doi: 10.5327/Z1679443520190339

Said, H. y Tanova, C. (2021). Workplace bullying in the hospitality industry: A hindrance to the employee mindfulness state and a source of emotional exhaustion. *International Journal of Hospitality Management*, 96, 1-11. doi: 10.1016/j.ijhm.2021.102961

Slåtten, T., Mutonyi, B.R., y Lien, G. (2020). The impact of individual creativity, psychological capital, and leadership autonomy support on hospital employees' innovative behaviour. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-17. doi: 10.1186/s12913-020-05954-4

Tian, F., Shu, Q., Cui, Q., Wang, L., Liu, C., y Wu, H. (2020). The Mediating Role of Psychological Capital in the Relationship Between Occupational Stress and Fatigue: A Cross-Sectional Study Among 1,104 Chinese Physicians. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-9. doi: 10.3389/fpubh.2020.00012

Tosten, R. y Toprak, M. (2017). Positive psychological capital and emotional labor: A study in educational organizations. *Cogent Education*, 4(1), 1-11. doi: 10.1080/2331186X.2017.1301012

Wang, X., Liu, L., Zou, F., Hao, J., y Wu, H. (2017). Associations of Occupational Stressors, Perceived Organizational Support, and Psychological Capital with Work Engagement among Chinese Female Nurses. *BioMed Research International*, 1-11. doi: 10.1155/2017/5284628





## CAPÍTULO 17

### COMUNICACIÓN CON PADRES, CONOCIMIENTOS Y CONSISTENCIA EN EL USO DEL CONDÓN: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE JÓVENES SORDOS Y OYENTES

SILVIA SUSANA ROBLES-MONTIJO Y YUMA YOALY PÉREZ BAUTISTA  
*Universidad Nacional Autónoma de México*

#### INTRODUCCIÓN

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), los embarazos no deseados y el aborto, son problemas que afectan a la población joven mexicana. Las personas entre los 15 y 29 años de edad conforman la tercera parte de la población seropositiva (Secretaría de Salud, 2020), y el 75% de las interrupciones legales de embarazo en la Ciudad de México se realizan en mujeres que tienen entre 11 y 29 años (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2020).

Una manera de prevenir estos problemas es a través del uso correcto y consistente del preservativo. Investigaciones centradas en analizar bajo qué condiciones se usa este método, señalan que una vía importante es la comunicación abierta y fluida en temas de salud sexual y reproductiva entre padres e hijos (Rojas y Oropeza, 2010), puesto que ésta se relaciona con un mejor nivel de conocimientos sobre ITS (Ritchwood, Penn, Peasant, Albritton, y Corbie-Smith, 2017), postergar el debut sexual, tener la intención de usar el preservativo y que se use de manera consistente (Frías, Barroso, Rodríguez, Moreno, y Robles, 2008).

No obstante, debe tenerse en cuenta que en población con discapacidad las dinámicas de comunicación pueden cambiar, tal y como ocurre en la población sorda usuaria de la lengua de señas, quienes generalmente no comparten esta lengua con sus padres; además que, los padres no reciben asesoramiento sobre cómo y qué temas abordar, lo que genera otro tipo de barreras (García, 2010; Goldstein et al., 2010). Estudios realizados en población Sorda mexicana, muestran que más de la mitad de los jóvenes sordos (70%) nacen en entornos oyentes, los cuales reportan tener nula o poca comunicación con sus padres en temas relacionados con su salud sexual, que es atribuida a dificultades en el proceso de comunicación entre sordos (hijos) y oyentes (padres) que no comparten el mismo código lingüístico (Robles, Guevara, Pérez, y Hermosillo, 2013).

Debido a ello, se ha planteado que la población sorda puede estar en mayor riesgo en comparación con la población oyente, ya que además de las barreras comunicativas, presentan un muy bajo nivel de conocimientos sobre ITS y sobre el uso correcto del preservativo (Pérez y Robles, 2017). Para poner a prueba estas

afirmaciones, se han llevado a cabo investigaciones en las que se busca comprobar que la discapacidad auditiva es una condición que pone en riesgo la salud sexual de quienes la presentan, a través de estudios comparativos entre jóvenes sordos y oyentes.

En algunos casos se han reportado diferencias entre ambos grupos de jóvenes, mientras que otros se identifican semejanzas. Por ejemplo, Sangowawa, Owoaje, Faseru, Ebong, y Adekunle (2009) reportaron, en jóvenes de Nigeria, que la edad de inicio de las relaciones sexuales fue semejante entre ambos grupos; mientras que Brunnberg, Boström, y Berglund (2009) encontraron, en jóvenes suizos, que los jóvenes con discapacidad auditiva habían iniciado su vida sexual a edades más tempranas que los oyentes.

En investigaciones realizadas en México (Rivera-Rivera et al., 2016) y en otros países (Apaza-Guzmán y Vega-González, 2018; Holguín et al., 2013), la edad del debut sexual en adolescentes oyentes (muestras de 13 a 19 años), ha sido de 15 a 16 años, y es semejante a la reportada por Bisol, Sperb, Brewer, Kato, y Shor-Posner (2008) y por Sangowawa et al. (2009) en adolescentes sordos. Robles, Guevara, y Pérez (2021) encontraron, en jóvenes sordos mexicanos, que el perfil de su primera relación sexual fue semejante al reportado en estudios realizados con jóvenes oyentes mexicanos (Díaz-Loving y Robles, 2009; Robles et al., 2011); dicho perfil incluye: tener la relación con el novio/a o un amigo/a, haber ocurrido en su casa o en la de la pareja, y que solo la mitad utilizaran un método anticonceptivo. Además, Sangowawa et al. (2009), Touko, Mboua, Tohmuntain, y Perrot (2010) y Zodda (2015) encontraron que los jóvenes sordos utilizaron con menor frecuencia el condón que los jóvenes oyentes, sin embargo, en el estudio reportado por Bisol et al. (2008) dicha frecuencia fue semejante en ambos grupos. También se ha observado una discrepancia en relación con el número de parejas sexuales, ya que Bisol et al. (2008) no encontraron diferencias significativas entre jóvenes sordos y oyentes, mientras que Rusinga (2012) y Heiman, Haynes, y McKee. (2015) reportaron frecuencias significativamente más altas en los sordos.

Como puede observarse, las investigaciones referidas muestran resultados contradictorios cuando se analiza el comportamiento sexual de los participantes. Sin embargo, cuando se evalúa el nivel de conocimientos que ellos tienen acerca de la transmisión y prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sistemáticamente se reporta un nivel más bajo de esta variable en los jóvenes sordos, comparados con los oyentes (Bat-Chava, Martin, y Kosciw. 2005; Bisol et al., 2008; Goldstein et al., 2010; Hanass-Hancock y Satande, 2010; Sangowawa et al., 2010; Touko et al., 2010). La falta de conocimientos adecuados sobre salud sexual en jóvenes sordos ha sido atribuida, entre otros aspectos, al limitado acceso que tienen a la educación sexual integral, a los inadecuados servicios de salud sexual y

reproductiva (Naseribooriabadi, Sadoughi, y Sheikhtaheri, 2017), a la falta de fuentes de información confiables sobre sexualidad (Argenyi y Kushalnagar, 2009; Bat-Chava et al., 2005) y a la escasa o nula comunicación que se establece entre padres e hijos sordos, sobre temas relacionados con el cuidado de su salud sexual (Robles et al., 2013; Robles et al., 2021).

Con estos antecedentes el presente estudio propone aportar evidencia empírica que permita identificar si la discapacidad auditiva es una condición que pone en riesgo la salud sexual de quienes la presentan. Específicamente se propone comparar, entre jóvenes sordos y oyentes mexicanos: la frecuencia con la cual se comunican con sus progenitores sobre temas relacionados con el cuidado de su salud sexual, el nivel de conocimientos que ellos tienen sobre la transmisión y prevención de ITS y sobre cómo debe usarse un preservativo, y la frecuencia con la cual ellos utilizan el condón al tener relaciones sexuales. Asimismo, se busca identificar en qué medida la comunicación parental y los conocimientos, se asocian con relaciones sexuales protegidas.

## MÉTODO

### Participantes

En el estudio participaron voluntariamente 442 jóvenes sordos y 442 oyentes seleccionados de once ciudades de la República Mexicana (Celaya, Guanajuato, Irapuato, León, Mazatlán, Monterrey, Querétaro, Guadalajara, Zapopan, Xalapa y Ciudad de México) a través de un muestreo no probabilístico por cuotas, considerando sexo, estado civil y situación familiar (Tabla 1). La edad promedio de toda la muestra ( $n=884$ ) fue de 20.35 ( $DE=4.142$ ,  $Mo=18$ ,  $rango=11$  a 29); 56% ( $n=496$ ) fueron varones, 79% ( $n=698$ ) solteros, 68.9% ( $n=607$ ) con secundaria o preparatoria como nivel máximo de estudios, y 44.5% ( $n=393$ ) tenía trabajo remunerado. 72.4% ( $n=640$ ) reportó vivir con uno o ambos padres, 15% ( $n=133$ ) en casa de otro familiar, y 12.5% ( $n=111$ ) en su propia casa.

*Tabla 1.* Grupos de jóvenes oyentes y sordos, homogéneos en función del sexo, estado civil y situación familiar

		Oyentes % (n)	Sordos n (%)	$\chi^2$	p
Sexo	Hombre	56.1 (248)	248 (56.2)	.001	.512
	Mujer	194 (43.9)	193 (43.8)		
Estado civil	Soltero	352 (79.6)	346 (78.8)	5.805	.121
	Casado	30 (6.8)	25 (5.7)		
	Unión libre	47 (10.6)	41 (9.3)		
	Otro	13 (2.9)	27 (6.2)		
Vive el papá	Sí	360 (81.4)	350 (79.2)	.716	.447
	No	82 (18.6)	92 (20.8)		
Vive la mamá	Sí	405 (91.6)	401 (91.6)	.002	1.000
	No	37 (8.4)	37 (8.4)		
Mamá y papá viven juntos o separados	Juntos	280 (63.3)	282 (63.9)	.034	.889
	Separados	162 (36.7)	159 (36.1)		

## Instrumentos

Para los jóvenes sordos se utilizó el *Cuestionario Computarizado y en línea sobre Salud Sexual para Jóvenes Mexicanos con Discapacidad Auditiva* (Robles et al., 2021), en tanto que, para los jóvenes oyentes se diseñó un cuestionario con características similares al que se usó en la población sorda. Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio fueron los siguientes:

**Datos sociodemográficos:** Se obtuvo información de los participantes sobre su edad, sexo, estado civil, con quién viven, nivel de escolaridad, y si trabaja o no.

**Escalas de Comunicación Sexual con Padres y con Madres:** se utilizaron dos escalas validadas por Robles et al. (2021), cada una con 11 ítems, que evalúan la frecuencia (nada, poco, a veces, mucho, mucho más) con la cual los jóvenes se comunican con su padre o madre sobre temas vinculados al cuidado de su salud sexual (métodos anticonceptivos, cómo usar el condón masculino y el femenino, dónde adquirir o comprar condones, efectividad del condón para prevenir ITS, posponer tener sexo, tener relaciones sexuales, evitar embarazo, no dejar que lo obliguen a tener sexo, negarse a tener relaciones, cómo se adquieren las ITS). Las escalas cuentan con un *Alfa de Cronbach* de 0.89 y de 0.93, respectivamente. La medida de esta variable fue el promedio obtenido en cada escala, con valor mínimo de 1 y máximo de 5.

**Conocimientos sobre el Uso Correcto del Condón:** Prueba de conocimientos conformada por seis afirmaciones sobre aspectos relacionados con el empaque del condón, la forma y el momento en el que debe colocarse y retirarse. Los ítems tienen un formato de respuesta de cierto (1), falso (2) y no sé (3); las correctas se codifican con el número uno y las incorrectas (incluyendo la respuesta no sé) con cero. El índice de dificultad de toda la prueba fue de .34 (Robles et al., 2021). La medida de esta variable fue el porcentaje de respuestas correctas.

**Conocimientos sobre ITS:** Instrumento con ocho afirmaciones sobre la sintomatología del VIH, transmisión, prevención, tratamiento médico y consecuencias de las ITS. El formato de respuesta fue el mismo al descrito en la prueba anterior. El índice de dificultad es de .38 (Robles et al., 2021). La medida de esta variable fue el porcentaje de respuestas correctas.

**Comportamiento sexual:** Se obtuvo información sobre la edad de la primera relación sexual de los participantes, así como el número de relaciones sexuales en toda la vida y el número de veces que usaron el condón en dichas relaciones. Se estimó el porcentaje de relaciones sexuales protegidas (RSP), dividiendo el número de veces que se usó el condón en toda la vida entre el número de relaciones sexuales reportadas en el mismo periodo, multiplicando el resultado por 100. Este indicador refiere la consistencia en el uso del condón, a mayor valor, mayor consistencia.

### Procedimiento

En el grupo de jóvenes sordos se aplicó el *Cuestionario computarizado sobre salud sexual para jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva* (Robles et al., 2021). Un instructor previamente capacitado en el manejo y aplicación del programa computarizado, y con experiencia certificada en la Lengua de Señas Mexicana (LSM), acudió a 22 instituciones que atienden a personas con discapacidad. El cuestionario se aplicó en una sala con equipos de cómputo conectados a internet, y los participantes lo respondieron de manera individual. Las instrucciones generales se dieron en español con la interpretación simultánea en LSM. A los participantes se les enfatizó la necesidad de su participación voluntaria, asegurándoles el tratamiento confidencial y anónimo de la información recabada. En el grupo de jóvenes oyentes el cuestionario fue programado en una aplicación web y fue aplicado a través de un panel de encuestas certificado, que proporcionaba un reporte diario del levantamiento en campo.

### Análisis de datos

Los datos se analizaron con el programa estadístico *SPSS versión 24* para Windows. La prueba de normalidad de los datos (Kolmogorov-Smirnov) indicó la necesidad de utilizar estadística no paramétrica (Pedrosa, Juarros, Robles, Basteiro, y García, 2015). El análisis de comparación entre grupos se hizo con el estadístico de *U de Mann-Whitney* el tamaño del efecto se calculó por medio de la siguiente ecuación:  $r = z / \sqrt{(n1+n2)}$  (Field, 2009). La relación entre las variables se estimó por grupos con el estadístico *r de Spearman*, para conocer la relevancia de las diferencias encontradas se calculó la *q de Cohen*, bajo el procedimiento propuesto por Ventura-León y Caycho (2017).

## RESULTADOS

En la Tabla 2 se muestran los resultados de la comparación entre los grupos de jóvenes sordos y oyentes en las variables evaluadas. Se observa que los jóvenes sordos presentan niveles más bajos de comunicación con padres y con madres, de conocimientos sobre ITS y sobre cómo se usa un preservativo, así como de la consistencia en el uso del condón; no se encontraron diferencias entre los grupos en función de la edad del debut sexual de los participantes. En el caso de los conocimientos sobre el uso correcto del condón, el tamaño del efecto es superior al resto de las comparaciones, donde se observaron efectos bajos.

**Tabla 2.** Comparación entre los grupos de jóvenes sordos y oyentes en las variables evaluadas

	Sordos			Oyentes			<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Mdn</i>			
<i>ECSP</i>	1.86	0.04	1.64	2.08	0.05	1.91	54356.0	0.007	-0.101
<i>ECSM</i>	2.14	1.00	1.91	2.57	1.11	2.55	61822.0	0.000	-0.202
<i>CUC</i>	36.49	23.12	33.33	58.67	20.61	66.67	45661.0	0.000	-0.456
<i>CITS</i>	35.79	21.83	37.50	44.88	23.30	50.00	75668.5	0.000	-0.180
<i>DEBUT</i>	16.7	3.4	17.0	16.8	2.8	17.0	27386.5	0.597	-0.024
<i>RSP</i>	51.43	39.74	50.00	67.60	32.72	77.78	18287.0	0.000	-0.183

Nota: *ECSP*= Escala de comunicación sexual con padres; *ECSM*= Escala de comunicación sexual con madres; *CUC*= Conocimientos sobre el uso correcto del condón; *CITS*: Conocimientos sobre ITS; *DEBUT*: Edad del debut sexual; *RSP*: Porcentaje de relaciones sexuales protegidas; *DE*= Desviación estándar; *Mdn*=Mediana; *U*=Estadístico *U* de Mann-Whitney; *p*=Nivel de significancia; *d*=Tamaño del efecto.

En la Tabla 3 se muestra el análisis de correlación entre las variables evaluadas. Se identificó que en ambos grupos (sordos y oyentes) la comunicación con padres se relacionó positivamente con la comunicación con madres y con los conocimientos sobre ITS, sin efectos importantes en la diferencia de la relación entre variables.

**Tabla 3.** Índice de correlación de Spearman entre las variables de comunicación, conocimientos y relaciones sexuales protegidas, y estimación de las diferencias entre los grupos de jóvenes sordos y oyentes

		<i>ECSP</i>	<i>ECSM</i>	<i>CUC</i>	<i>CITS</i>	<i>DEBUT</i>
<i>ECSM</i>	Sordos	.544**				
	Oyentes	.616**				
	<i>q de Cohen</i> [IC 95%]	0.159				
		[0.081, 0.236]				
<i>CUC</i>	Sordos	0.090	.125*			
	Oyentes	0.009	0.023			
	<i>q de Cohen</i> [IC 95%]	-0.089	-0.063			
		[-0.164, -0.015]	[-0.133, 0.006]			
<i>CITS</i>	Sordos	.178**	.159**	.472**		
	Oyentes	.116*	.182**	.294**		
	<i>q de Cohen</i> [IC 95%]	-0.09	0.045	-0.211		
		[-0.165, -0.015]	[-0.024, 0.115]	[-0.278, -0.144]		
<i>DEBUT</i>	Sordos	-.107	-.136	-.130	-.074	
	Oyentes	.161*	.116	.052	.165**	
	<i>q de Cohen</i> [IC 95%]	0.245	0.228	0.144	0.263	
		[0.145, 0.346]	[0.134, 0.322]	[0.054, 0.234]	[0.174, 0.353]	
<i>RSP</i>	Sordos	0.057	0.12	0.143	0.012	.076
	Oyentes	0.026	0.021	0.038	-.145*	0.037
	<i>q de Cohen</i> [IC 95%]	-0.021	-0.041	-0.108	-0.145	-0.066
		[-0.126, 0.084]	[-0.139, 0.057]	[-0.201, -0.015]	[-0.238, -0.052]	[-0.16, 0.028]

*ECSP*= Escala de comunicación sexual con padres; *ECSM*= Escala de comunicación sexual con madres; *CUC*= Conocimientos sobre el uso correcto del condón; *CITS*: Conocimientos sobre ITS; *DEBUT*: Edad del debut sexual; *RSP*: Porcentaje de relaciones sexuales protegidas \**p*<.05; \*\**p*<.01

Asimismo, los conocimientos sobre ITS se relacionaron positivamente con el nivel de conocimientos sobre el uso correcto del condón; cabe destacar que en la población oyente se apreció una relación más baja ( $r=.294$ ) que la observada en los jóvenes sordos ( $r=.472$ ), con un tamaño del efecto moderado. Sólo en los jóvenes oyentes se observó que la edad del debut sexual se relacionó positivamente con la comunicación con madres y con los conocimientos sobre ITS.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

La presente investigación aporta evidencia sobre hipótesis que han planteado diferencias entre la población sorda y oyente en el terreno de la salud sexual y reproductiva, mostrando que los jóvenes sordos mexicanos presentan un perfil de riesgo superior al de su contraparte oyente.

Uno de los primeros elementos a considerar en dichas diferencias son los niveles de comunicación parental identificados en esta investigación, ya que, a pesar de haberse observado diferencias entre ambos grupos, la media de los jóvenes sordos se ubica entre nula y baja comunicación, tal y como lo reportaron Robles et al. (2013), mientras que en la población oyente la media oscila entre baja y media. Asimismo, si se considera el tamaño del efecto reportado en esta investigación, se puede concluir que en ambas poblaciones existen problemas para mantener comunicación con sus progenitores sobre temas relacionados con su salud sexual, los cuales pueden deberse a la falta de conocimientos de los padres para abordar estas temáticas con sus hijos (Ritchwood et al., 2017).

Con relación a los conocimientos sobre ITS y uso correcto del preservativo, los resultados son consistentes con los de otras investigaciones en las que se ha comparado a la población sorda con la oyente, en los que se reportan niveles más bajos en los jóvenes sordos (Bat-Chava et al., 2005; Bisol et al., 2008; Goldstein et al., 2010; Hanass-Hancock y Satande, 2010; Sangowawa et al., 2010; Touko et al., 2010), sobre todo en torno a uso del condón, donde se observó un efecto medio.

En relación con la edad de la primera relación sexual (debut sexual), los resultados mostraron que no hubo diferencias entre los grupos de participantes, lo cual confirma los hallazgos de Sangowawa et al. (2009) y contrastan con los de Brunnberg et al. (2009). Es importante señalar que, a pesar de no haber diferencias en la edad del debut sexual, las variables que se asociaron con esta variable fueron distintas entre ambos grupos, ya que para los jóvenes oyentes la comunicación con madres y los conocimientos sobre las ITS, fueron elementos que se relacionaron de manera positiva con la edad de la primera relación sexual, mientras que en los jóvenes sordos no se identificaron variables asociadas a esta variable, ni al uso consistente del condón.

En conclusión, la presente investigación arroja datos relevantes con relación a la salud sexual de las personas sordas y sus diferencias con la población oyente mexicana, lo que fortalece este campo de conocimiento para explorar otras variables y los efectos diferenciales entre estos grupos, con la intención de a de desarrollar programas de intervención basada en evidencia que consideren las características y necesidades de cada grupo.

Estudio financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT/DGAPA/UNAM), proyecto IN307321

## REFERENCIAS

- Apaza-Guzmán, L.C. y Vega-González, E.Q. (2018). Factores personales y sociales relacionados con el inicio de la actividad sexual en estudiantes de una institución educativa (Lima, Perú). *Matronas Profesión*, 19(2), 59-63.
- Argenyi, M. y Kushalnagar, P. (2019). Social media use and HIV screening uptake among deaf adults in the United States: Cross-sectional survey study. *JMIR Public Health Surveill*, 5(4), e13658. doi: 10.2196/13658
- Bat-Chava, Y., Martin, D., y Kosciw, J. (2005). Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people. *AIDS Care*, 17(5), 623-634. doi: 10.1080/0954012041233129175
- Bisol, C., Sperb, T., Brewer, T., Kato, S., y Shor-Posner, G. (2008). HIV/AIDS knowledge and health-related attitudes and behaviors among deaf and hearing adolescents in southern Brazil. *American Annals of the Deaf*, 153(4), 349-356. doi: 10.1353/aad.0.0055
- Brunnberg, E., Boström, M., y Berglund, M. (2009). Sexuality of 15/16-year-old girls and boys with and without modest disabilities. *Sexuality and Disability*, 27(3), 139-153. doi: 10.1007/s11195-009-9123-2
- Díaz-Loving, R. y Robles, S. (2009). Atracción, romance, sexo y protección en adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 14(2), 215-228.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics: North American Edition*. Sage.
- Frías, B., Barroso, R., Rodríguez, M., Moreno, D., y Robles, S. (2008). Comunicación sobre temas sexuales con padres y pareja y Su relación con la intención para tener sexo y usar condón en adolescentes. En: S. Rivera, R. Díaz-Loving, R. Sánchez e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 227-232), Vol. XII, México, D.F.: AMEPSO.
- García, C. (2010). Las familias en el abordaje de la sexualidad de su hijo Sordo. *Revista Transformación*, 6(2), 1-8.
- Goldstein, M.F., Eckhardt, E.A., Joyner-Creamer, P., Berry, R., Paradise, H., y Cleland, C.M. (2010). What do deaf high school students know about HIV? *AIDS Education and Prevention*, 22(6), 523-537. doi: 10.1521/aeap.2010.22.6.523
- Guevara, Y., Ortega, P., y Plancarte, P. (2001). *Psicología conductual. Avances en educación especial*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.



Hanass-Hancock, J. y Satande, L. (2010). Deafness and HIV/AIDS: A systematic review of the literature. *African Journal of AIDS Research*, 9(2), 187-192. doi: 10.2989/16085906.2010.517488

Heiman, E., Haynes, S., y McKee, M. (2015). Sexual health behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) users. *Disability and Health Journal*, 8(4), 579-585. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.06.005

Holguín, Y.P., Mendoza, L.A., Esquivel, C.M., Sánchez, R., Daraviña, A.F., y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tulá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78(3), 209-219.

Naseribooriabad, T., Sadoughi, F., y Sheikhtaheri, A. (2017). Barriers and Facilitators of Health Literacy among D/deaf Individuals: A Review Article. *Iran Journal of Public Health*, 46(11), 1465-1474.

Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J., y García, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas ¿Qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245. doi: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad

Pérez, Y. y Robles, S. (2017). Conocimientos sobre ITS y uso correcto del condón en jóvenes sordos mexicanos. *Trabajo publicado en las memorias en extenso del XXXVI Congreso Interamericano de Psicología*, (pp. 401-405).

Ritchwood, T.D., Penn, D., Peasant, C., Albritton, T., y Corbie-Smith, G. (2017). Condom use self-efficacy among younger rural adolescents: The influence of parent-teen communication, and knowledge of and attitudes toward condoms. *The Journal of early adolescence*, 37(2), 267-283. doi: 10.1177/0272431615599065

Rivera-Rivera, L., Leyva-López, A., García-Guerra, A., de Castro, F., González-Hernández, D., y de los Santos, L.M. (2016). Inicio de relaciones sexuales con penetración y factores asociados en chicos y chicas de México de 14 a 19 años de edad con escolarización en centros públicos. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 24-30. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.08.011

Robles, S., Frías, B., Moreno, D., Rodríguez, M., & Barroso, R. (2011). Conocimientos sobre VIH/Sida, comunicación sexual y negociación del uso del condón en adolescentes sexualmente activos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 317-340.

Robles, S., Guevara, Y., Pérez, Y., y Hermosillo, A. (2013). Comunicación con padres y conducta sexual en jóvenes mexicanos con discapacidad auditiva. *Psicología y Salud*, 23(2), 227-239. doi: 10.25009/pys.v23i2.504

Robles, S., Guevara, Y., y Pérez, Y. (2021). Factores de Riesgo para la Salud Sexual de Jóvenes Sordos: Evaluación con un Cuestionario Computarizado. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 27-45. doi: 10.15446/rcp.v29n2.77173

Rojas, A. y Oropeza, R. (2010). Efecto de una intervención conductual en la interacción familiar. *Claves del Pensamiento*, 4(7), 117-131.

Rusinga, O. (2012). Perceptions of deaf youth about their vulnerability to sexual and reproductive health problems in Masvingo District, Zimbabwe. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 271-282.

Sangowawa, A.O., Owoaje, E.T., Faseru, B., Ebong, I.P., y Adekunle, B.J. (2009). Sexual practices of deaf and hearing secondary school students in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 7(1), 26-30. doi: 10.4314/aimp.v7i1.64060

Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (2020). *Interrupción legal del embarazo (ILE), estadísticas abril 200 –septiembre 2020*. Recuperado de: <http://ile.salud.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/ILE-WEB-SEPTIEMBRE-2020.pdf>

Secretaría de Salud. (2020). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH*. Informe histórico VIH día mundial 2020. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/594852/Informe\\_Hist\\_rico\\_2020\\_DVEET\\_VIH\\_D\\_a\\_Mundial\\_2020\\_vFrev.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/594852/Informe_Hist_rico_2020_DVEET_VIH_D_a_Mundial_2020_vFrev.pdf)

Touko, A., Mboua, C., Tohmuntain, P., y Perrot, A. (2010). Sexual vulnerability and HIV seroprevalence among the deaf and hearing impaired in Cameroon. *Journal of the International AIDS Society*, 13(1), 1-8. doi: 10.1186/1758-2652-13-5

Ventura-León, J.L. y Caycho, T. (2017). Q de Cohen: Comparación de Correlaciones entre Muestras Independientes en base a Urzúa et al. *Revista médica de Chile*, 145(3), 411-412. doi: 10.4067/S0034-98872017000300020

Zodda, J.J. (2015). Condom use among deaf college students. *JADARA*, 49(2).

## CAPÍTULO 18

### **¿QUÉ VARIABLES PSICOSOCIALES SE RELACIONAN CON EL RIESGO A DESARROLLAR UN TRASTORNO ALIMENTARIO EN CHICOS ADOLESCENTES?**

LIDIA PAMIES AUBALAT, EVA LEÓN ZARCEÑO, MARÍA JOSÉ QUILES SEBASTIÁN,  
YOLANDA QUILES MARCOS, Y ÁLVARO RUIZ MACIÁ  
*Universidad Miguel Hernández*

#### **INTRODUCCIÓN**

Los Trastornos Alimentarios (TA) se caracterizan por una alteración persistente del comportamiento alimentario o relacionado con la alimentación que da como resultado un consumo o absorción alterados de los alimentos y que perjudica significativamente la salud física o el funcionamiento psicosocial de las personas que lo padecen (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Las actitudes y comportamientos alimentarios desordenados son comunes en mujeres jóvenes y adolescentes en los países occidentales. Sin embargo, la literatura sugiere que la prevalencia de los TA ha aumentado entre los chicos de países occidentales y no occidentales (Sweeting et al., 2015). Aunque es necesario desarrollar un mayor número de investigaciones sobre las variables relacionadas con la aparición de estos trastornos en varones (Sparti, Santomauro, Cruwys, Burgess, y Harris, 2019).

Tanto en chicos como en chicas, se considera que estos trastornos tienen una etiología multicausal, son trastornos “biopsicosociales”, donde convergen una serie de aspectos sociales, psicológicos, familiares y biológicos en su desarrollo y mantenimiento (Culbert, Racine, y Klump, 2015; Treasure, Claudino, y Zucker, 2010). Entre las variables psicosociales que se han relacionado con frecuencia con el desarrollo de los TA destacamos la autoestima, la satisfacción corporal y el perfeccionismo. Respecto a la autoestima, la literatura ha puesto de manifiesto que una baja autoestima es un factor de riesgo para el desarrollo de un TA (Brechan y Kvaalem, 2015; Peck y Lightsey, 2008). Así mismo, en cuanto a la satisfacción corporal, ha sido muy amplia la literatura que ha señalado que la insatisfacción con el propio cuerpo es un factor de riesgo en el desarrollo de los TA (Lantz, Gaspar, Di Tore, Piers, y Schaumberg, 2018; Vartanian, Hayward, Smyth, Paxton, y Touyz, 2018). También, el perfeccionismo ha sido considerado como una variable de personalidad presente en aquellas personas que presentan riesgo de desarrollar un TA (Stoeber, Madigan, Damian, Esposito, y Lombardo, 2016; Welch, Miller, Ghaderi, y Vaillancourt, 2009). En los TA, el perfeccionismo evaluado de manera multidimensional ha sido el que mayor evidencia empírica ha mostrado en relación con el trastorno (Stoeber et al., 2016).

Otras variables psicosociales que han sido estudiadas por su relación con el desarrollo de los TA han sido: la percepción de apoyo social, la presión de los otros para perder peso y la comparación con los iguales, respecto a la alimentación y la apariencia física. Respecto al apoyo social, los trabajos de revisión efectuados hasta el momento confirman que el apoyo social debe ser considerado como una variable de especial interés en el caso de los TA, ya que los estudios con pacientes muestran que, aunque tengan un acceso similar al apoyo social, se muestran insatisfechos con este (Quiles, Terol, y Quiles, 2003). Estos resultados sugieren plantearse si esta menor percepción de apoyo social ya está presente antes de que se instaure el trastorno, por lo que, la baja percepción con el apoyo social podría considerarse como un factor de riesgo para los TA. Los trabajos realizados a este respecto aportan resultados contradictorios.

En cuanto a la presión recibida para perder peso, la literatura ha puesto de manifiesto que, tanto los mensajes de los padres como de los amigos, son una fuente importante de influencia en el desarrollo de los TA (Quiles, Quiles, Pamies-Aubalat, Botella, y Treasure, 2013; Vartanian, et al., 2018). Además, esta presión para perder peso se relaciona también con una mayor insatisfacción corporal y con la realización de dieta (Ruisoto et al., 2015). Respecto a la comparación social con el grupo de iguales, los resultados de los trabajos revisados ponen de manifiesto, que los adolescentes presentan una mayor comparación con los iguales (en cuanto a la apariencia física y la alimentación) cuando también presentan un mayor riesgo de desarrollar un TA o realizan conductas de restricción (Fitzsimmons-Craft, 2017; Vartanian et al., 2018).

Además, el Índice de Masa Corporal (IMC), es otra variable que se ha tenido en cuenta a la hora de explicar la aparición de un TA. La literatura previa ha puesto de manifiesto que el sobrepeso y patrones alimentarios problemáticos en la infancia se asocian al TA en la edad adulta (Han et al., 2010; Mitchell et al., 2011).

Por tanto, cabría esperar que las variables psicosociales descritas, unidas a un sobrepeso u obesidad, podrían llevar a que el adolescente decida cambiar su cuerpo e inicie una dieta para conseguirlo, haga uso de laxantes, o lleve a cabo conductas como atracones y vómitos. Además, la realización de una dieta ha sido señalada por la literatura como uno de los factores desencadenante principales en los TA (Pearson et al., 2017; Ruisoto et al., 2015).

Es por ello que, considerando esta necesidad de seguir ampliando el conocimiento del desarrollo de los TA en los varones, en el presente trabajo, se plantearon dos objetivos: en primer lugar, describir las variables psicosociales relacionadas con un mayor riesgo de desarrollar un TA en chicos y, por otro lado, analizar las diferencias de las variables asociadas al riesgo de TA en función del IMC.

## MÉTODO

### Participantes

Se seleccionó una muestra de 1012 chicos adolescentes entre 12 y 18 años, con una media de edad de 14 ( $DT = 1.34$ ). Todos ellos estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria en centros educativos de la provincia de Alicante, tanto de centros públicos, privados como concertados. En la Tabla 1 se presenta la distribución de estudiantes por curso educativo.

*Tabla 1. Distribución de estudiantes por curso educativo*

Curso			
1º	2º	3º	4º
n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
299 (29.5%)	291 (28.8%)	244 (24.1%)	178 (17.6%)

Además, se pesó y midió a todos los adolescentes participantes en el estudio, para calcular posteriormente el IMC siguiendo los criterios establecidos por la OMS (ver tabla 2).

*Tabla 2. Distribución de estudiantes en función del IMC*

IMC				
Criterio ingreso (IMC <16)	Infrapeso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
98 (9.7%)	113 (11.2%)	637 (62.9 %)	92 (9.1%)	12 (1.2%)

### Instrumentos

Cuestionario de variables sociodemográficas; mediante el que se obtuvo información sobre edad y curso escolar. Además, se evaluaron variables antropométricas, todos los participantes fueron pesados y medidos sin calzado y con ropa durante el momento de la recogida de datos, para calcular el IMC que es considerada una medida útil como indicador general del tejido adiposo y del estado nutricional. Además, se añadieron 4 ítems en los que el adolescente tenían que responder con qué frecuencia realizaban dieta, hacía uso de laxantes, se provocaba atracones y el vómito para perder peso (0 = Nunca y 3 = durante más de un mes).

*Eating Attitude Test* (EAT-40) (Garner y Garfinkel, 1979), adaptado a la población española por Castro et al. (1991) e Irala et al. (2008). Este cuestionario permite detectar la presencia de actitudes y comportamientos alimentarios anómalos. Tiene tres dimensiones: restricción alimentaria y preocupación por los alimentos, presión social y malestar ante la ingesta y trastorno psicobiológico. Está compuesta por 40 ítems que se valoran en una escala de frecuencia tipo Likert de 6 puntos, desde “nunca” a “siempre” y se puntúa entre 0 y 3. Una puntuación superior a 30 en esta

escala permite detectar casos que presentan riesgo a desarrollar un TA. La fiabilidad de la escala en este estudio fue de un alfa de Crombach de .75.

Insatisfacción corporal fue evaluada con la subescala del *Eating Disorder Inventory 2* (EDI-2) (Garner, 1998). Dicha escala consta de 9 ítems y evalúa la insatisfacción del sujeto con la forma general de su cuerpo o con las de aquellas partes del mismo que más preocupan a los que padecen un TA (estómago, cadera, nalgas, etc.), en un rango que oscila entre 0 y 27. Presentó una fiabilidad de  $\alpha = .81$  en este estudio.

*Escala de Autoestima de Rosenberg* (1973) validada en población española por Atienza, Moreno y Balaguer (2000). El instrumento evalúa la autoestima global a partir de 10 ítems que reflejan sentimientos generales sobre uno mismo, en los que se responde haciendo uso de una escala Likert de 4 puntos (donde 1 es igual a “Muy de acuerdo” y 5 es igual a “Muy en desacuerdo”). El coeficiente de fiabilidad en este estudio fue de .76.

*Child and Adolescent Perfectionism Scale* (CAPS) (Flett et al., 1997), adaptado a población española por Castro et al. (2004). El cuestionario consta de 22 ítems que se responden en una escala Likert de 5 puntos, desde 5 “totalmente cierto” a 1 “totalmente falso”. Está formada por dos escalas: Perfeccionismo Autoorientado (12 ítems), que hace referencia a cuando las personas realizan auto-imposiciones poco reales sobre ellas mismas. Y el Perfeccionismo Prescrito Socialmente (10 ítems), que hace referencia a la presión que recibe la persona de los demás para alcanzar metas poco realistas. En este trabajo, la subescala de Perfeccionismo Autoorientado, presentó un valor  $\alpha$  de Cronbach igual a .77; y subescala de Perfeccionismo Prescrito Socialmente de .82.

*La Escala de Apoyo Social para Niños* de Harter (1985) ha sido adaptada a población española por Pastor, Quiles y Pamies-Aubalat (2012). Evalúa el apoyo social percibido por los adolescentes clasificados según la fuente de apoyo; padres, compañeros de clase, profesores y amigos íntimos. Este instrumento presenta 4 escalas y consta de 24 ítems, cada uno de estos ítems refleja en dos respuestas contrapuestas. De modo que se puede puntuar cada ítem en una escala desde 1 hasta 4, donde 1 significa bajo apoyo y 4 alto apoyo. Los índices de fiabilidad para cada subescala son: apoyo de los padres  $\alpha = .79$ , compañeros de clase  $\alpha = .68$ , profesores  $\alpha = .79$  y amigos íntimos  $\alpha = .88$ .

*Dieting Competitiveness Scale* (DPC) (Huon, Piira, Hayne y Strong, 2002). Adaptada al castellano por Pamies-Aubalat, Quiles y Núñez (2013). Es una escala compuesta por 9 ítems que evalúan la comparación que una persona hace con respecto a su grupo de iguales, sobre su apariencia física y sus hábitos alimentarios. En la adaptación a población española se proponen dos factores. En este trabajo se

utilizó la escala de comparación social afectiva, cuya puntuación oscila entre 6 y 35. Presentó una consistencia interna de.57.

La Presión que los otros significativos ejercen para perder peso, se evaluó con un instrumento ad-hoc, formado por 5 ítems que se contestaron en una escala de respuesta desde 1 (“Muy en desacuerdo”) hasta 5 (“Muy de acuerdo”). Un ejemplo de ítem sería “Las personas importantes para ti piensan que para perder peso deberías realizar ejercicio físico”. La puntuación final oscilaba entre 5 y 25 puntos. En este estudio, el índice de fiabilidad de esta escala fue de.77.

### **Procedimiento**

Tras la realización de un muestreo por conglomerado monoetápico, se seleccionaron al azar 9 centros educativos, se mantuvo una entrevista con los equipos directivos de los centros y se procedió a enviar una carta a los padres informándoles sobre la investigación y se les solicitó el consentimiento informado para la participación de sus hijos. Los instrumentos fueron cumplimentados de forma anónima, individual y voluntaria en el aula, supervisados por un psicólogo. Se excluyó del estudio a aquellos estudiantes sin consentimiento, no cumplimentaron correctamente el cuestionario, o bien, presentaban un TA.

### **Análisis de datos**

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa SPSS V.24.0. Se realizaron análisis descriptivos y se calcularon las diferencias entre grupos utilizando la *t*-Student como prueba paramétrica para dos muestras independientes. Siguiendo las recomendaciones de Cohen (1998), se consideró el tamaño del efecto para evitar el sesgo de los tamaños muestrales a partir del cálculo del índice *d*. La relación entre las diferentes variables de estudio y el riesgo a desarrollar un TA se analizó a través de la regresión lineal múltiple mediante el procedimiento de pasos sucesivos. Finalmente, con el objetivo de comprobar que existían diferencias significativas en las diferentes variables de estudio, en función del IMC, se realizó una ANOVA y posterior prueba post hoc de Bonferroni para determinar diferencias significativas entre grupos.

## **RESULTADOS**

En primer lugar, se evaluó el porcentaje de adolescentes que presentaba conductas y actitudes anómalas hacia la alimentación, a partir del instrumento EAT-40. El 6,8% de los chicos presentó una puntuación superior a 30, presentando riesgo a desarrollar un TA. Las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas del instrumento EAT-40 se describen en la Tabla 3. Así mismo, el 24.5% de chicos había realizado dietas al menos una semana y el 6.5% más de un mes.

**Tabla 3.** Puntuaciones obtenidas en el EAT-40 y conductas relacionadas con las TA

	Mínimo	Máximo	Media	DT
Puntuación total EAT-40	0	74	14.28	9.19
Factor. Restricción alimentaria	0	60	8.46	7.68
Factor. Presión social	0	16	1.53	2.29
Factor. Trastorno Psicobiológico	0	15	1.03	1.47

Para dar respuesta al primer objetivo y describir las variables psicosociales relacionadas con un mayor riesgo de desarrollar un TA. Se realizó un análisis de diferencias entre los chicos que presentaron riesgo de desarrollar un TA y los que no, en cada una de las variables psicosociales evaluadas. Los resultados pusieron de manifiesto que los chicos con mayor riesgo a desarrollar un TA presentaron puntuaciones más altas en: realización de dieta ( $t = 7.29$ ;  $p < .001$ ,  $d = .93$ ), uso de laxantes ( $t = 5.79$ ;  $p < .001$ ,  $d = .72$ ), se provocaron el vómito con más frecuencia ( $t = 3.34$   $p < .01$ ,  $d = .42$ ), presentaron mayor insatisfacción corporal ( $t = 6.33$ ;  $p < .001$ ,  $d = .83$ ), menor autoestima ( $t = -2.51$ ;  $p < .05$ ,  $d = .99$ ), menor apoyo social por los compañeros de clase ( $t = -2.93$ ;  $p < .01$ ,  $d = .39$ ), recibieron más presión para perder peso ( $t = 5.59$ ;  $p < .001$ ,  $d = .78$ ) y se compararon más con su grupo de iguales respecto a la alimentación y apariencia física ( $t = 7.08$ ;  $p < .001$ ,  $d = .94$ ) (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Análisis de diferencias entre chicos con y sin riesgo de desarrollar un TA

	EAT-40	N	Media	DT	$t$	$d$
Realización Dieta	Riesgo TA	67	1.18	1.205	7.29***	0.93
	No riesgo TA	912	0.39	0.82		
Uso de laxante	Riesgo TA	69	1.58	1.33	5.79***	0.72
	No riesgo TA	943	1.13	0.54		
Atracones	Riesgo TA	69	1.90	1.25	0.92	-
	No riesgo TA	943	1.78	0.98		
Vómitos	Riesgo TA	69	1.35	0.95	3.34**	0.42
	No riesgo TA	943	1.12	0.50		
Insatisfacción corporal	Riesgo TA	63	8.11	6.17	6.33***	0.83
	No riesgo TA	853	4.24	4.56		
Autoestima	Riesgo TA	57	26.65	5.21	-2.51*	0.99
	No riesgo TA	783	31.24	4.56		
Apoyo social padres	Riesgo TA	60	18.07	3.19	-1.92	-
	No riesgo TA	776	18.84	3.30		
Apoyo social profesores	Riesgo TA	60	16.67	3.42	0.04	-
	No riesgo TA	777	16.65	3.30		
Apoyo social compañeros clase	Riesgo TA	60	16.27	3.26	-2.93**	0.39
	No riesgo TA	777	17.46	3.03		
Apoyo social amigos íntimos	Riesgo TA	60	17.43	3.61	-1.48	-
	No riesgo TA	777	18.08	3.22		
Comparación social	Riesgo TA	55	17.65	5.21	5.59***	0.78
	No riesgo TA	757	14.60	3.79		
Presión perder peso	Riesgo TA	61	13.38	4.49	7.08***	0.94
	No riesgo TA	857	8.81	4.90		

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ;  $M$ = Media;  $DT$ = Desviación Típica;  $t$ = estadístico t-studen;  $d$ = Tamaño del efecto de Cohen



A continuación, se realizó un análisis de regresión lineal múltiple para determinar la asociación entre las variables de estudio y el riesgo a desarrollar un TA. Los resultados pusieron de manifiesto que la realización de dieta, la insatisfacción corporal y la presión para perder peso explicaron el 20% del riesgo a desarrollar un TA (ver Tabla 5).

Tabla 5. Análisis de regresión variables psicosociales y riesgo a desarrollar un TA

Variables dependiente/ Independiente	$R^2/r$	Cambio $R^2$	$F$	$\beta$
Riesgo TCA/ Realización de dieta		0.130		0.226***
Insatisfacción corporal	0.20/0.45	0.046	74.373***	0.191***
Presión perder peso		0.28		0.181***

Significación: \*\*\* $p \leq .001$ , \*\* $p \leq .01$ , \* $p \leq .05$

Finalmente, para dar respuesta al segundo objetivo y analizar las diferencias de las variables asociadas al riesgo de TA en función del IMC. Se realizó un análisis de diferencias en función de las diferentes categorías del IMC (ver Tabla 6).

Tabla 6. Análisis de diferencias en las variables psicosociales según el IMC

	1.Criterio ingreso		2.Infrapeso		3.Normopeso		4.Sobrepeso		5.Obesidad		Comparación grupos	F
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Riesgo TA	13.05	7.14	13.03	6.83	14.09	9.05	18.74	13.00	20.25	9.80	4 > 1, 2, 3	7.80***
Realización Dieta	0.06	0.32	0.14	0.44	0.44	0.86	1.22	1.26	1.50	1.31	4 > 1, 2, 3 5 > 1, 2, 3	32.46***
Uso de laxante	1.12	0.52	1.15	0.64	1.15	0.62	1.28	0.84	1.25	0.87		n.s.
Atracones	1.63	0.93	1.74	0.99	1.79	0.99	1.99	0.98	2.25	0.96		n.s.
Vómitos	1.10	0.34	1.06	0.33	1.14	0.54	1.25	0.82	1.42	1.16		n.s.
Insatisfacción corporal	3.11	3.61	3.01	3.62	4.37	4.47	7.78	6.22	14	3.82	3 > 1, 2 4 > 1, 2, 3 5 > 1, 2, 3	28.85***
Autoestima	31.93	4.74	31.70	4.93	30.99	4.43	31.02	4.88	26.56	7.04	5 < 1, 2, 3, 4	3.34**
Apoyo social padres	19.26	2.34	18.63	3.23	18.82	3.07	18.29	3.08	18.67	2.18		n.s.
Apoyo social profesores	16.70	3.62	16.26	3.59	16.69	3.22	16.88	3.18	17.22	3.31		n.s.
Apoyo social compañeros clase	17.43	3.16	17.63	2.74	17.42	3.10	16.56	3.06	16.89	2.03		n.s.
Apoyo social amigos íntimos	17.93	3.26	17.46	3.28	18.10	3.27	18.43	3.22	17	3.64		n.s.
Comparación social	13.69	3.20	14.19	3.99	14.88	3.92	16.41	4.43	17	5.94	4 > 1, 2, 3	6.11***
Presión para perder peso	7.83	4.96	7.80	4.57	8.94	4.86	12.93	4.7	11.91	5.11	4 > 1, 2, 3	18.30***

\*\*\*  $p < .001$ ; \*\*  $p < .01$  M = Media DT = Desviación Típica n.s. = no significativa

Encontrándose las siguientes diferencias significativas: en primer lugar, las personas con sobrepeso, presentaron puntuaciones más altas en conductas y actitudes anómalas hacia la alimentación (riesgo TA) que los que presentaron menor peso ( $F = 7.80, p < .001$ ). En segundo lugar, realizaron con más frecuencia dieta ( $F = 32.46, p < .001$ ), las personas con peso normal, sobrepeso y obesidad, así como, presentaron una mayor insatisfacción corporal que los que presentaron menor peso ( $F = 28.85, p < .001$ ). En tercer lugar, los chicos con obesidad presentaron significativamente una menor autoestima ( $F = 3.34, p < .01$ ). Finalmente, los adolescentes con sobrepeso presentaron mayor presión para perder peso ( $F = 6.11, p < .001$ ) y mayor comparación social ( $F = 18.30, p < .001$ ), que los adolescentes con menor peso.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Respecto al primero de los objetivos de estudio, en el que se analizaban las variables psicosociales asociadas a un mayor riesgo de TA. Este trabajo puso de manifiesto que los chicos presentaron características similares a las asociadas al riesgo a desarrollar un TA en chicas (Perko, Forbush, Siew, y Tregarther, 2019). Además, puso de manifiesto la importancia de la presión percibida para perder peso, junto con la insatisfacción corporal y la realización de la dieta.

Stice et al. (2007) indicaron que la presión percibida respecto a la apariencia, puede provenir de diferentes fuentes, de los medios de comunicación, la familia y el grupo de iguales, y puede conducir al desarrollo de un TA a través de la internalización de los ideales culturales de belleza establecidos. Debido al poder predictivo de la presión percibida y la internalización de ideales se considera que estos factores pueden tener tanto un efecto directo de los TA, como mediador, favoreciendo la insatisfacción corporal y el consecuente desarrollo de conductas para controlar el peso (Ruisoto et al., 2015). Por tanto, los mensajes y/o burlas recurrentes de la familia o del grupo de iguales sobre que no se está lo suficientemente delgado están relacionados con la realización de dieta, ya que tales presiones fomentan el descontento con el tamaño del cuerpo, y los adolescentes consideran que, realizando dietas u otras conductas anómalas relacionadas con la alimentación, disminuirán la presión social para estar delgado (Quiles et al., 2013).

Respecto al segundo de los objetivos, en el que se analizó las diferencias en las variables psicosociales de estudio, en función del IMC. Los resultados pusieron de manifiesto que los chicos que presentaba sobrepeso presentaron mayores puntuaciones en el EAT-40, en comparación social y en presión para perder peso. Así mismo, los que tenían sobrepeso y obesidad, realizaron más dieta y presentaron mayor insatisfacción corporal. Este hallazgo pone de manifiesto que el sobrepeso o la obesidad premórbidos pueden ser un factor de riesgo etiológico específico para el

desarrollo de TA en los hombres (Perko et al., 2019). Además, la proporción de hombres con TA que tenían sobrepeso antes de desarrollar el trastorno es superior en chicos que en chicas (Welch, Ghaderi, y Swenne, 2015). Es posible que, por esta razón, sientan más presión para perder peso que las chicas. Además, el trabajo de Krug et al. (2013) puso de manifiesto que el recibir comentarios negativos relacionados con el peso y la figura, así como, la importancia del peso en la familia, se relacionan con la insatisfacción corporal y la realización de dieta.

En general, nuestro hallazgo tiene importantes implicaciones en la prevención de los TA. Permitiendo analizar las variables clásicamente relacionadas con el desarrollo de este trastorno conjuntamente y no de forma aislada (Ruisoto et al., 2015). Además, permite realizar un abordaje más amplio con los programas de prevención del sobrepeso y obesidad, donde se garantice que al implantar conductas saludables para abordar el sobrepeso, no se está propiciando el desarrollo de los TA (López et al., 2015).

Entre las limitaciones de este trabajo, aparece la evaluación del riesgo de desarrollar un TA con el instrumento EAT-40. Al tratarse de un estudio transversal, no es posible determinar una relación causal entre las variables. Así mismo, el uso de autoinformes y escalas como método de evaluación de las variables de estudio se relacionan con el sesgo de deseabilidad social. Las escalas utilizadas, como la de insatisfacción corporal, están elaboradas centradas en las mujeres, siendo necesarias adaptar estas escalas a los chicos.

Como conclusión, los resultados de este estudio nos permiten seleccionar los contenidos para la elaboración de programas de prevención primaria de los TA en chicos, que ayuden a los adolescentes a afrontar la presión que reciben para perder peso, la realización de dietas inadecuadas y la insatisfacción corporal. Además de poner de manifiesto el papel que el sobrepeso y obesidad en la infancia puede tener en la aparición de un TA posterior en chicos.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5, 5th edn*. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.
- Atienza, F.L., Moreno, J., y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensión de la Escala de Autoestima de Rossemberg en una muestra de adolescentes valencianos [Analysis of the dimension of the Rossemberg Self-Esteem Scale in a sample of Valencian adolescents]. *Revista de Psicología Universitas Tarraconenses*, 22, 29-42.
- Brechan, I. y Kvaalem, I.L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.12.008

Castro, J., Gila, A., Gual, P., Lahortiga, F., Saura, B., y Toro, J. (2004). Perfectionism Dimensions in Children and Adolescents with Anorexia Nervosa. *Journal of Adolescent Health*, 35, 382-398. doi: 10.1016/j.jadohealth.2003.11.094

Culbert, K.M., Racine, S.E., y Klump, K.L. (2015). Research review: What we have learned about the causes of eating disorders-a synthesis of sociocultural, psychological, and biological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(11), 1141-1164. doi: 10.1111/jcpp.12441

Fitzsimmons-Craft, E.E. (2017). Eating disorder-related social comparison in college women's everyday lives. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 893-905. doi: 10.1002/eat.22725

Flett, G.L., Hewitt, P.L., Boucher, D.J., Davidson, L.A. y Munro, Y. (1997). *The Child-Adolescent Perfectionism Scale: Development, validation and association with adjustment*. Ontario, Canada: York University. [Manuscrito no publicado]

Garner, D.M. (1998). *EDI-2: Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Madrid: TEA Ediciones.

Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-179. doi: 10.1017/s0033291700030762

Han, J.C., Lawlor, D.A., y Kimm, S.Y. (2010). Childhood obesity. *Lancet*, 375(9727), 1737-1748. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60171-7

Huon, G.F., Piira, T., Hayne, A., y Strong, K.G. (2002). Assessing Body and Eating Peer-focused Comparisons: The Dieting Peer Competitiveness (DPC) Scale. *European Eating Disorders Review*, 10, 428-446. doi: 10.1002/erv.439

Irala, J., Cano-Prous, A., Lahortiga-Ramos, F., Gual-García, P., Martínez-González, M.A. y Cervera-Enguix, S. (2008). Validación del cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) como prueba cribado de trastornos de la conducta alimentaria en la población general. *Medicina Clínica*, 130(13), 487-491. doi: 10.1157/13119489

Krug, I., Villarejo, C., Jiménez-Murcia, S., Perpiñá, C., Vilarrosa, N., Granero, R., ... Fernández-Aranda, F., (2013). Eating-related Environmental Factors in Underweight Eating Disorders and Obesity: Are There Common Vulnerabilities During Childhood and Early Adolescence? *European of Eating Disorder Review*, 21(3), 202-208. doi: 10.1002/erv.2204

Lantz, E.L., Gaspar, M.E., DiTore, R., Piers, A.D., y Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders*, 23(3), 275-291. doi: 10.1007/s40519-018-0483-4

López, C., Raimann, X., y Gaete, M.V. (2015). Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en la era de la obesidad: rol del clínico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 24-33.

Martínez-Vizcaíno, V., Visier-Alfonso, M.E., Garrido-Miguel, M., y Sánchez-López, M. (2020). Prevalence of Risk of Eating Disorders and its Association with Obesity and Fitness. *International Journal Sports Medical*, 41(10), 669-676. doi: 10.1055/a-1152-5064.

Mitchell, N.S., Catenacci, V.A., Wyatt, H.R., y Hill, J.O. (2011). Obesity: Overview of an epidemic. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(4), 717-732. doi: 10.1016/j.psc.2011.08.005.

Pamies-Aubalat, L., Quiles, Y., y Núñez, R. M. (2013). Adaptation and Validation of the Spanish Version of the Dieting Peer Competitiveness (DPC) Scale to Adolescents of Both Genders. *Journal of Health Psychology*, 18(7), 428-446. doi: 10.1177/1359105312465914

Pastor, Y., Quiles, Y., y Pamies-Aubalat, L. (2012). Apoyo social en la adolescencia: propiedades psicométricas del "Social Support Scale for Children". *Revista de Psicología Social*, 27(1), 39-53.

Pearson, C.M., Miller, J., Ackard, D.M., Loth, K.A., Wall, M.M., Haynos, A.F., y Neumark-Sztainer, D. (2017). Stability and change in patterns of eating disorder symptoms from adolescence to young adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 50, 748-757. doi: 10.1002/eat.22692

Peck, L.D. y Lightsey, O.R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86(2), 184-192. doi: 10.1002/j.1556-6678.2008.tb00496.x

Perko, V.L., Forbush, K., Siew, C., y Tregarthen, J. (2019). Application of network analysis to investigate sex differences in interactive systems of eating-disorder psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 1-10. doi: 10.1002/eat23170

Quiles, Y., Quiles, M. J., Pamies-Aubalat, L., Botella, J., y Treasure, J. (2013). Peer and family influence in eating disorders: A meta-analysis. *European Psychiatry*, 28(4), 199-206. doi: 10.1016/j.eurpsy.2012.03.005

Quiles, Y., Terol, M.C., y Quiles, M.J. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 313-333.

Ruisoto, P., Cacho, R., López-Goñi, J.J., Deus, E.R., Vaca, S., y Mayoral, P. (2015). Gender differences in risk factors for Stice's Bulimia in a non-clinical sample. *Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-10. doi: 10.1017/sip.2015.58

Sparti, C., Santomauro, D., Cruwys, T., Burgess, P., y Harris, M. (2019). Disordered eating among Australian adolescents: Prevalence, functioning, and help received. *International Journal of Eating Disorders*, 52, 246-254. doi: 10.1002/eat.23032

Stice, E., Shaw, H., y Marti, C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging Findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 233-257. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091447

Stoeber, J., Madigan, D.J., Damian, L.E., Esposito, R.M., y Lombardo, C. (2016). Perfectionism and eating disorder symptoms in female university students: the central role of perfectionistic self-representation. *Eating and Weight Disorders*, 22(4), 641-648. doi: 10.1007/s40519-016-0297-1

Sweeting, H., Walker, L., MacLean, A., Patterson, C., Räisänen, U., y Hunt, K. (2015). Prevalence of eating disorders in males: a review of rates reported in academic research and UK mass media. *International Journal of Men's Health*, 14(2). doi: 10.3149/jmh.1402.86

Treasure, J., Claudino, A., y Zucker, N. (2010). Eating Disorders. *Lancet*, 375, 583-593. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61748-7

Vartanian, L.R., Hayward, L.E., Smyth, J.M., Paxton, S.J., y Touyz, S.W. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4), 322-330. doi: 10.1002/eat.22835

Vega, A.T., Rodríguez, M.A., Alonso, J.E., Carretero, G., y Martín, M. (2005). Prevalence and risk profile among secondary school students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 980–987. doi: 10.1007/s00127-005-0996-9

Welch, E., Ghaderi, A., y Swenne, I. (2015). A comparison of clinical characteristics between adolescent males and females with eating disorders. *BMC Psychiatry*, 11, 15-45. doi: 10.1186/s12888-015-0419-8.

Welch, E., Miller, J.L., Ghaderi, A., y Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behaviors*, 10(3), 168-175. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.05.002

## CAPÍTULO 19

### REVISIÓN SISTEMÁTICA DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGAS EN JÓVENES REALIZADOS EN LOS INSTITUTOS DE ESPAÑA DESDE EL 2010

NATALIA DEL PINO-BRUNET, ALBA GARCÍA CID, Y JAVIER SALAS-RODRÍGUEZ  
*Universidad de Málaga*

#### INTRODUCCIÓN

Según el informe realizado en el año 2020 por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) durante el 2018 alrededor de 269 millones de personas tomaron drogas en todo el mundo, aumentando su consumo un 30% con respecto al 2009. En el mismo año se estimó que 192 millones de personas consumieron cannabis siendo la droga más consumida entre jóvenes (4,7 %), lo que la convierte en la más consumida a nivel mundial, seguida de los opioides con 58 millones de personas consumidoras.

El abuso de drogas legales e ilegales en los jóvenes ha sido considerado como un serio problema de salud pública, tanto en el ámbito internacional como en nuestro país (Martínez et al., 2008). Actualmente la síntesis química ha permitido ampliar muchísimo la variedad de drogas psicoactivas disponibles. Además, hay suficientes evidencias que demuestran que, a pesar de los esfuerzos por prohibir y controlar su comercio, estas sustancias son más accesibles que nunca (Infante, Barrio, y Martín, 2003).

El Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT), en su último informe del año 2018 muestra que en Europa el consumo de drogas sigue siendo alto, siendo el alcohol una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad, que en la actualidad causa más de 3 millones de muertes anuales en el mundo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Esta situación está creando una alarma social en España, por ello desde 1995 España se realiza desde el Observatorio Español de las Drogas y las adicciones la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas entre Estudiantes de Secundaria (ESTUDES 2018-2019), centrada en alumnos y alumnas de 14 a 18 años, con el objetivo de conocer la situación del consumo de drogas. En su último estudio revelan que el alcohol es la sustancia psicoactiva de mayor prevalencia entre los estudiantes, ya que el 77,9% ha consumido bebidas alcohólicas en alguna ocasión en su vida. La segunda droga sería el tabaco, el 41,3% ha fumado tabaco alguna vez en la vida. El cannabis es la tercera droga más extendida entre los estudiantes y la sustancia ilegal con mayor prevalencia, el 33 % confirma haber consumido cannabis en alguna ocasión. Seguiría

el consumo de hipnosedantes (tranquilizantes/somníferos) observándose que el 18,4% de los adolescentes ha tomado sustancias de este tipo alguna vez en su vida.

La realización de programas escolares de prevención de consumo de drogas se ha demostrado eficaz en el control de hábitos de adicción en la población juvenil (Fernández, Gijón, y Lizarte, 2016). Por ello, el presente estudio pretende realizar una revisión sistemática para conocer los programas de prevención de drogas que se están realizando en los institutos españoles desde el año 2010 hasta hoy día, con el objetivo de analizar las intervenciones y conocer qué se está realizando en este ámbito y los resultados obtenidos. En esta investigación se han seguido las recomendaciones PRISMA, para el proceso de búsqueda y reporte de la información (Moher et al., 2009). A partir de aquí nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Qué programas de prevención se están realizando en los institutos españoles para evitar y/o disminuir el consumo de sustancias en jóvenes?

## METODOLOGÍA

### Búsqueda inicial

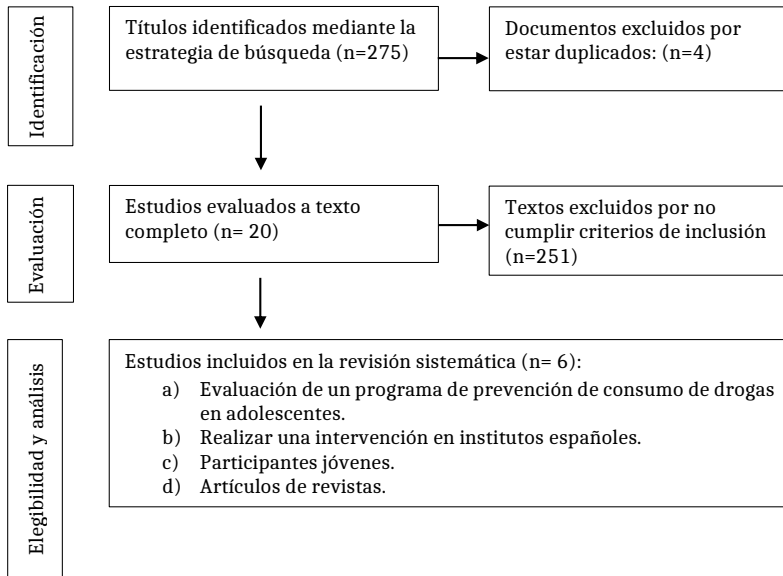
Se realizó una búsqueda sistemática de artículos científicos, consultando en tres bases de datos bibliográficas (Proquest, SCOPUS, y Google Scholar). Una primera búsqueda se realizó el 25 de septiembre de 2021 en ProQuest. Debido a los resultados obtenidos, se decidió ampliar la búsqueda a las dos bases restantes, SCOPUS y Google Scholar, durante el periodo comprendido entre el 4 y el 7 de octubre del mismo año. A continuación, mostramos los términos de búsqueda utilizados en cada base de datos, así como el número de artículos que pasaron a la fase inicial de cribado (Tabla 1). Se siguieron las recomendaciones PRISMA, que señala 27 indicadores esenciales en el proceso de registro y reporte de revisiones sistemáticas y meta- análisis (Moher et al., 2009).

*Tabla 1.* Términos utilizados en la búsqueda según base de datos y resultados iniciales

Base de datos	Términos de búsqueda	Resultados iniciales
ProQuest (PsycInfo, Psybooks, Sociology collection, PsycArticles, Psychology Database, Medline).	(Programa educativo) AND (drogas) AND (España)	126
SCOPUS	(Intervención educativa) AND (drogas) AND (España)	49
Google Scholar	Programa educativo sobre drogas en España	100
Total		275



Figura 1. Diagrama de flujo acorde a la declaración PRISMA (Moher et al., 2009)



### Cribado y criterios de inclusión

El proceso inicial de cribado consistió en el rastreo del título, resumen y perfil de participantes, con el fin de verificar si se cumplían los siguientes criterios de inclusión: a) evaluación de un programa de prevención de consumo de drogas en jóvenes, b) realizar una intervención en institutos españoles, c) Participantes jóvenes y d) artículos de revistas. En caso de no saber con exactitud si un artículo cumplía los criterios se le incluía en el análisis del texto completo para después determinar su pertenencia en el estudio. Han sido cribados un total de 275 artículos, de los cuales hemos encontrado que 4 eran duplicados. De los 271 restantes se rechazaron los que no cumplieron los criterios de inclusión. La mayoría de ellos no cumplían el criterio a, es decir, no era un programa de prevención sino un estudio para conocer el consumo de jóvenes. Otros artículos se han rechazado por no ser intervenciones en España sino en Latinoamérica.

### Análisis del texto completo

Al análisis del texto completo se incluyeron 20 artículos (4 de Google Scholar y 2 de SCOPUS). Los 6 artículos restantes se introdujeron en la revisión, los cuales se analizaron detalladamente y se codificaron según las categorías de la Tabla 2.

*Tabla 2. Categorías para el registro de artículos de la revisión*

Categorías	Descripción
Lugar	Localización geográfica.
Duración	Tiempo en el que se implanta el programa.
Participantes	Características de los beneficiarios del programa (sexo, origen y rango de edad o edad media de los participantes).
Objetivos	Situación que se desea obtener como resultados de acciones específicas al finalizar el programa.
Características de la Intervención	Tipo de técnicas empleadas y/o actividades implementadas para conseguir los objetivos.
Métodos de evaluación	Instrumentos utilizados para la evaluación (entrevistas, cuestionarios, observación participante, etc.)
Resultados	Logros conseguidos, efectividad del programa y satisfacción de los participantes.

## RESULTADOS

Hemos creído conveniente analizar los resultados según las siguientes categorías: lugar del programa, duración, participantes, objetivos, características de la intervención, método de evaluación y resultados (Tabla 2). Una vez codificado y analizado los 6 artículos se realizan las valoraciones siguientes:

Si nos centramos en el lugar de realización de los programas todos ellos, tal y como se comentó al principio, se han realizado en institutos españoles. Vemos que la mayoría de las intervenciones duran como máximo un año académico (3,4,5,6) teniendo de 9-11 sesiones. Dos de los programas son de corta duración y constan de 3-4 sesiones (1,2).

En relación a los participantes de los programas todos han sido jóvenes estudiantes cuyas edades transcurren de los 10 a los 17 años. La mayoría de los programas se realizan en secundaria, excepto uno que se realiza en primaria, concretamente en 5º y 6º curso (2).

Si analizamos los objetivos de los programas encontramos que todos ellos se han centrado en la prevención, aunque algunas de las intervenciones añaden otros objetivos como cambiar las actitudes del alumnado frente al consumo (3), obtener resultados positivos en variables mediadoras en el consumo (4), prevenir la violencia y mejorar la convivencia (6).

Analizando las características de las actividades la mayoría de los programas han utilizado una metodología participativa basada en actividades de grupo, role-playing, encuestas, debates y aprendizaje cooperativo (1,2,4,6). Uno de los estudios no especifica la metodología utilizada en las actividades (5).

Si atendemos a los métodos de evaluación del programa la mayoría de ellos han realizado un pretest y un posttest (1,3,4), uno de los programas realiza el posttest tres semanas después de la intervención (6). Otro programa realiza una evaluación justo después de la intervención y un seguimiento seis meses después (5). Encontramos

que una de las intervenciones para realizar la evaluación utiliza una metodología mixta, por un lado, realiza una evaluación cualitativa con entrevistas y mediante la observación, y por otro, una evaluación más cuantitativa a través de cuestionarios (2).

En relación con los resultados todos los programas alcanzan los objetivos que se plantean pues mejoran el conocimiento y las actitudes de los jóvenes de cara a la prevención de las drogas. Vemos que a la hora de realizar los cuestionarios posttest los jóvenes tienen un nivel más bajo de errores (1). Otro programa señala que el contraste con los resultados del grupo control confirma la validez de la intervención (3). Otros resultados muestran que además de ser eficaz en cuanto a informar a los estudiantes también existe un aumento del autoestima en las jóvenes (4). En otra intervención mejora la convivencia incrementando la cooperación entre compañeros y la confianza en el profesorado como autoridad (6). También existe una reducción en el porcentaje de episodios de embriaguez además de mejorar las variables protectoras del consumo (5). Solo uno los programas además de comentar que hay efectos positivos de la aplicación de mismo, nombra aspectos negativos y sugerencias a mejorar, como ampliar la duración y los temas impartidos, no juntar las clases para hacer la intervención más individualizada y personalizada y comenta que sería conveniente introducir las nuevas tecnologías en la aplicación de los mismos además de contar con la participación de las familias (2).

*Tabla 3.* Principales proyectos de prevención realizados en España en los últimos diez años

Nº	Autores/año	Lugar	Duración	Participantes	Objetivos	Características de la actividad	Método de Evaluación	Resultados
1	Azorín (2014).	Murcia	3 sesiones de 55 minutos cada una.	142 estudiantes de 3º de ESO. Edades de 14-16 años.	Prevenir la drogadicción en jóvenes.	Metodología de tipo participativa y activa. se ha propiciado la interacción, la generación de debate y la realización de actividades en grupo	Evaluación inicial tipo test. Que constó de 50 preguntas verdadero y falso. En la última sesión se volvió a pasar el cuestionario.	Los resultados del cuestionario inicial denotan que el alumnado (de forma previa a la experiencia) estaba bastante desinformado respecto a las drogas, ya que la mayoría de los discentes tuvieron de media entre 5 y 8 errores. Respecto a los resultados del cuestionario final, el 89% del alumnado contestó correctamente a la mayoría de las preguntas mientras que el 11% restante cometió entre 1 y 3 errores

**Tabla 3.** Principales proyectos de prevención realizados en España  
en los últimos diez años (continuación)

Nº	Autores/año	Lugar	Duración	Participantes	Objetivos	Características de la actividad	Método de Evaluación	Resultados
2	Menéndez-Hernández, Velasco-Martínez Tójar-Hurtado (2018)	Málaga	4 sesiones (3 horas/día) con el alumnado y una con la familia (2 horas).	135 estudiantes de Educación Primaria, de 5º y 6º curso (10-13 años).	Prevenir el consumo de drogas y adicciones en jóvenes.	La metodología utilizada con el alumnado dentro del aula son actividades role-playing, encuestas, sondeos, debates, dilema moral, torbellino de ideas y análisis publicitarios.	Mixto, combinando una metodología cualitativa, a través de entrevistas y observación, con otra cuantitativa, a través de cuestionarios.	Aunque el alumnado se ha mostrado motivado y los resultados son positivos existen una serie de cuestiones a mejorar: Ampliar el tiempo del programa y los contenidos, además de incluir las TIC y metodologías que les haga interactuar entre ellos. También debería reducirse el número de alumnos para dar un trato más personalizado. Sería interesante un apartado específico en el que de forma exclusiva se trabaje con las familias.
3	Villanueva (2010)	Jaén	10 sesiones (dos por semana). Cada sesión duró 6 horas. También se realizaron unas sesiones con los padres que duraron un total de 12 horas.	125 sujetos que suponen la totalidad de alumnado que cursa estudios de 2º curso de ESO (13-14 años).	Cambiar las actitudes del alumnado frente a la droga y prevenir el consumo de drogas.	Es un programa eminentemente práctico, con una metodología activa y participativa.	Al azar unas clases serán experimentales y otras de intervención. A todas se les pasará una evaluación inicial a través de un cuestionario. Tras la aplicación de los programas se vuelven a pasar los cuestionarios.	La aplicación del programa ha sido efectiva en cuanto que ha mejorado significativamente las actitudes del alumnado de cara a la prevención de drogas. En cuanto a las diferencias esperadas de la actitud del alumnado por la aplicación de un programa de prevención con los padres y madres, como hemos podido observar en los resultados, no aparecen diferencias significativas.

**Tabla 3. Principales proyectos de prevención realizados en España en los últimos diez años (continuación)**

Nº Autores/año	Lugar	Duración	Participantes	Objetivos	Características de la actividad	Método de Evaluación	Resultados
4 Fernández-Rodríguez (2021)	Andalucía, Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña y Melilla.	No especifica el número de sesiones. Se realiza a lo largo de todo el curso 2016-17.	4.195 estudiantes. (45.9 % de 1º de ESO y 22.9% de 2º de ESO), y el tercio restante el segundo ciclo de Educación Secundaria (15.4% de 3º de ESO y 15.8 de 4º de ESO)	Prevención del consumo de tabaco y alcohol, así como la obtención de resultados positivos para variables intermedias o mediadoras de esta conducta.	Se utiliza una metodología a interactiva.	Se realizan dos cuestionarios: pretest y postest. La primera medición tuvo lugar antes de aplicar el programa. La segunda se realizó a final de ese curso escolar.	Los resultados sugieren un efecto positivo sobre la información sobre drogas, además consigue un efecto diferencial en la autoestima que se incrementa en el grupo de las adolescentes.
5 Hernández et al. (2013)	Alicante	Consta de 9 sesiones de 1 hora cada una, que se realizan durante todo	106 escolares (44.6 % chicos) entre 14 y 17 años (M = 15.20; DT = 0.92) de un centro de Educación Secundaria	Prevenir el abuso de alcohol y otras drogas recreativas en el ámbito del ocio.	No especifica la metodología a utilizada.	Una evaluación post-test (tras la aplicación del programa) y un seguimiento a los seis meses tras la intervención.	Los resultados muestran una reducción en el porcentaje de episodios de embriaguez, así como un efecto de mejora significativa sobre las variables protectoras del consumo.
6 Díaz-Aguado, Martínez-Arias y Ordóñez (2013)	Madrid	Se realizaron 11 sesiones (no especifica la duración).	Se aplicó en los cursos 3.º y 4.º de la ESO. Participaron 167 estudiantes. Media de edad 15 años.	Prevención del consumo de drogas y la violencia, así como con la mejora de la convivencia.	El programa se aplica mediante procedimientos participativos, basados en la interacción con los compañeros, como los debates y el aprendizaje cooperativo.	Se utilizó el diseño de grupo de control no equivalente con medidas en pretest y postest. Respondieron a los cuestionarios a través de una aplicación informática, un mes antes y tres semanas después de llevar a cabo el programa.	Mostró ser eficaz para mejorar la convivencia incrementando la cooperación entre compañeros y la confianza en el profesorado como autoridad y para prevenir el consumo de drogas.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

La mayoría de los programas se realizan en una provincia determinada, sin embargo uno de ellos se desarrolla en varias comunidades autónomas (4). Según Álvarez (1998) para que un programa sea efectivo debe adecuarse al contexto, es decir, debe conocer las características culturales de la población en la que se actúa, los factores sociales, la situación de las familias, los recursos existentes en el barrio, entre otros aspectos.

Vemos que hay programas de corta duración teniendo solo 3 y 4 sesiones (1,2) y el resto son de larga duración teniendo entre 9 y 11 sesiones (3,5,6). Uno de los programas no especifica el número de sesiones pero entendemos que es de larga duración ya que ocupa todo el año académico (4). Un estudio muestra que para que los programas de prevención sean eficaces deben tener una duración mínima de 10 a 12 sesiones y que traten más de un tipo de drogas (Tobler, 2000).

Tres de los programas analizados se realizan con edades que consideramos tardías ya que intervienen con estudiantes de 16 a 17 años (1, 4, 5). Según el Informe 2021 sobre el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales en España, la edad en la que se consume alcohol por primera vez se sitúa en los 16,7 años. Por tanto, si hablamos de prevención se debería intervenir en edades más tempranas, antes de que los estudiantes prueben o consuman estas sustancias, por lo que habría que intervenir en cursos inferiores con alumnos y alumnas de entre 10 y 14 años.

Hemos encontrado que tres de las intervenciones además de prevenir el consumo trabajan las variables protectoras (5) la autoestima de las jóvenes (4) y la mejora de la convivencia (6). La literatura muestra que los jóvenes con baja autoestima son más vulnerables a comenzar a probar las drogas, pues la presión de los pares es más efectiva cuando no hay una autoestima fuerte y no se es seguro de sí mismo (Crockett y Petersen, 1993). Otro autor comenta la importancia del autocontrol, ya que si esta capacidad disminuye aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas (López-Torrecillas et al., 2003). También influyen las circunstancias socioculturales, características individuales y los problemas sociales (Arbex, 2014). Por tanto, es necesario incluir en los programas de prevención la formación de habilidades sociales donde los estudiantes aprendan recursos que mejoren su autoestima, confianza y asertividad.

Vemos que solo uno de los programas hace referencia al género (4) y busca comprobar que ha influido de manera positiva tanto en los hombres como en las mujeres participantes. La investigación realizada en el ámbito de las adicciones durante las dos últimas décadas ha puesto de manifiesto una clara influencia del género en los usos y abusos de drogas (Fernández, Demam, y Fontanil, 2020). Por tanto, es necesario que los programas preventivos analicen las desigualdades

observadas y las situaciones de vulnerabilidad específicas del género y que además evalúen la eficacia de la intervención en ambos sexos.

Uno de los estudios no especifica la metodología utilizada (5). En el resto de los programas utilizan metodologías activas donde el estudiante participa, colabora y coopera con los compañeros (1,2,4,6). Sin embargo, en ninguno de los programas se nombra el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). Investigaciones muestran cómo el uso de las TIC en la educación es un recurso imprescindible que motiva y reta tanto a profesores como a los estudiantes a conseguir sus objetivos (del Pino-Brunet y Macías, 2020).

Todos los programas analizados para hacer la evaluación utilizan una metodología cuantitativa a través de la utilización de cuestionarios pretest y postest. En el contexto de la evaluación educacional, este instrumento es útil para recoger de manera estandarizada información sobre características de una población de interés, así como para medir opiniones, creencias o actitudes (Bravo y Valenzuela, 2019). El programa 2 utiliza metodologías mixtas ya que incluye métodos cualitativos a través de la observación y de la realización de entrevistas. Según Tashakkori y Teddlie (2003) las metodologías mixtas mejoran la validez, la transferibilidad y la fiabilidad. Señalar que en esta revisión solo una intervención realiza un seguimiento meses después de haber desarrollado el programa (5). Creemos necesario que todos los programas incluyan un seguimiento ya que ayuda a conocer si los conocimientos y habilidades adquiridas en el programa perduran en el tiempo.

Otro aspecto a señalar es que ninguno de los programas forma a los docentes para poder impartir el programa, cuando debería ser un aspecto esencial para el éxito y la eficacia de las propuestas relacionadas con la prevención de drogadicciones, ya que la poca formación del profesorado puede ser un inconveniente a la hora de abordar la intervención (Azorín, 2014). Además, las intervenciones con jóvenes deberían incluir a la familiar en el desarrollo de estas, como hacen dos de los programas analizados (2,3), pues es en el contexto familiar donde se ejerce una gran influencia sobre el consumo de drogas en sus miembros, ya que puede actuar licitando, neutralizando o inhibiendo tales conductas (Dento y Kampfe, 1994).

Hay que destacar que ninguna de las intervenciones cuenta con el apoyo de otros profesionales como psicólogos, policías, o alguna persona que haya tenido problemas con las drogas y cuente su experiencia. Creemos que esto sería un aspecto importante en el desarrollo de los programas donde los estudiantes pueden oír y ver de forma clara los problemas tanto sociales, personales y físicos que puede acarrear el consumo de estas sustancias.

## CONCLUSIONES

Encontramos necesario abordar tareas de prevención en los centros educativos así como de facilitar información, resolver las inquietudes de los jóvenes acerca de esta temática y trabajar habilidades sociales que refuercen y desarrollen capacidades como la seguridad en uno mismo y el autoestima.

Destacar ciertas limitaciones que han surgido en el estudio realizado. La principal limitación de nuestra investigación está directamente relacionada con el número de estudios publicados que evalúan programas de prevención de drogas. Además algunos de los estudios no detallan con exactitud las características de los participantes ni desarrollan las actividades realizadas lo que dificulta el análisis.

## REFERENCIAS

- Álvarez, R.A. (1998). *Diseños de programas de orientación*. Universidad de Sevilla. Recuperado de: [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9685/CC\\_36\\_art\\_7.pdf](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/9685/CC_36_art_7.pdf)
- Ática, S.C. (2014). *Menores vulnerables y consumo de drogas: el espacio socioeducativo*. Ática servicios de salud. Recuperado de: <http://www.atिकासerviciosdesalud.com/Menores%20vulnerables%20y%20consumo%20de%20drogas.pdf>
- Azorín, A.M.C. (2014). ¡Abre los ojos! Un proyecto de mejora educativa para la prevención de drogas en jóvenes. *Revista Complutense de Educación*, 27(1), 141-159. doi: 10.5209/rev\_RCED.2016.v27.n1.45532
- Bravo, P.T. y Valenzuela, G.S. (2019). *Cuadernillo técnico de evaluación educativa*. Desarrollo de instrumentos de evaluación: cuestionarios. Recuperado de: <https://www.inee.edu.mx/wp-content/uploads/2019/08/P2A355.pdf>
- Crockett, L. y Petersen, A. (1993). Adolescent Development: Health Risks and Opportunities for Health Promotion. En S. Millstein, A. Petersen, y E. Nightingale (Eds.), *Promoting the Health of Adolescents* (pp. 13-37). New York: Oxford University Press.
- Del Pino-Brunet, N. y Macías, L.A. (2020). *Una revisión sistemática de proyectos de innovación educativa realizados durante el año 2020 en las universidades españolas. Teoría y práctica en investigación educativa: una perspectiva internacional*. Dykinson.
- Dento, R. y Kampfe, C. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: literature review. *Adolescence*, 29, 114, 475-495.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez-Arias, R., y Ordóñez, A. (2013). Prevenir la drogodependencia en adolescentes y mejorar la convivencia desde una perspectiva escolar ecológica. *Revista de Educación*, 338-362. doi: 10.4438/1988-592X-RE-2013-EXT-251
- ESTUDES. (2018-2019). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Visitado 27 de septiembre de 2021. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018-19\\_Presentacion.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Presentacion.pdf)
- Fernández, C.M., Gijón, P.J., y Lizarte S.E.J. (2016). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de magisterio y sus creencias acerca de la educación preventiva. *Acción Psicológica*, 13(1), 67-78. doi: 10.5944/ap.13.1.17419



Fernández-Rodríguez, M.A., Fontanil-Gómez, Y., Dema-Moreno, S., Quintero-Ordoñez, B., y González-López, I. (2021). Género y prevención de drogodependencias: Evaluación del programa escolar “Juego de Llaves”. *Health and Addictions /Salud y Drogas*, 21(1), 245-258. doi: 10.21134/haaj.v21i1.581

Fernández, M.A., Dema, S., y Fontanil, Y. (2020). Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones. *Revista española de drogodependencias*, 45(1), 10-25.

Hernández, S.O., Espada, S.J., Piqueras, R.J.A., Orgilés, A.M., y García, F.J.M. (2013). Programa de prevención del consumo de drogas Saluda: evaluación de una nueva versión en adolescentes españoles. *Salud y drogas*, 13(2), 135-144.

Infante, C., Barrio, G., y Martín, E. (2003). *Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. Monografía drogas recreativas. Adicciones*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.

Martínez, M.K.I., Salazar, G.M.L., Pedroza, C.F.J., Ruiz, T.G.M., y Ayala, V.H.E. (2008). Programa de Intervención Breve para Adolescentes y Consumo de Alcohol y Drogas Resultados preliminares del Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas. *Salud Mental*, 31, 119

Menéndez-Hernández, C., Velasco-Martínez, L.C., y Tójar-Hurtado, J.C. (2018). Evaluación del programa de prevención de adicciones “Entre todos”. *MLS-Educational Research*, 2(1), 7-26. doi: 10.29314/mlser.v2i1.30

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., y The PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7). doi: 10.1371/journal.pmed.1000097

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). (2018). *Informe europeo sobre drogas*. Tendencias y novedades. Recuperado de: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816\\_TDAT18001ESN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001ESN_PDF.pdf)

La Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *El consumo nocivo de alcohol mata a más de 3 millones de personas al año, en su mayoría hombres*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/21-09-2018-harmful-use-of-alcohol-kills-more-than-3-million-people-each-year--most-of-them-men>

Tashakkori, A. y Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G., Streke, A.V., y Stackpole, K.M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336.

Oficina de las Naciones Unidas (UNODC). (2020). *Informe Mundial sobre las Drogas 2020 de la UNODC: el consumo global aumenta a pesar de que el COVID-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas*. Recuperado de: [https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06\\_26\\_Informe\\_Mundial\\_Drogas\\_2020.html](https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html)

Informe 2021 alcohol tabaco y drogas ilegales. (2021). *Observatorio Español sobre Drogas y las adicciones*. Recuperado de: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20\\_Informe\\_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf)

Villanueva R.C. (2010). Resultados de un programa de prevención de drogas en el cambio de actitudes del alumnado. *Enseñanza & Teaching*, 28(1), 157-183.



## CAPÍTULO 20

### DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SALUD MENTAL EN USUARIOS REMOTOS DE UN PROGRAMA BIOPSICOEDUCATIVO EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

MANUEL DE JESÚS CARRERA-ESCOBEDO,  
MARÍA LUISA RAMÍREZ-DE LOS SANTOS,  
CLAUDIA JACKELIN DE LA CRUZ-AHUMADA, GABRIELA VALLE,  
CARMEN CELINA ALONSO-SÁNCHEZ,  
ÁNGEL PÉREZ-REYES, EDGAR IVÁN LÓPEZ-PULIDO, Y  
SAÚL RAMÍREZ-DE LOS SANTOS

*Centro Universitario de Los Altos de la Universidad de Guadalajara*

#### INTRODUCCIÓN

La situación actual que estamos viviendo condujo a que los sistemas de salud mundiales desplegaran protocolos y estrategias radicales como la cuarentena ante la pandemia por COVID-19 (Brooks et al., 2020). Esto ha provocado una alteración del tejido sociocultural en el mundo entero, además de una alta tasa de mortalidad y casos activos, todo ello ha agudizado los problemas de salud pública física y mental (Li, Liu, Yu, Tang, y Tang, 2020). Simultáneamente, los factores de riesgo biológicos y psicosociales en salud mental, han estado incrementando en la población mundial; en México, gran parte de la atención primaria (AP) y comunitaria se ha visto interrumpida constantemente.

Las actividades de promoción de la salud y de prevención deben mantener su carácter constitutivo y adaptarse continuamente a través del diagnóstico situacional para aumentar la cobertura en la atención sanitaria. Respecto a los trastornos mentales, la depresión y la ansiedad son cuadros clínicos que representan graves problemas de salud pública a nivel mundial y tanto sus prevalencias como incidencias siguen en aumento. En México, al inicio de la pandemia, en mujeres se reportaron frecuencias del 71.1% con síntomas de ansiedad y 24.5% con síntomas de depresión; mientras que en hombres, se reportaron frecuencias del 74% y del 18.6% respectivamente (Teran-Pérez et al., 2021).

Las intervenciones biopsicoeducativas son cruciales en los sistemas de salud públicos, pues estas acciones permiten acrecentar las medidas de autocuidado y prevención primaria en la población (Kwiatkowski et al., 2016). Ello favorece la transformación del modelo curativo al preventivo, donde la base principal del sistema de salud sea la AP y comunitaria (Heinze-Martín, Olmedo-Canchola, Bazán-Miranda, Bernard-Fuentes, y Guizar-Sánchez, 2018).

En México, la implementación de actividades de biopsicoeducación, promoción, prevención y detección temprana en contextos colaborativos no ha podido consolidarse satisfactoriamente; debido a obstáculos económicos, políticos y socioculturales (Berenzón-Gorn, Saavedra-Solano, y Galván-Reyes, 2018; Martínez, Galván, Saavedra, y Berenzón, 2017). Dichas actividades mencionadas anteriormente, son las llamadas intervenciones psicosociales y son las recomendadas como primera línea por la OMS y sincronizan con los objetivos de la AP en salud mental (OMS, 2017). Además, lo anterior subraya la función central del Psicólogo en la pirámide de salud mental; evidentemente ello no indica que sea suficiente ya que se requiere la colaboración interdisciplinar con otros profesionales de la salud (OMS, 2013) (ver Figura 1).

*Figura 1. La pirámide de atención en salud mental*



Se muestran la pirámide de salud, con la plataforma principal en el autocuidado y servicios informales a la comunidad y con una segunda plataforma en la atención primaria, la cual sustenta los servicios formales de salud.

Las guías internacionales de tratamientos existentes para pacientes con síntomas depresivos recomiendan favorecer la detección temprana y un cuidado escalonado en el manejo de la depresión, con intervenciones psicosociales como biopsicoeducación y psicoterapia como primera línea de acción (NICE, 2020). Pese a dichas recomendaciones, sigue existiendo un elevado porcentaje de casos que no son detectados correctamente, poco más de la tercera parte no recibe tratamiento y de éstos se estima que sólo una tercera parte recibe un tratamiento basado en la evidencia (Muñoz-Navarro et al., 2017).

Actualmente, la situación en salud pública mundial exige el diseño e implementación de estrategias que minimicen el impacto psicológico y físico e incremento en innovación en Psicología Clínica y de la Salud (Gruber et al., 2020). Para ello, es importante la exploración y detección de factores de riesgo y de protección en poblaciones vulnerables; la adaptación de la atención sanitaria a formatos que permitan el acceso y seguimiento de los usuarios, al mismo tiempo que se favorezca en lo posible la autonomía de las personas.

### **Hipótesis**

Las características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio (usuarios remotos) evidenciarán la urgencia de diseñar, implementar, ampliar y adecuar programas de salud para optimizar la AP en salud mental en formatos virtuales y con enfoque en el cuidado escalonado.

### **Objetivos**

Elaborar un diagnóstico situacional de salud mental en usuarios remotos de un programa biopsicoeducativo de un centro de AP ubicado en los Altos de Jalisco, México.

## **MÉTODO**

### **Participantes**

El diagnóstico incluyó 80 usuarios remotos previo al inicio de un programa biopsicoeducativo de salud, dirigido a población general adulta, ambos géneros y en formato virtual. La sede física del programa fue el Centro de Atención Médica Integral (CAMI) del Centro Universitario de los Altos (CUALTOS) de la Universidad de Guadalajara (UDG); en Jalisco, México. Los facilitadores del programa biopsicoeducativo realizaron el presente estudio; dicho equipo estuvo conformado por estudiantes y clínicos que prestan su servicio en el CAMI y por profesores del área de ciencias de la salud del CUALTOS. El presente trabajo forma parte del Proyecto clave 8040-2019 cofinanciado por el Consejo Estatal de Ciencia y Tecnología de Jalisco y por la Universidad de Guadalajara.

### **Instrumentos**

El Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4). Es un autoinforme de cribado ultra breve para evaluar ansiedad y depresión; consta de 4 ítems y considera un punto de corte de 3, para ambas escalas. El instrumento en su versión electrónica posee aceptable confiabilidad y validez (Cano-Vindel et al., 2018).

La escala de empoderamiento sobre la salud (EES). Es una escala adaptada con consistencia interna aceptable (Serrani-Azcurra, 2014). Es una herramienta para la

evaluación de programas biopsicoeducativos en pacientes ambulatorios. Consta de 8 ítems puntuados con escala Likert.

La pregunta-escala. La pregunta escala es útil para medir la salud global percibida por el usuario, consta de una escala de 0 a 10, donde 0 es la peor sensación y 10 la mejor sensación de salud y bienestar en la vida del usuario. La pregunta fue desarrollada por S. Shazer (Cade y O'Hanlon, 1995).

### **Procedimiento**

Se invitó a los usuarios a participar, se les informaron los objetivos del estudio y se recogió información socio-demográfica y clínica a través de los cuestionarios en formato virtual: PHQ-4, EES y pregunta-escala. Después de haber colectado los datos se procedió a organizarlos y codificarlos en una base electrónica.

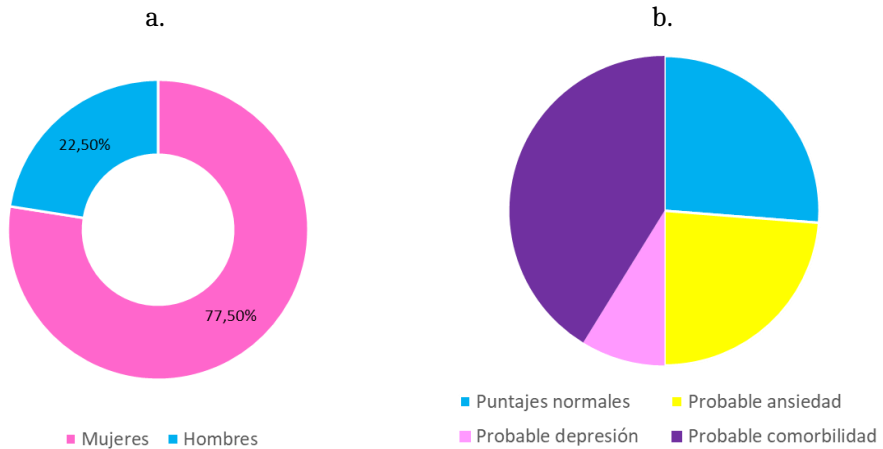
### **Análisis de datos**

A partir de la base de datos se realizaron análisis descriptivos de cada una de las variables; considerando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para variables cuantitativas. Posteriormente se realizaron análisis inferenciales bivariados considerando la distribución de los datos. Se empleó tanto M. Excel como el software estadístico SPSS v23 y cuando el valor de "p" fue menor a 0.05 se consideró significancia estadística.

## **RESULTADOS**

Se identificaron los siguientes descriptivos: la mediana de edad fue 20.5 años (18 – 65 años), el 77.5% fueron mujeres (ver Figura 2a), el 50% residentes de los Altos de Jalisco y el 77.5% estudiantes. Los descriptivos clínicos fueron: el 73.8% con sospecha de trastornos del estado de ánimo; de los cuáles el 8.8% presentó síntomas de depresión, el 23.8% de ansiedad y el 41.3% cuadros comórbidos ansiedad-depresión (ver Figura 2b). Los datos completos pueden verse en la Tabla 1.

**Figura 2.** Frecuencias de género y sospecha de trastornos del estado de ánimo



Se muestran el porcentaje de usuarios según el género (a) y las proporciones según categoría con base a los puntajes en el cuestionario de cribado para trastornos del estado de ánimo (b).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas y clínicas de la población de estudio

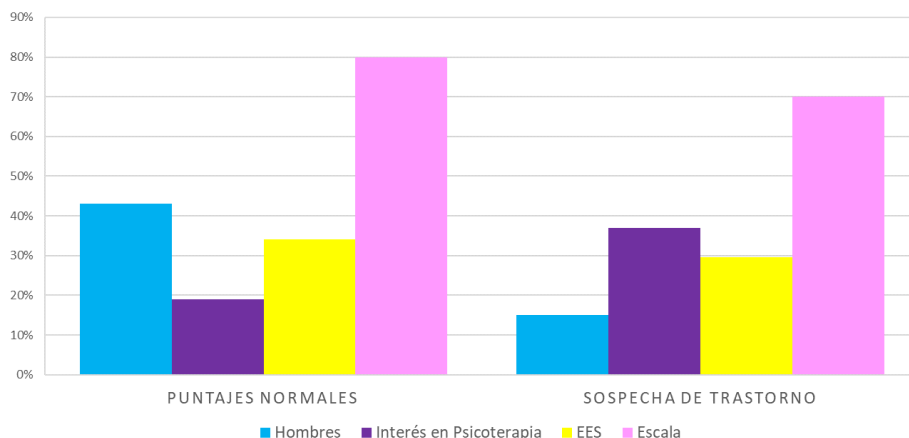
Variables	Descriptivos
<b>Género</b>	
Mujeres	62 (77.5%)
Hombres	18 (22.5%)
Edad	20.5 (18-68)
<b>Lugar de residencia</b>	
Región Altos	40 (50%)
Otras regiones de Jal.	29 (36.3%)
Otros estados	11 (13.7%)
<b>Ocupación</b>	
Estudiante	62 (77.5%)
Otros	18 (22.5%)
EES puntaje	30.61 (4.95)
Escala puntaje	7 (1- 9)
<b>Sospecha de trastorno</b>	
Puntajes normales	21 (26.3%)
Ansiedad	19 (23.8%)
Depresión	7 (8.8%)
Comorbilidad	33 (41.3%)

Se muestra frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas; medianas, mínimo y máximo para la edad y escala; media y DE para EES.

Del total de usuarios, el 32.5% manifestó interés en recibir psicoterapia además de biopsicoeducación. Dentro del subgrupo con puntajes normales, encontramos: un 57.1% de mujeres, un 19% manifestó interés en recibir psicoterapia y una media en

el puntaje de la escala de empoderamiento de 33.57 (25-40) y una mediana de 8 (2-9) en la escala de salud percibida. Dentro del subgrupo con síntomas, encontramos: un 84.7% de mujeres, un 37.3% interesados en psicoterapia y una media en la escala de empoderamiento de 29.6 (19-40) y una mediana de 7 (1-9) en la escala de salud percibida (ver Figura 3).

*Figura 3. Generalidades del diagnóstico situacional*



Se muestran el porcentaje de usuarios del género masculino, porcentaje de usuarios con interés en psicoterapia, los puntajes de EES y puntaje escala en ambos subgrupos de estudio: subgrupo con puntajes normales y el subgrupo con sospecha de trastorno

Respecto al análisis inferencial, se identificó diferencia entre los puntajes de PHQ-4 y Escala entre hombres y mujeres; correlación negativa entre EES y PHQ-4 en ambos géneros. En mujeres se encontró correlación positiva de puntajes EES tanto con edad y escala, y correlación negativa entre escala y PHQ-4. Respecto a los motivos generales que describieron los usuarios al registrarse al programa biopsicoeducativo identificamos 4 temas recurrentes: a) interés en conocer estrategias de autocuidado de la salud física y mental, b) manejo del estrés y de las emociones, c) interés específico en técnicas de relajación e d) interés en la mejora del bienestar general.

## DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

El presente estudio evidencia una mayor frecuencia de participantes estudiantes y del género femenino en el programa biopsicoeducativo, así como una elevada prevalencia de casos sospechosos de trastornos del estado de ánimo, sobre todo de cuadros comórbidos ansiedad-depresión. Además, aun cuando el programa fue a distancia, se identificó que la mitad de la frecuencia de usuarios, eran residentes de la región Altos de Jalisco.



La información cualitativa y cuantitativa obtenida del diagnóstico situacional permitió adaptar el programa biopsicoeducativo a las necesidades de los usuarios. Ya se ha evidenciado, que la atención sanitaria basada en trabajo colaborativo entre profesionales de la salud ha mostrado ser rentable y efectiva, particularmente en la calidad de vida, impacto funcional y estado de ánimo de los usuarios de AP. Dichas intervenciones interdisciplinarias han de cumplir los criterios de aceptabilidad, adaptabilidad, adherencia, viabilidad y compatibilidad, como indicadores de calidad y efectividad en la práctica real (Caballol et al., 2019).

Los resultados derivados de las pruebas de cribado para trastornos del estado de ánimo, permiten tomar acciones tempranas para prevenir o tratar cuadros subclínicos antes del diagnóstico franco. Ya mucho se ha subrayado, que los procesos de salud-enfermedad son dinámicos, continuos, complejos y heterogéneos clínicamente. Por lo tanto, el uso de instrumentos de cribado y de naturaleza dimensional como el PHQ-4 son cruciales en la AP, donde tal evaluación se debe complementar con el consejo al usuario, la notificación constante, la ayuda o tratamiento adecuado y finalmente el seguimiento. Es recomendable, que dicho tratamiento sea breve y que contemple diversas técnicas como: biopsicoeducación, relajación, reestructuración, enfoque en conductas, plan de contingencia y seguimiento; grupos líderes en AP han ya constatado la efectividad de tales intervenciones (Cano-Vindel et al., 2021; Muñoz-Navarro et al., 2017).

Aún, cuando sabemos que no se puede asegurar la salud como un derecho a ninguna persona, puesto que algunos determinantes de la salud no se pueden controlar, sí es posible favorecerla a través de acciones para protegerla e incrementarla. En una segunda línea estarían las acciones de prevención y atención de acuerdo a los contextos de cada población y aunque pudiese parecer contradictorio, la salud integral no depende esencialmente de los servicios formales de salud. Más bien, depende de la calidad del sistema educativo, de la higiene en la alimentación, vivienda, condiciones laborales y la logística en la distribución de recursos (Gervas, 2008). Lo dicho, repercute en el nivel sociocultural de la población y por lo tanto en la percepción que tienen los usuarios de los procesos de salud-enfermedad y de los servicios de salud (Díaz et al., 2002).

Nuestros resultados evidencian que la atención en salud mental requiere mejorar su efectividad y que la detección temprana de los síntomas, cuadros subclínicos y factores de riesgo que pudieran tener las personas se ve retrasada, produciendo posterior saturación de los servicios de atención secundaria y terciaria con cuadros clínicos graves que son los que acuden a los servicios especializados. Es imperante seguir trabajando en conjunto con las instituciones para incrementar la calidad en la atención y reducir los tiempos de espera.

A pesar del frecuente agravamiento del cuadro clínico y de la consolidación de mecanismos fisiopatológicos en los pacientes con trastornos mentales no tratados, no deja de ser primordial (en la mayoría de los casos), el peso sustancial de los factores psicosociales. Por lo que, aunado al tratamiento frecuentemente farmacológico, se recomienda biopsicoeducación, intervenciones psicosociales suaves, psicoterapia o una combinación de las tres.

Por último, queremos comentar que aún con los avances en la atención en salud mental en México, es necesario seguir fortaleciendo e incrementando la calidad de la atención comunitaria, la biopsicoeducación y las intervenciones psicosociales, para constituir las como eje central en la AP en salud mental. Es crucial seguir aunando esfuerzos para conformar equipos interdisciplinarios lo más completos posible, en donde colaboren: psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, nutriólogos, fisioterapeutas, médicos familiares, psiquiatras, odontólogos y laboratoristas clínicos, entre otros.

En conclusión, el diagnóstico situacional evidenció la afectación de la esfera mental durante la pandemia por COVID-19. Se identificó la necesidad urgente de ampliar la cobertura sanitaria, especialmente a comunidad estudiantil e incluir formatos de psicoterapia breve a distancia. Además, el análisis cualitativo de los motivos de inscripción de los usuarios al programa abona sustancialmente en la mejora del mismo, adecuando los temas en el programa biopsicoeducativo e integrando a diversos profesionales de la salud.

## REFERENCIAS

- Berenzón-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., y Galvan-Reyes, J. (2018). [Contexts and challenges for mental health care at the first level. A socioecological approach]. *Salud Pública de México*, 60(2), 184-191. doi: 10.21149/8673
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., y Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Lancet*, 395(10227), 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- Caballol, R., Goncalves, A.Q., Aguilar, C., Sancho Sol, M C., González, G., Casajuana, M., ... Berenguera, A. (2019). Effectiveness, cost-utility, and benefits of a multicomponent therapy to improve the quality of life of patients with fibromyalgia in primary care: A mixed methods study protocol. [Clinical Trial Protocol]. *Medicine (Baltimore)*, 98(41), e17289. doi: 10.1097/MD.00000000000017289
- Cade, B. y O'Hanlon, W.H. (1995). *Guía breve de terapia breve*.
- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Medrano, L.A., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., Gómez-Castillo, M. D., ... Santolaya, F. (2018). A computerized version of the Patient Health Questionnaire-4 as an ultra-brief screening tool to detect emotional disorders in primary care. [Evaluation Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Affective Disorders*, 234, 247-255. doi: 10.1016/j.jad.2018.01.030

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J.A., Ruiz-Rodriguez, P., Medrano, L.A., y Gonzalez-Blanch, C. (2021). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-13. doi: 10.1017/S0033291720005498

Díaz Berenguer, J.A., Cabeza Mora, A., López Cabañas, A., Espiñeira Francés, A.J., Cervera Valverde, C., y Cabrera Padrón, C. D. (2002). El software de gestión integral de la atención primaria, una herramienta de análisis de los indicadores de utilización. *Atención Primaria*, 29(5), 287-293. doi: 10.1016/S0212-6567(02)70566-0

Gervas, J. (2008). [Commentary: health and politics: a not so innocent relationship]. *Atención Primaria*, 40(6), 282-284. doi: 10.1157/13123678

Gruber, J., Prinstein, M.J., Clark, L.A., Rottenberg, J., Abramowitz, J.S., Albano, A.M., ... Weinstock, L. M. (2020). Mental health and clinical psychological science in the time of COVID-19: Challenges, opportunities, and a call to action. *American Psychologist*. doi: 10.1037/amp0000707

Heinze-Martín, G., Olmedo-Canchola, V. H., Bazan-Miranda, G., Bernard-Fuentes, N.A., y Guizar-Sánchez, D.P. (2018). Los medicos especialistas en Mexico. *Gaceta Médica de México*, 154(3), 342-351. doi: 10.24875/GMM.18003770

Kwiatkowski, F., Dessenne, P., Laquet, C., Daures, J.P., Gay-Bellile, M., y Bignon, Y.J. (2016). BRACAVENIR - impact of a psychoeducational intervention on expectations and coping in young women (aged 18-30 years) exposed to a high familial breast/ovarian cancer risk: study protocol for a randomized controlled trial. [Clinical Trial, Phase II Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Trials*, 17(1), 509. doi: 10.1186/s13063-016-1642-4

Li, H., Liu, S.M., Yu, X.H., Tang, S.L., y Tang, C.K. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *International Journal of Antimicrobial Agents*, 55(5), 105951. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105951

Martinez, W., Galvan, J., Saavedra, N., y Berenzon, S. (2017). Barriers to Integrating Mental Health Services in Community-Based Primary Care Settings in Mexico City: A Qualitative Analysis. *Psychiatr Serv*, 68(5), 497-502. doi: 10.1176/appi.ps.201600141

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Ruiz-Rodríguez, P., Adrián Medrano, L., González-Blanch, C., Moriana, J. A., ... Dongil-Collado, E. (2017). Modelo jerárquico de diagnóstico y derivación de los trastornos mentales comunes en centros de atención primaria. Una propuesta a partir del ensayo clínico PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2), 124-129. doi: 10.1016/j.anyes.2017.10.002

National Institute for Health and Care Excellence (2020). Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada*. Versión 2.0. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud.

Serrani-Azcurra, D.J. (2014). Escala de Empoderamiento sobre la Salud para Adultos Mayores. Adaptación al español y análisis psicométrico. *Colombia Médica*, 45(4).

Terán-Pérez, G., Portillo-Vasquez, A., Arana-Lechuga, Y., Sánchez-Escandón, O., Mercadillo-Caballero, R., González-Robles, R.O., y Velázquez-Moctezuma, J. (2021). Sleep and

Mental Health Disturbances Due to Social Isolation during the COVID-19 Pandemic in Mexico.  
*International Journal of Environmental Research Public Health*, 18(6). doi:  
10.3390/ijerph18062804

## CAPÍTULO 21

### INFLUENCIA DEL GÉNERO SOBRE EL PERFIL DE PERSONALIDAD Y LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PIEL

MARÍA LUISA RAMÍREZ-DE LOS SANTOS, SAÚL RAMÍREZ-DE LOS SANTOS,  
MANUEL DE JESÚS CARRERA-ESCOBEDO, CARMEN CELINA ALONSO-SÁNCHEZ,  
CLAUDIA JACKELIN DE LA CRUZ-AHUMADA, Y EDGAR IVÁN LÓPEZ-PULIDO  
*Centro Universitario de Los Altos de la Universidad de Guadalajara*

#### INTRODUCCIÓN

Los pacientes con cáncer pueden presentar cambios en la personalidad y en estados anímicos, estas modificaciones generan cambios a nivel fisiológico alterando la química cerebral (Klinger et al., 2005). Los aspectos de la personalidad juegan un papel importante no solo ante la reacción de eventos estresantes, sino que además influye en la presencia de diversos tipos de emociones predominantes en la persona ya sea atenuando o exacerbando emociones negativas (Golimbet, Alfimova, Korovaitseva, y Lezheiko, 2016; Lo et al., 2017; Schmidt et al., 2018).

Algunos rasgos de personalidad están vinculados como posibles factores de riesgo para el desarrollo de cáncer. Se ha encontrado en pacientes masculinos con cáncer de pulmón e hígado presentan mayores puntuaciones de extraversión, así como un decremento importante en las puntuaciones con respecto al neuroticismo en comparación con el grupo control (Kissen y Eysenck, 1962; Nakaya et al., 2010). Otros estudios concuerdan en la presencia de un perfil o patrón de comportamiento particular en relación a esta enfermedad definido como patrón de conducta tipo C, el cual es característico de personas que tienden a suprimir emociones negativas, como la ira y la ansiedad, aparentando un estado de ánimo tranquilo, estas personas son altamente cooperadoras, preferentemente evitan conflictos y presentan tendencia a la depresión manifestando una inadecuada expresión emocional frente a situaciones estresantes (Torres, 2006).

Los rasgos de la personalidad (extraversión y psicoticismo) se mostraron como riesgo de la enfermedad en el caso de pacientes femeninas con melanoma maligno (Gogas et al., 2017). En etapas tempranas de este mismo tipo de cáncer de piel, se demostró que una breve intervención grupal psicoeducativa puede mejorar el afrontamiento ante la enfermedad, disminuyendo la angustia y llegar hasta alterar parámetros inmunes al mostrar mayor adherencia al tratamiento (Fawzy, Fawzy, Canada, & Fawzy, 2003). Aunque existen estudios donde exponen que no hay un perfil de personalidad característico como factor causal significativo de cáncer, la asociación sigue aun sin estar del todo clara (Ranchor, Sanderman, y Coyne, 2010).

Por otra parte, la depresión se considera un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, caracterizado por la presencia de síntomas emocionales como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación de malestar e impotencia frente a exigencias de la vida, puede ser en mayor o menor grado además de disminución de las funciones psíquicas (Alberdi, Sudupe, Taboada, Castro, y Ventosos, 2006, Chang et al., 2015). La frecuencia depresiva en población adulta se ha registrado del 6-12% y en personas mayores de 65 años puede incrementar hasta un 30% y se espera que estas cifras se dupliquen a nivel mundial en los próximos 20 años. Además, la tasa de depresión en mujeres es casi del doble que en hombres (Saracino, Weinberger, Roth, Hurria, y Nelson, 2017; Schmitt et al., 2016; Talarowska, Bliźniewska, Szemraj, Kowalczyk, y Gałęcki, 2018). La depresión es una enfermedad común en los casos de cáncer, se ha visto que afecta a más del 10% de los pacientes. Se cree que la tasa de depresión en pacientes con cáncer es hasta tres veces mayor que en la población general (Smith, 2015; Tas et al., 2017).

Existe numerosos estudios que han llegado a sugerir susceptibilidad a ciertas formas de cáncer en pacientes con determinados atributos de personalidad, donde sus características son: depresión, desamparo, desesperanza, pérdida o escaso apoyo emocional, afecto negativo e inexpresividad emocional (Hernández y Hernández, 2015). También se ha podido observar que individuos que presentaban puntuaciones elevadas de depresión en cuestionarios de personalidad años más tarde presentaban el doble de posibilidades de morir a causa de cáncer (Rosenstein, 2011). Así mismo, se identificó la presencia de síntomas afectivos negativos, meses antes del diagnóstico de diversos tipos de cáncer (Perini et al., 2016). Después del diagnóstico y en el tratamiento se continúan presentando un conjunto de respuestas psicológicas negativas, las cuales evidentemente llegan a afectar aún más la salud en general del paciente (Radiotis, Roberts, Czajkowska, Khanna, y Körner, 2014; Sampogna et al., 2019).

La depresión es uno de los trastornos más presentes en pacientes con limitaciones funcionales y presenta una mayor reducción en la calidad de vida del paciente con cáncer, así como una menor adherencia al tratamiento, más aún si los tumores se encuentran en una área visible del cuerpo, ya que genera niveles incrementados de angustia (Radiotis et al., 2014; Sampogna et al., 2019) y se ha identificado que estados de ánimo negativos así como baja autoestima ligados al diagnóstico de cáncer de piel no melanoma incrementan el riesgo de suicidio en particular en el género femenino. Cabe mencionar que las características en el tipo de personalidad son semejantes a pacientes sometidas a cirugías de implantes mamarios y coinciden con la presencia de baja autoestima, preocupación o insatisfacción sobre la apariencia física (Muff, Yousaf, Engholm, y Storm, 2006).

## MÉTODO

Se incluyeron 47 pacientes, 26 mujeres (55.31%) y 21 hombres (44.68%) con diagnóstico clínico e histopatológico de cáncer de piel, entre ellos se encuentran: melanomas (MM), carcinoma basocelular (CBC) y carcinoma escamocelular o espinocelular (CEC).

### Consideraciones éticas y legales

Los pacientes participantes en el proyecto fueron informados sobre el alcance de su participación, los objetivos de la investigación y se les solicitó la firma de carta de consentimiento.

Nuestra investigación se realizó conforme al Reglamento de la Ley general de Salud en materia de Investigación para la salud (México, 1984), a la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (Asociación médica mundial de la declaración de Helsinki, 2013) y al código ético del psicólogo.

### Sede y periodo

El proyecto se llevó a cabo en la Universidad de Guadalajara en la ciudad de Tepatitlán de Morelos, Jalisco, México; durante el periodo de agosto de 2017 a julio de 2021.

*Tabla 1. Criterios de selección*

CRITERIOS DE SELECCIÓN		
Criterios de inclusión	Criterios de no inclusión	Criterios de eliminación
Individuos que residen en la región de los Altos de Jalisco, México.	Mujeres embarazadas	Cuestionarios incompletos
Mayores de 18 años		
Ambos géneros		
Con diagnóstico de cáncer de piel	Menores de 18 años	Retiro de la carta de consentimiento informado
Firma carta de consentimiento informado		

### Instrumentos

Se les aplicó individualmente el cuestionario de *Personalidad de Eysenck – Revisado (EPQ-R)* para determinar los puntajes de las dimensiones de la personalidad, extraversión (E), neuroticismo (N), psicoticismo (P) y disimulo (L) (Eysenck y Eysenck, 2008). El cuestionario consta de 83 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no),

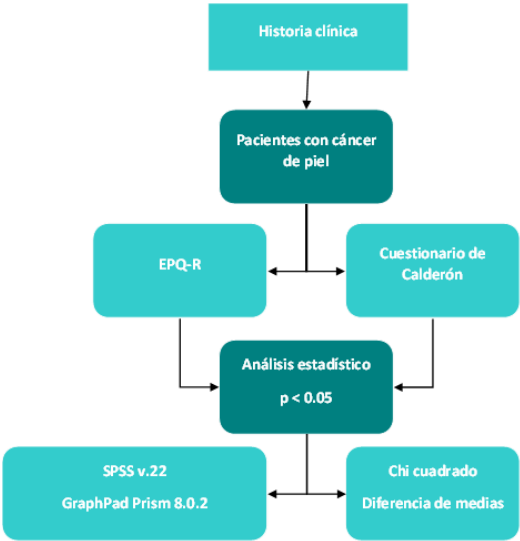
El cuestionario para el diagnóstico del síndrome depresivo de Calderón, identificando cuatro categorías, ausencia de síntomas ansiosos y depresivos, sintomatología ansiosa y sintomatología depresiva (Calderon-Navarez, 1997). Este

cuestionario tiene 20 ítems con respuestas tipo *Likert* con 4 opciones (no, poco, regular y mucho).

### Análisis estadístico

Inicialmente se analizó el comportamiento de los datos mediante las pruebas *Kolmogorov-Smirnov* y *Shapiro Wilk*. Posteriormente, se hizo uso de estadística descriptiva (medias, medianas, desviación estándar, rangos y frecuencias) e inferencial (*chi cuadrado* y diferencia de medias), utilizando las pruebas: *U Mann Whitney* para aquellos datos no presentan distribución normal y *t-student* para los que presentan una distribución normal. Se utilizó el software *SPSS versión 22* para el análisis de los datos y se consideraron diferencias significativas cuando el valor de *p* fue  $< 0.05$ .

Figura 1. Procedimiento de la aplicación de cuestionarios psicométricos y realización del análisis estadístico



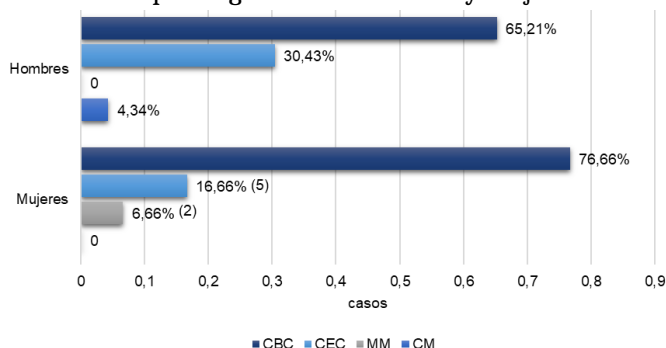
## RESULTADOS

### Descripción de características clínicas

Se incluyeron 47 pacientes de ambos géneros, 26 mujeres (55.31%) y 21 hombres (44.68%), con rango de edad de 35 a 90 años ( $66.53 \pm 12.40$ ). Se crearon grupos de acuerdo con el género identificamos que 23 de las mujeres presentan CBC (76.6%), 5 CEC (16.7%) y 2 melanoma (6.7%). Mientras que en hombres 15 presentan CBC (65.2%), 7 CEC (30.4%) y 1 carcinoma mixto (4.3%). Se realizó un análisis de chi cuadrado donde observamos que no se encontraron diferencias, obteniendo una  $p=0.251$  (ver figura 2).



**Figura 2.** Distribución de frecuencias de carcinomas según clasificación histopatológica entre hombres y mujeres



### Personalidad

Con respecto a los puntajes de dimensiones de la personalidad, entre hombres y mujeres. Las medias de los puntajes para las dimensiones de la personalidad fueron de  $12.08 \pm 4.36$  (mediana 13 y rango 13) para *E*,  $14.81 \pm 5.95$  (mediana 16 y rango 22) para *N*,  $7.46 \pm 2.43$  (7 mediana y rango 11) para *P* y  $14.35 \pm 3.05$  (mediana 14.50 y rango 13) para *L* en mujeres; mientras que para los hombres fueron de  $11.10 \pm 5.10$  (mediana 11 y rango 16) para *E*,  $8 \pm 5.34$  (mediana 8 y rango 21) para *N*,  $6.19 \pm 2.67$  (mediana 6 y rango 11) para *P* y  $14.14 \pm 2.45$  (mediana 15 y rango 10) para *L*. Además, se encontró que los valores del puntaje de la dimensión de neuroticismo están incrementados ( $p < 0.001$ ) en el género femenino. No se encontraron diferencias significativas en relación con las otras dimensiones, los valores pueden observarse en la tabla (2).

**Tabla 2.** Diferencias entre los valores de las dimensiones de personalidad según el género

Dimensiones de la personalidad	MUJERES (n= 26)		HOMBRES (n= 21)		p
	MEDIA/ D.E.	MEDIANA / RANGO	MEDIA/ D.E.	MEDIANA / RANGO	
Extraversión	12.08±4.36	13/13	11.10±5.10	11/16	0.481 <sup>2</sup>
Neuroticismo	14.81±5.95	16/22	8±5.34	8/21	0.001 <sup>1</sup>
Psicoticismo	7.46±2.43	7/11	6.19±2.67	6/11	0.096 <sup>2</sup>
Disimulo	14.35±3.05	14.50/13	14.14±2.45	15.00/10	0.619 <sup>1</sup>

<sup>1</sup> U de Mann Whitney

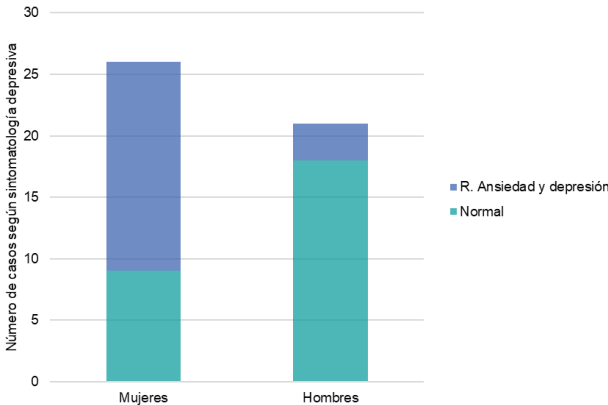
<sup>2</sup> t de Student

DE= Desviación estándar

### **Sintomatología depresiva**

Con respecto a la sintomatología depresiva, se registraron 17 mujeres sintomatología ansioso o depresiva y 3 hombres con sintomatología ansiosa. Al realizar el análisis estadístico encontramos diferencia en las frecuencias entre ambos géneros: 64.5% en mujeres y 14.3% en hombres, dejando claro la existencia de un mayor número de casos de cuadros de ansiedad y depresión en el género femenino ( $p < 0.001$ ) (ver Figura 3).

*Figura 3.* Diferencias en las frecuencias de sintomatología depresiva de acuerdo al género



### **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Previamente de han reportado diferencias en las dimensiones de la personalidad por género, con puntajes bajos en pacientes masculinos con cáncer de pulmón (Kissen y Eysenck, 1962) y con puntajes altos en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama (no significativos) (García-Torres y Castillo-Mayén, 2019). La propensión de la respuesta a las emociones negativas asociada al género ya ha sido descrita por diversos autores (Bonsaksen et al., 2018; Niedzwiedz, Robb, Katikireddi, Pell, y Smith, 2020; Wittchen, 2002). Lo anterior coincide con datos que muestran una alta prevalencia de depresión y ansiedad en mujeres mexicanas (Bonsaksen et al., 2018; Morales-Chávez, Robles-García, Jiménez-Pérez, y Morales-Romero, 2007; Robles, Robles, Morales, Jiménez, y Morales, 2009; Wittchen, 2002), esta asociación se debe a que las mujeres son más propensas a presentar puntajes más elevados de la dimensión de neuroticismo y por ende son más vulnerables a desarrollar depresión (Bonsaksen et al., 2018). Además, se ha encontrado asociación estadísticamente significativa en cuanto la historia de la depresión con el riesgo de cáncer de piel tipo melanoma, inclusive aparecen como morbilidades en especial en el género femenino con melanoma metastático (Gogus et al., 2017; Mayer et al., 2017).

De acuerdo con los resultados obtenidos concluimos que existe una gran influencia del género sobre los niveles de *Ny* la prevalencia de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes que presentan cáncer de piel.

## REFERENCIAS

- Alberdi, J., Sudupe, A., Taboada, Ó., Castro, C., y Ventosos, D.C.V. (2006). Depresión. *Guías Clínicas*, 6(11), 1–6. Recuperado de: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion Fistera.pdf>
- Asociación médica mundial de la declaración de Helsinki. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM- principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*.
- Bonsaksen, T., Grimholt, T.K., Skogstad, L., Lerdal, A., Ekeberg, Ø., Heir, T., y Schou-Bredal, I. (2018). Self-diagnosed depression in the Norwegian general population - Associations with neuroticism, extraversion, optimism, and general self-efficacy. *BMC Public Health*, 18(1), 1–9. doi: 10.1186/s12889-018-5990-8
- Calderon-Navaez, G. (1997). Un cuestionario para simplificar el diagnóstico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 60, 127–135. doi:10.20453/rnp.v60i2.1406.
- Chang, H.Y., Keyes, K.M., Mok, Y., Jung, K.J., Shin, Y.J., y Jee, S.H. (2015). Depression as a risk factor for overall and hormone-related cancer: The Korean cancer prevention study. *Journal of Affective Disorders*, 173, 1–8. doi: 10.1016/j.jad.2014.10.064
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (2008). *EPQ-R. Cuestionario de Personalidad de Eysenck*. Manual TEA.
- Fawzy, I., Fawzy, M., Canada, A.L., y Fawzy, N.W. (2003). Malignant Melanoma. Effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *ARCH GEN PSYCHIATRY*, 60, 100–103.
- García-Torres, F. y Castillo-Mayén, R. (2019). Differences in Eysenck's Personality Dimensions between a Group of Breast Cancer Survivors and the General Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(7), 1240. doi: 10.3390/ijerph16071240
- Gogas, H.J., Karalexi, M.A., Dessypris, N., Antoniadis, A.G., Papadopoulos, F., y Petridou, E.T. (2017). The role of depression and personality traits in patients with melanoma: A South-European study. *Melanoma Research*, 27(6), 625–631. doi: 10.1097/CMR.0000000000000380
- Golimbet, V.E., Alfimova, M.V., Korovaitseva, G.I., y Lezheiko, T.V. (2016). Analysis of the association of interleukin 4 and interleukin 10 gene variants with basic personality traits. *Molecular Biology*, 50(6), 839–844. doi: 10.1134/S0026893316060054
- Hernández, F.P. y Hernández, R. (2015). Aspectos psicosociales relacionados con el TEPT en pacientes con cáncer de mama. *Acta de investigación psicológica*, 5(1), 1881–1891.
- Kissen, D.M. y Eysenck, H.J. (1962). Personality in male lung cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 6(2), 123–127. doi: 10.1016/0022-3999(62)90062-4
- Klinger, J.C., Herrera, J.A., Díaz, M.L., Jhann, A.A., Ávila, G.I., y Tobar, C.I. (2005). La psiconeuroinmunología en el proceso salud enfermedad. *Colombia Médica*, 36(2), 120–129.
- Lo, M.T., Hinds, D.A., Tung, J.Y., Franz, C., Fan, C.C., Wang, Y., ... Chen, C.H. (2017). Genome-wide analyses for personality traits identify six genomic loci and show correlations with psychiatric disorders. *Nature Genetics*, 49(1), 152–156. doi: 10.1038/ng.3736

Mayer, S., Teufel, M., Schaeffeler, N., Keim, U., Garbe, C., Eigentler, T.K., ... Forschner, A. (2017). The need for psycho-oncological support for melanoma patients. *Medicine*. doi: 10.1097/MD.00000000000007987

México. (1984). *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud*. Gobierno de México.

Morales-Chávez, M., Robles-García, R., Jiménez-Pérez, M., y Morales-Romero, J. (2007). Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad. *Salud Publica de Mexico*, 49(4), 247–248.

Muff, C.M.L., Yousaf, U., Engholm, G., y Storm, H.H. (2006). Increased suicide risk among Danish women with non-melanoma skin cancer, 1971–1999. *European Journal of Cancer Prevention*, 15(3), 266–268. doi: 10.1097/01.cej.0000195712.64448.ba

Nakaya, N., Bidstrup, P.E., Saito-nakaya, K., Frederiksen, K., Koskenvuo, M., Pukkala, E., ... Johansen, C. (2010). Personality traits and cancer risk and survival based on finnish and swedish registry data. *American Journal of Epidemiology*, 172(4), 377–385. doi: 10.1093/aje/kwq046

Niedzwiedz, C.L., Robb, K.A., Katikireddi, S.V., Pell, J.P., y Smith, D.J. (2020). Depressive symptoms, neuroticism, and participation in breast and cervical cancer screening: Cross-sectional and prospective evidence from UK Biobank. *Psycho-Oncology*, 29(2), 381–388. doi: 10.1002/pon.5272

Perini, G., Pavlidis, N., Köhler, C.A., Valpione, S., Hyphantis, T.N., Morris, G., ... Fernandes, B.S. (2016). Depression in cancer: The many biobehavioral pathways driving tumor progression. *Cancer Treatment Reviews*, 52, 58–70. doi: 10.1016/j.ctrv.2016.11.004

Radiotis, G., Roberts, N., Czajkowska, Z., Khanna, M., y Körner, A. (2014). Nonmelanoma skin cancer: disease-specific quality-of-life concerns and distress. *Oncology Nursing Forum*, 41(January), 57–65. doi: 10.1188/14.ONF.57-65

Ranchor, A.V., Sanderman, R., y Coyne, J.C. (2010). Invited commentary: Personality as a causal factor in cancer risk and mortality - Time to retire a hypothesis? *American Journal of Epidemiology*, 172(4), 386–388. doi: 10.1093/aje/kwq210

Robles, D., Robles, R., Morales, M., Margarita Jiménez, L., y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6, 191–201. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0909120191A>

Rosenstein, D.L. (2011). Depression and end-of-life care for patients with cancer. *Clinical research*, 101–108.

Sampogna, F., Paradisi, A., Iemboli, M.L., Ricci, F., Sonogo, G., y Abeni, D. (2019). Comparison of quality of life between melanoma and non-melanoma skin cancer patients. *European Journal of Dermatology*, 29(2), 185–191. doi: 10.1684/ejd.2019.3523

Saracino, R.M., Weinberger, M.I., Roth, A.J., Hurria, A., y Nelson, C.J. (2017). Assessing depression in a geriatric cancer population. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1484–1490. doi: 10.1002/pon.4160

Schmidt, F.M., Sander, C., Minkwitz, J., Mergl, R., Dalton, B., Holdt, L.M., ... Himmerich, H. (2018). Serum Markers of Inflammation Mediate the Positive Association Between

Neuroticism and Depression. *Frontiers in Psychiatry*, 9(November), 1–8. doi: 10.3389/fpsy.2018.00609

Schmitt, D.P., Long, A.E., McPhearson, A., O'Brien, K., Remmert, B., y Shah, S.H. (2016). Personality and gender differences in global perspective. *International Journal of Psychology*, 52, 45–56. doi: 10.1002/ijop.12265

Smith, H.R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (review). *Oncology Letters*, 9(4), 1509–1514. doi: 10.3892/ol.2015.2944

Talarowska, M., Bliźniewska, K., Szemraj, J., Kowalczyk, M., y Gałęcki, P. (2018). Personality traits as a possible factor in the inflammatory response in the first depression episode and in recurrent depressive disorders. *European Journal of Psychiatry*, 32(2), 63–71. doi: 10.1016/j.ejpsy.2018.03.001

Tas, F., Karabulut, S., Guveli, H., Kurul, S., Erturk, K., Guveli, M., y Kinik, H. (2017). Assessment of Anxiety and Depression Status in Turkish Cutaneous Melanoma Patients. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 18(2), 369–373. doi: 10.22034/APJCP.2017.18.2.369

Torres, A. (2006). Relación entre el patron de conducta tipo C y el Cáncer de mama. *Universitas Psychologica*, 5(3), 563–573. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750311>

Wittchen, H.U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162–171. doi: 10.1002/da.10065



## CAPÍTULO 22

### IGUALDAD, SALUD Y EDUCACIÓN DE HOMBRES Y MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIO-CULTURAL

ISABEL DAMIANA ALONSO LÓPEZ\*, ANA MANZANO LEÓN\*,  
CRISTINA MÉNDEZ AGUADO\*, MATÍAS E. RODRÍGUEZ-RIVAS\*\*,  
JOSÉ MIGUEL RODRÍGUEZ FERRER\*, LAURA MOLINA ALONSO\*,  
Y ROCÍO COLLADO SOLER\*

*\*Universidad de Almería; \*\*Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo*

#### INTRODUCCIÓN

##### **¿Qué entendemos por IGUALDAD?**

Según el Artículo 7 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, IGUALDAD es: “Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamado en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.” No obstante, “muchas mujeres y niñas aún se ven privadas, de forma rutinaria, del acceso igualitario a los recursos. Se les niega la capacidad de elección, se les arrebatan las oportunidades y se limita por medio de estereotipos falsos y humillantes” (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2017).

En España, los conceptos de igualdad y no discriminación por sexo quedan recogidos en la Constitución de 1978, en su Artículo 14, principalmente, en el que se indica que “Lo españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”. Desde entonces, en nuestro país, se han llevado a cabo programas, planes, leyes, reformas que ayuden a alcanzar, en la práctica cotidiana, la igualdad de trato y de oportunidades dentro de nuestra sociedad que, a su vez, se enmarca en el contexto europeo del que formamos parte. Dichas iniciativas, promovidas por los diferentes gobiernos, han tenido como resultado una mayor presencia de la mujer en todos los campos y aspectos como pueden ser el educativo, laboral y profesional. Esta labor ha llevado consigo el situar a España en el octavo lugar en el “Ranking Global de la Brecha de Género 2020”, incluso por encima de Alemania que se encuentra en el décimo puesto (Expansión/Datosmacro.com, 2020). Una de las herramientas que el actual Gobierno utiliza para reducir dicha brecha y ascender hacia las primeras posiciones del conocido ranking es “El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016” (el Plan para 2018-2021 está en proceso de elaboración, según muestra el Ministerio

de Igualdad en su página web). Este Plan destaca una serie de objetivos como pueden ser:

- i. Reducir las desigualdades que aun existen en el ámbito del empleo y la economía, con especial incidencia en las desigualdades retributivas.
- ii. Apoyar la conciliación y corresponsabilidad de la vida personal, familiar y laboral.
- iii. Erradicar la violencia que sufren las mujeres por el hecho de serlo.
- iv. Mejorar la participación de las mujeres en los ámbitos político, económico y social.
- v. Impulsar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres a través del sistema educativo.
- vi. Integrar plenamente el principio de igualdad de trato y de oportunidades en todas las políticas y acciones del Gobierno. (p.8)

No obstante, esta labor de abogar por la igualdad real y efectiva entre hombres y mujeres por una cuestión sencilla de justicia social y preservación de derechos fundamentales, individuales, se destaca de forma significativa dentro de los países que conforman el llamado Primer Mundo. Estados que consideran la igualdad entre personas como base prioritaria para el desarrollo social y económico de su ciudadanía desde una perspectiva integradora y rica en talento y en emprendimiento, independientemente del sexo/género de sus protagonistas. Sin embargo, esta realidad normalizada en el mundo occidental no se plasma, en muchos casos, en países con los que no se comparten base cultural, valores, religión y formas de entender los derechos y libertades de los sujetos.

El índice de Brecha Global de Género del Foro Económico Mundial se presentó por primera vez en 2006 para medir la magnitud de la brecha entre mujeres y hombres en términos de salud, educación, economía e indicadores políticos.

Se utiliza para entender en qué medida están distribuyendo sus recursos y oportunidades de forma equitativa entre hombres y mujeres en los 142 países que analiza y así poder compararlos.

De nuevo, en el último informe, Islandia está en primer lugar, le siguen Finlandia y Noruega [España se sitúa en el octavo lugar]. En los últimos puestos del ranking se encuentran Chad, Pakistán y Yemen, son los países en los que existen mayores diferencias entre hombres y mujeres.

En concreto, el índice de Brecha de Género analiza las siguientes áreas:

Participación económica y oportunidad: salarios, participación y empleo altamente capacitado.

Educación: acceso a niveles de educación básicos y más elevados.

Participación política: representación en las estructuras de toma de decisiones.



Salud y supervivencia: expectativa de vida y proporción hombres-mujeres” (Expansión/Datosmacro, 2020).

Los resultados de este estudio destacan que es en países africanos, de Oriente Medio y asiáticos, principalmente, en donde más se evidencia la discriminación por sexo que sufren mujeres y niñas y, por ende, cómo éstas se ven afectadas en los aspectos más relevantes de la vida, como son los ámbitos sociales, económicos, educativos y laborales. Como ejemplo, podemos indicar el caso de Arabia Saudita: “en 2015, las mujeres sauditas habían alcanzado el derecho a participar en elecciones populares, aunque aún se les prohíbe acceder a cargos relevantes en el gobierno” (Valencia, 2018). Otro avance, otorgado por el rey Salmán Bin Abdulaziz Al aud en 2017, fue “levantar la prohibición a las mujeres para conducir automóviles” (Op. Cit.).

Diferentes informes de UNICEF, como el elaborado durante 2020 y que destacamos en este trabajo, continúan exponiendo la discriminación y marginalidad en la que todavía viven mujeres y niñas lastradas por el entorno sociocultural y/o religioso en el que viven:

A nivel mundial, casi 1 de cada 4 niñas entre los 15 y los 19 años carece de empleo y no se está educando ni capacitando, en comparación con 1 de cada 10 niños. [...] Las normas de género y la discriminación incrementan el riesgo de embarazo no deseado, VIH/SIDA y malnutrición. Especialmente en contextos de emergencia y en lugares donde la menstruación sigue siendo tabú, las niñas se ven privadas de la información y los elementos que necesitan para mantenerse saludables y seguras.

En su forma más insidiosa, la desigualdad entre los géneros puede llegar a ser violenta. Aproximadamente 1 de cada 20 niñas entre los 15 y 19 años –cerca de 13 millones- ha sido víctima de relaciones sexuales forzadas. [...] Hay normas de género nocivas que se perpetúan a los más altos niveles y, en algunos países, se encuentran arraigadas en leyes y políticas que no respetan –o que incluso infringen- los derechos de las niñas, como las leyes que impiden a las mujeres heredar propiedades. Los niños también sufren a causa de la normas de género; así, las nociones sociales sobre la masculinidad pueden propiciar el trabajo infantil, la violencia pandillera, el abandono de los estudios y el reclutamiento en grupos armados (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020)

Por otra parte, cabe acentuar los objetivos que recoge el Plan de Acción para la Igualdad entre los Géneros para 2018-2021, definiendo la igualdad como: “La igualdad de género implica que las mujeres y los hombres, las niñas y los niños tengan los mismos derechos, los mismos recursos, las mismas oportunidades y la misma protección”.

El Plan de Acción que destacamos, ha enfocado su atención en cinco aspectos destacables y determinantes para niñas y adolescentes, a saber:

1. Poner fin al matrimonio infantil y proteger a las niñas de múltiples riesgos que limitan sus oportunidades de vida.

2. Impulsar la enseñanza secundaria de las niñas, dando prioridad al desarrollo de competencias en ciencias, tecnología, ingeniería y matemáticas.

3. Promover la salud de los adolescentes con una perspectiva de género, teniendo en cuenta la nutrición, la prevención del embarazo y la atención materna, así como la prevención del VIH y el virus del papiloma humano (VPH).

4. Ofrecer apoyo en materia de salud e higiene menstrual.

5. Prevenir la violencia de género, particularmente en situaciones humanitarias, y hacer frente a este problema. (p.2)

### **Hipótesis de la investigación teórica o revisión sistemática**

La hipótesis de la que partimos, para llevar a cabo la revisión teórica que nos ocupa, se basa en el papel determinante que la Educación, cultura, formación e igualdad de oportunidades en diferentes culturas y entornos socioeconómicos de hombres y mujeres, condicionan a éstos en su desarrollo personal y/o profesional, determinando sus roles sociales, familiares y profesionales en función de su sexo/género.

### **Objetivos de la investigación teórica o revisión sistemática**

Conocer si los entornos culturales y socioeconómicos afectan de igual forma a hombres y a mujeres en aspectos tales como la salud, la educación, los roles sociales y la igualdad de oportunidades en el desarrollo personal y/o profesional.

## **MÉTODO**

### **Bases de datos**

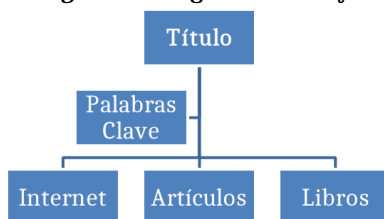
La información obtenida procede de la investigación realizada a través de bases de datos tales como Scopus, Web of Science, ProQuest y navegación por la red de internet.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de selección e inclusión de la información llevada a cabo, parten de las palabras clave junto con el título y tema que nos ocupa.

## Diagrama de flujo

*Figura 1.* Diagrama de flujo



## RESULTADOS

Los diferentes estudios muestran una correlación positiva entre los factores salud, igualdad de oportunidades y mayor estatus socio-económico, determinando éste la calidad de vida de los sujetos. Cuanto mayor es el poder adquisitivo y el nivel educativo, disminuye el riesgo para contraer enfermedades y/o para paliar los efectos secundarios de las mismas, encontrándose, además, que la esperanza de vida aumenta, además de la reducción de la brecha entre hombres y mujeres en los aspectos sociales, familiares y laborales. Estas circunstancias se dan, principalmente, en los países avanzados que conforman el llamado Primer Mundo, frente a aquellos que se encuentran en desarrollo.

El papel de la educación y del tipo de hogar como determinantes sociales de la salud ha sido ampliamente analizado, sobre todo en el primer caso. La educación es uno de los factores que de manera más clara establecen los niveles de estratificación social de las poblaciones que acaban resultando en desigualdades tanto en salud como de género. El hogar ha mostrado ser el contexto más inmediato en el cual, a partir de la distribución de recursos entre sus miembros, se dibujan efectos positivos o negativos sobre la salud con desigual intensidad y sentido para mujeres y hombres. (Gumá, Arpino, y Solé-Auró, 2019, p.6)

Investigadores del proyecto Athlos (2020) en el que participan 11 países europeos, entre los que se encuentra España y con él las Universidades Autónoma de Madrid, la Complutense, el Parc Sanitari Sant Joan de Déu y el CIBER destacan que “Se sabe que un mayor nivel educativo suele conllevar un mayor nivel de ingresos o ganancia económica, de tal modo que un país con mayor nivel educativo es por lo general un país con mayor nivel de renta per cápita.”

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) muestra la evidencia de lo anteriormente mencionado junto a los avances realizados, al respecto, y los resultados obtenidos en la mejora de la calidad de vida de niñas y jóvenes, principalmente.

*Tabla 1. Calidad de vida de niñas y jóvenes desde 1995 y hasta 2020*

1995	2020
Esperanza de vida de niñas al nacer	
67.5 años	75.2 años
Número de niñas que no asisten a la escuela	
Primaria	
65 millones	32 millones
Primeros años de secundaria	
52 millones	30 millones
Últimos años de secundaria	
91 millones	67 millones
Alfabetización de niñas jóvenes	
80% de niñas y jóvenes de 15 a 24 años 90% de niñas y jóvenes de 15 a 24 años	
Matrimonio infantil	
280.000 niñas de 10 a 19 años	140.000 niñas de 10 a 19 años

*Fuente:* Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por UNICEF (2020)

El Fondo Fiduciario de la ONU para eliminar la violencia contra la mujer fue establecido por la Resolución 50/166 de la Asamblea General en 1996 [...]. Gestionado por ONU Mujeres en nombre del sistema de las Naciones Unidas, es el único mecanismo mundial y multilateral de concesión de subvenciones dedicado exclusivamente a erradicar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas. (ONU Mujeres (2021))

Desde 1996, el Fondo Fiduciario de la ONU ha otorgado 198 millones a 609 iniciativas en 140 países y territorios, especialmente en Hispanoamérica, Asia, África y Oriente Medio.

*Figura 1. La ONU en el Mundo*



Entre 2016-2020:

54.6 millones de personas atendidas.

1.6 millones de mujeres y niñas resultaron beneficiadas por las actividades de los diferentes proyectos.

El 90% de los proyectos financiados son llevados a cabo por organizaciones cuyos líderes son mujeres.

Áreas de Impacto:

1. Prevenir la violencia contra niñas y mujeres.

2. Mejorar el acceso a los servicios.

3. Fortalecer la implementación de leyes, políticas y planes de acción.

A estos resultados hay que añadirles el impacto económico y social que el confinamiento, debido a la pandemia por el COVID-19, ha provocado, principalmente en el llamado Tercer Mundo, el mismo en el que la discriminación y segregación por sexos continúa dirigiendo las vidas de millones de personas.

Según el Banco Mundial, entre 88 y 115 millones de personas caerán o permanecerán en 2020 bajo el umbral de 1,90 dólares [diarios (pobreza extrema)] como resultado de la pandemia. El incremento neto del número de personas muy pobre en comparación con 2019 será de entre 60 y 86 millones. (Achcar, 2020, p.48)

El programa “Todas la mujeres, todos los niños”, puesto en marcha por la ONU en 2010 y gestionado conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) Y EL Fondo de las Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF), advierte por su parte en su último informe que el cierre de escuelas por la pandemia hace que muchos niños y adolescentes probablemente nunca vuelvan a ellas en los países del Tercer Mundo. Se encontrarán consiguientemente expuestos a mayores niveles de violencia doméstica y a un riesgo alto de embarazo precoz. En el mismo informe se estima que El Gran confinamiento podría reducir en un tercio los progresos conseguidos en la eliminación de la violencia de género de aquí a 2030, y causar 13 millones de matrimonios infantiles adicionales en la próxima década (Op. Cit. P.49).

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES**

Tras el estudio realizado podemos concluir lo imperativo de invertir recursos materiales y humanos en las diferentes áreas y esferas que condicionan la vida de niños, jóvenes y adultos para reconvertir aquellos aspectos más sensibles que afectan negativamente en las vidas de millones de personas, especialmente a aquellos colectivos que, por su condición sociocultural, son más vulnerables. Las desigualdades entre sexos, lastradas por roles patriarcales, determinan las condiciones de vida y de oportunidades de hombres y mujeres, siendo este último colectivo el más vulnerable y discriminado. Cada contexto establece la representación de los individuos, junto a sus significados. Durante el proceso de socialización, los sujetos aprenden a asumir los atributos o características que cada sexo debe interiorizar y la relación entre sí. Es por ello que se hace imperativo que la Educación de calidad, que está intrínsecamente relacionada con la salud y el bienestar personal y social, junto a los conocimientos adquiridos se transformen en las herramientas necesarias para prevenir enfermedades y protegerse ante riesgos y comportamientos incívicos. El desarrollo de una sociedad y sus avances en derechos, libertades, obligaciones e igualdad son la consecuencia del efecto catalizador de la Educación. Sin ésta, nada de lo anteriormente indicado, se daría.



## CAPÍTULO 23

### LUCHAS POR EL RECONOCIMIENTO SOCIAL: ELABORACIÓN DE UNA ESCALA Y PROPUESTA DE ESTUDIO EMPÍRICO

CLARISSA PEPE FERREIRA  
*Universidad de Málaga*

#### INTRODUCCIÓN

Lo que se expone a continuación es una propuesta de investigación empírica que está en marcha en la Universidad de Málaga y saldrá a la luz en los próximos meses. Tiene como antecedentes un estudio cuantitativo que ha posibilitado un primer acercamiento empírico a la categoría de menosprecio de Axel Honneth (Ferreira, Moreno-Jiménez, y Massola, 2021).

#### **La teoría del reconocimiento de Axel Honneth**

El primer intento de elaboración de una teoría del reconocimiento ha sido propuesto por Hegel bajo la idea de construcción de una colectividad ética como una secuencia de etapas de una lucha por reconocimiento. Este esfuerzo, sin embargo, ha quedado a medio camino. Honneth (2019) lo que hace es tratar de actualizar su contenido sistemático con el propósito de completarla, pero tratando de extraer su línea de raciocinio central de las premisas metafísicas. Y lo hará siguiendo a preceptos de Habermas, Mead, y Marx.

Hegel no concibió el proceso de formación ética del género humano, en tanto que movimiento de reconocimiento mediado por la experiencia de la lucha, como un proceso intramundano que se realiza bajo las condiciones iniciales contingentes de la socialización humana. Abstrajo en su concepto de razón la finitud del espíritu humano. Eso fue lo que la primera generación de discípulos de Hegel -Feuerbach, Marx y Kierkegaard- trató de corregir en base a la crítica del idealismo de la razón, de cara a avanzar hacia un concepto de razón mundanizado. (Honneth, 2019).

Si examinada desde un marco de comprensión postmetafísico, que establece contacto con las ciencias empíricas, la doctrina del reconocimiento de Hegel puede ser entendida como una teoría de la condición necesaria de la socialización humana. Considerando eso, Honneth (2019) edifica una teoría del reconocimiento a modo de gramática moral de los conflictos sociales, en la línea de una teoría social de contenido normativo. Para llevar a cabo esta labor, ha identificado la necesidad de cumplir con las tres tareas enumeradas a continuación:

1). Reconstruir la tesis inicial de Hegel a la luz de una psicología social empíricamente sostenida. En el modelo hegeliano, la formación del yo práctico presupone un reconocimiento recíproco entre dos personas, puesto que sólo cuando dos seres humanos se ven confirmados en su autonomía por su respectiva pareja de interacción es que pueden entonces alcanzar, de manera complementaria, una comprensión del sí mismo en tanto que un yo autónomamente agente e individuado. Este es el punto de partida de la teoría hegeliana de la eticidad; sin embargo, Hegel no tiene en cuenta que la relación intersubjetiva es un curso empírico que se da en seno del mundo social. Honneth comparte con Hegel la concepción de una doctrina del reconocimiento en tanto que teoría de la condición necesaria de la socialización humana. No obstante, va más allá, buscando hacer que los presupuestos normativos de la relación de reconocimiento sirvan también de referencial a la explicación de los procesos de transformación histórica y empírica de la sociedad. En cuanto al concepto de “lucha”, Honneth no lo toma como un proceso conflictivo intrapsíquico (tal como lo hacen otros intelectuales posthegelianos) sino como el bosquejo de una lógica propia de los conflictos sociales.

2). Establecer una fenomenología empíricamente controlada de las formas de reconocimiento. Ello consiste, acorde con Honneth, en que el examen empírico de las tipologías del sistema de eticidad presentes en la propuesta de Hegel, tienen que preceder a la retomada de dichas tipologías con vistas a lograr una reconstrucción actualizada, es decir, que evalúe la propuesta de Hegel y, si es el caso, también la corrija. Partiendo de los a priori de una teoría de la intersubjetividad, Hegel afirma la existencia de formas diversas de reconocimiento recíproco, que deben distinguirse las unas de las otras según el grado de autonomía posibilitada al sujeto en cada caso particular. El abanico sistemático de formas de reconocimiento representa, para Hegel, algo necesario a la obtención de un marco categorial de una teoría que sea capaz de explicar el proceso de formación de la eticidad como una secuencia de estadios de relaciones intersubjetivas. El “amor”, el “derecho” y la “eticidad” componen la secuencia de relaciones de reconocimiento según Hegel, pero las presuposiciones del autor, advierte Honneth, son de naturaleza metafísica, una vez que derivan de una transferencia a la realidad empírica de relaciones construidas de modo puramente conceptual.

3). Solucionar la tarea de presentar, al menos a grandes rasgos, la lógica moral de los conflictos sociales. En Hegel, el proceso ontogénico de formación de la identidad es trasladado directamente a la formación de la estructura social. El modelo conceptual hegeliano reivindica para la serie de tres formas de reconocimiento la lógica de un proceso de formación mediado por las etapas de una lucha moral. Eso significa que, en el curso de la formación de su identidad y a cada etapa de comunitarización lograda, los sujetos son compelidos -en cierta medida de manera



transcendental- a ingresar en un conflicto intersubjetivo cuyo resultado es el reconocimiento de su pretensión de autonomía hasta entonces no confirmada socialmente. La condición, según Hegel, para un desarrollo bien sucedido del yo es el despliegue de la secuencia de formas de reconocimiento recíproco; la ausencia de estas formas se hará sentir en los sujetos como menosprecio, y eso es lo que les conducirá a una “lucha por reconocimiento”. Honneth subraya que las hipótesis hegelianas son altamente especulativas y están enredadas de modo complejo. Su propuesta para superar dichos problemas es: por un lado, desanclar la idea hegeliana de “experiencia de lucha social” del horizonte de la teoría idealista de la razón, a fin de enmarcarla en el andamiaje del materialismo-histórico, dada su capacidad de otorgarle un lugar en la realidad social; y por otro, traducir la teoría hegeliana de la intersubjetividad a un lenguaje teórico post-metafísico por medio de la psicología social de George Mead, que es la que dispone del instrumental idóneo para hacerlo, solventando también sus marañas.

Axel Honneth (2009) considera que las luchas más importantes de la modernidad son luchas por reconocimiento en diversos aspectos, y que además dichas luchas consisten en una disputa o negociación intersubjetiva que los sujetos establecen entre sí de cara a lograr que sean consideradas las reivindicaciones de su identidad. Según Honneth (2010), los conflictos de distribución referidos a la desigualdad social y económica en la contemporaneidad son comprendidos de manera más razonable y adecuada como luchas de reconocimiento -que están ancladas en la noción de vida satisfactoria- y que a través de una diferenciación de las formas de daño moral -pensado en tanto que menosprecio social o cultural- se desprenden, por oposición, diferentes formas de reconocimiento.

Utilizando un método negativo de argumentación, el autor define tres formas de menosprecio -humillaciones físicas, morales y éticas- que considera son el resultado, respectivamente, de la negación de tres formas básicas de reconocimiento, es decir, el amor, el derecho y la solidaridad. Estas formas de reconocimiento están organizadas de modo gradual, se desplazan desde la esfera privada de las relaciones hacia la esfera colectiva y establecen las condiciones formales de relaciones de interacción en el marco de las cuales la dignidad e integridad humanas están garantizadas, entendiendo por integridad el hecho de que el sujeto pueda sentirse respaldado por la sociedad en toda la variedad de sus autorrelaciones prácticas (Honneth, 2010). Los análisis del autor no persiguen enfrentar individuo y sociedad, pero sí reconocer y evaluar de manera pormenorizada su recíproco valor constitutivo (Herzog y Hernández-Dobon, 2012).

La privación de las necesidades corpóreas elementales y los afectos, la privación de derechos y la exclusión social, así como la degradación del valor social de formas de autorrealización son las tres formas de menosprecio definidas por Honneth (2010).

En esencia, en las luchas por reconocimiento subyace la batalla humana por una existencia autodeterminada.

Sostiene Honneth (2009) que la tensión afectiva que el sufrimiento resultante de la denegación de reconocimiento y la humillación física, moral y ética infligen al sujeto sólo puede ser disuelta en la medida en que él reencuentra la posibilidad de la acción activa, en la que la persona que desea ser, de acuerdo con sus ideales de ego, es finalmente respetada por sus compañeros de interacción. Pero de ahí a que la praxis reabierta asuma la configuración de una resistencia política organizada dependerá del entorno político- cultural en que se encuentran los sujetos avasallados por desprecio social.

## **MÉTODO**

### **Variables del estudio**

#### *Alienación, Anomía y Autoritarismo*

Se considera la anomia uno de los componentes de la alienación, y ambos conceptos -de origen sociológico- tratan de la integración negativa de los individuos a su medio ambiente social (Muratori, Delfino, y Zubieta, 2013). Para Aceituno et al. (2009) hay una articulación socio-subjetiva entre los conceptos de alienación y anomia. Según los autores, la alienación sería el fenómeno principal, cuyas dimensiones constituyentes serían la anomia, el aislamiento social (sentimiento de distancia y separación hacia los demás) y la impotencia (baja expectativa de control personal sobre los acontecimientos sociales que afectan la vida de los sujetos). Y la anomia a su vez estaría representada por las cuatro dimensiones tomadas de Srole (1956), que en Aceituno et al. (2009) aparecen identificadas como: ‘exclusión’ (percepción de indiferencia de la comunidad hacia las necesidades individuales), ‘incertidumbre’ (percepción de un orden social impredecible y desorganizado), ‘degradación’ (sentimiento de retroceso frente a objetivos previamente fijados y considerados realizables) y ‘extrañamiento’ (percepción de un entorno agresivo y hostil).

Desde las perspectivas frommiana y adorniana sobre la personalidad autoritaria, el autoritarismo reuniría las siguientes características (Canto-Ortíz, 2019): miedo y renuncia a la libertad a cambio de seguridad y protección sociogrupal; convencionalismo; actitud sumisa y acrítica hacia las figuras de autoridad moral idealizadas del endogrupo; tendencia a excluir, criticar, rechazar y castigar a los que violan los valores convencionales; oposición a considerar el carácter relativo y subjetivo de las opiniones; creencia en los determinantes místicos del destino y disposición a pensar en términos de categorías rígidas; preocupación por las dimensiones de “dominación-sumisión”, “fuerza-debilidad”, e identificación con las figuras de poder; hostilidad generalizada y visión negativa del género humano;

proyección hacia el exterior de los impulsos emocionales inconscientes; prejuicio extremo, con manifestación de actitudes hostiles hacia los exogrupos y hacia los grupos que transgreden los valores tradicionales.

### *Creencias en un mundo justo*

Por lo amenazantes que resultan ser para los individuos las situaciones de injusticia, éstos necesitan creer, de cara a mantener una sensación de control sobre el medio, que en la vida todos obtienen lo que merecen (Lerner, 1980). De no ser posible creer que las cosas suceden como consecuencia de los actos realizados por cada uno, las personas se sentirían expuestas a multitud de situaciones cotidianas desagradables por lo ineludible de pensar que las situaciones injustas que hoy les ha tocado vivir a otros, mañana podrían ocurrirles a ellos (Lerner y Clayton, 2011). Las creencias en un mundo justo -presentes en individuos de distintas culturas- son un mecanismo de negación de las injusticias y evitación de la angustia producida por tales amenazas, que consiste en culpabilizar a las víctimas de injusticias haciéndolas responsables de sus padecimientos (Barreiros, Etchezahar, y Prado-Gascó, 2014).

Según la Teoría de la Justificación del Sistema (Jost, Federico y Napier, 2009), la necesidad de sostener y defender el sistema social, económico y político en el que se vive no es una exclusividad de los grupos con una mejor posición: también los grupos en una posición desfavorable necesitan hacerlo con tal de amparar su autoestima (Jost y Burgess, 2000) y protegerse de la depresión y el estrés (Dalbert, 2010). Las creencias en un mundo justo operan como una ideología que, al racionalizar el status quo, reduce la culpa ante las injusticias sociales, así como la ansiedad e incertidumbre, una vez que les permite planificar su futuro (Jost y Hunyady, 2005). Diversos estudios han demostrado la existencia de correlaciones positivas entre las creencias en un mundo justo y el autoritarismo, favoreciendo diferentes formas de intolerancia, prejuicio y discriminación (Connors y Heaven, 1987; Dalbert y Yamuchi, 2003; Moore, 2008)

### *Dominancia social*

Se ha visto que las relaciones jerárquicas constitutivas de los sistemas sociopolíticos y económicos injustos son respaldadas por la asociación entre las creencias en un mundo justo y la orientación a la dominancia social (Jost y Hunyady, 2005; Jost, Federico, y Napier, 2009; Liviatan y Jost, 2011). La Teoría de la Dominancia Social indaga en el afán de los individuos por establecer y mantener la jerarquía social y la subordinación de grupos percibidos como inferiores a aquellos considerados superiores (Pratto, Sidanius, Stallwarth, y Malle, 1994). La formulación original abogaba por la presencia de un constructo unitario; no obstante, investigaciones posteriores han señalado la existencia de una estructura bifactorial de la escala:

Antiigualitarismo y Orientación a la Dominancia Grupal (Jost y Thompson, 2000; Sidanius y Peña, 2002; Silván-Ferrero y Bustillos, 2007).

### *Autoestima*

Se trata de un componente fundamental del autoconcepto y está definido como una actitud global positiva o negativa que tiene el individuo hacia sí mismo, un conjunto de sentimientos y pensamientos sobre su propio valor e importancia (Rosenberg, 1965). El autoconcepto, por su parte, deriva de la valoración que el sujeto hace de sus capacidades y limitaciones, incidiendo ello en la construcción del sentido de una identidad propia (Musitu, García, y Gutiérrez, 1991).

### *Bienestar social*

El bienestar es un concepto heredero del principio de la emancipación y se desglosa en las siguientes tres dimensiones (Blanco y Valera, 2007): (a) bienestar personal subjetivo, que consistiría en la satisfacción vital y los afectos positivo/negativo sentidos por los sujetos ante determinadas situaciones vitales; (b) bienestar psicológico, compuesto por la autoaceptación, las relaciones positivas con los demás, la autonomía, el dominio del entorno (habilidad para elegir o crear entornos favorables), los objetivos vitales que dan sentido a la existencia y el crecimiento personal (capacidad y empeño para desarrollar las potencialidades del ser); (c) el bienestar social subjetivo, que se refiere concretamente a la incidencia decisiva de los escenarios sociales y las instituciones sobre la calidad de vida de las personas. Si bien es recíproca la relación entre lo individual y lo social en todas las dimensiones antes mencionadas, se puede estimar que en la tercera prepondera la interferencia de lo social sobre lo individual, razón por la cual se ha elegido trabajar exclusivamente con ella en este estudio. El bienestar social consistiría, en resumidas cuentas, en la capacidad del medio de proporcionar las condiciones para que el ser humano pueda realizarse íntegramente como tal (Muratori, Delfino, y Zubieta, 2013).

### *Satisfacción vital*

El bienestar social y la satisfacción con la vida constituyen respectivamente las dimensiones objetiva y subjetiva de la calidad de vida (Moyano y Alvarado, 2007), cuya corrosión o negación guardan fuerte relación con la anomia. El concepto de satisfacción vital se refiere a un balance personal sobre las expectativas y logros individuales (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985); se trataría de un estado psicológico, de cariz cognitivo, resultante del intercambio y la negociación entre el individuo y su contexto micro y macrosocial con vistas a la realización personal (García-Viniegras y Gonzalo-Benítez, 2000; Morales y Sánchez-López, 2001).

## **El estudio empírico**

### *Hipótesis*

(H1) – La Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth es empíricamente demostrable.

(H2) – Su medición en contraste con variables psicosociales ayudarán en el avance de los análisis de los procesos de exclusión social.

(H3) – Hay una problemática de (no)reconocimiento en la contemporaneidad, cuyos impactos en los sujetos varían según factores de género y cultura, y que además pueden ser contrarrestados por una resistencia político-cultural organizada.

### *Objetivos*

- Desarrollar un instrumento de medición cuantitativa que traduzca y refleje la teoría honnethiana del reconocimiento.

- Contrastar los resultados de la escala de reconocimiento con las siguientes variables: autoestima, satisfacción vital, bienestar social, alienación, autoritarismo, creencias mundo justo y dominancia social.

- Hacer comparaciones entre grupos de universitarios y activistas sociales.

- Hacer comparaciones de género y cultura.

- Se discutirán los hallazgos de la investigación en relación con la teoría del reconocimiento de Axel Honneth y las teorías feministas críticas, en particular el feminismo marxista, negro y decolonial.

## **Método**

Los participantes serán seleccionados por muestreo no probabilístico por cuotas y se buscará la mayor equiparación posible de los estratos en importancia, de modo a estudiar las características particulares de cada uno con mayor precisión (Ochoa, 2015). Los criterios que serán utilizados para la definición de los estratos son los siguientes: 1) el estar o no en la universidad; 2) el estar o no actuando en una organización dedicada al activismo social; 3) identidad de género; 4) identidad cultural.

Todos los preceptos de ética en la investigación científica con seres humanos serán debidamente respetados. Para tal, serán salvaguardadas la anonimidad y la voluntariedad en la participación de los integrantes del estudio. Una vez definidos los estratos y logrado el acceso a las submuestras, la elección de los participantes que compondrán la investigación será aleatoria.

La técnica empleada en la recogida y análisis de datos será de tipo cuantitativo, con utilización de cuestionarios. Con respecto a la escala que será desarrollada en este estudio (Escala de Reconocimiento), su calibración y bondad serán verificadas a través de análisis de validez, análisis fiabilidad y análisis factorial exploratorio.

Asimismo, para las comparaciones entre los grupos serán realizados análisis estadísticos sobre diferencias de medias, correlaciones, regresiones múltiples y modelado de ecuaciones estructurales. Para proceder a todos estos análisis se hará uso de programas informáticos tales como *SPSS* y *AMOS* o *SmartPLS*. Los análisis sobre exclusión social y resistencia serán deducidos de las comparaciones entre los grupos.

A excepción del cuestionario sociodemográfico, todos los demás instrumentos detallados a continuación serán escalas de tipo *Likert*:

- Cuestionario sociodemográfico (descripción de la muestra).
- Escala de Reconocimiento (2021; creación propia); contemplará las tres dimensiones del reconocimiento definidas por Axel Honneth (amor, derecho y solidaridad).
- Autoestima: Rosenberg (1965); traducción al castellano de Martín-Albo et al. (2007).
- Satisfacción Vital: Diener et al. (1985); traducción al castellano de Arce (1994).
- Bienestar Social: Blanco y Díaz (2005).
- Alienación, Anomia y Autoritarismo: Struening y Richardson (1965).
- Creencias en un Mundo Justo: Lipkus (1991); versión castellana de Barreiro, Etchezahar, y Prado-Gascó (2014).
- Dominancia Social: Pratto et al. (1994); versión castellana de Silván-Ferrero y Bustillos (2007).

## **RESULTADOS**

Desde la perspectiva de los análisis de la marginación social, se espera que los resultados de este estudio contribuyan a llenar un vacío en los debates sobre luchas por reconocimiento y resistencia política organizada. Una búsqueda realizada en la base de datos de la Web of Science (noviembre/2021), con las claves “organized political resistance” AND “recognition” AND “Honneth”, no ha encontrado resultados; con las claves “political resistance” AND “recognition” AND “Honneth”, sólo se ha encontrado un estudio teórico, enmarcado en el campo de la Filosofía, que además postula por la necesidad de profundizar en la comprensión de la forma en que la experiencia personal del menosprecio puede transformarse en una lucha colectiva por reconocimiento (Pilapil, 2013).

Asimismo, esta investigación medirá variables relacionadas a la calidad de vida, trazando comparaciones por género y cultura. De este modo, permitirá perfeccionar y progresar en las intervenciones sociales llevadas a cabo en colectivos en condición de vulnerabilidad social. Igualmente, las aportaciones resultantes de este estudio serán pioneras en lo que atañe al campo de la Psicología Social, considerando que la

mayoría de los artículos escritos hasta ahora sobre la teoría honnethiana del reconocimiento provienen de la Filosofía y la Sociología.

## CONCLUSIONES

Desde la perspectiva de la Psicología de los Grupos, los resultados del estudio colaborarán con el avance de los análisis sobre las relaciones intergrupales y la identidad social. De cara a la Psicología Política, la investigación ofrecerá datos y reflexiones que permitirán ampliar la comprensión sobre alienación, autoritarismo y formas de resistencia a la opresión.

## REFERENCIAS

- Aceituno, R., Asún, R., Ruiz, S., Reinoso, A., Venegas, J.I., y Corbalán, F. (2009). Anomia y Alienación en Estudiantes Secundarios de Santiago de Chile: Resultados Iniciales de un Estudio Comparativo 1989-2007. *Psykhé*, 18(2), 3-18.
- Arce, C. (1994). *Técnicas de construcción de escalas psicológicas*. Madrid: Síntesis.
- Barreiro, A. y Castorina, J.A. (2015). La creencia en un mundo justo como trasfondo ideológico de la representación social de la justicia. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(2), 331-345. doi: 10.15446/rcp.v24n2.44294.
- Barreiro, A., Etchezahar, E., y Prado-Gascó, V. (2014). Creencia global en un mundo justo: validación de la escala de Lipkus en estudiantes universitarios de la ciudad de buenos aires. *Interdisciplinaria*, 31(1), 57-71. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18031545004>.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>.
- Blanco, A. y Díaz, D. (2007). El rostro bifronte del fatalismo: fatalismo colectivista y fatalismo individualista. *Psicothema*, 19(4), 552-558.
- Canto-Ortiz, J. (2019). *Psicología de los grupos. Fundamentos teóricos para la práctica e intervención grupal*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Connors, J. y Heaven, P.C. (1987). Authoritarianism and just world beliefs. *Journal of Social Psychology*, 127(3), 345-356. doi: 10.1080/00224545.1987.9713702.
- Dalbert, C. y Yamauchi, L.A. (1994). Belief in a just world and attitudes toward immigrants and foreign workers: a Cultural comparison between Hawaii and Germany. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(18), 1612-1626. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb01565.x.
- Dalbert, C. (2010). *The justice motive as personal resource. Dealing with challenges and critical life events*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Ferreira, C.P., Moreno-Jiménez, M.P., y Massola, G.M. (2021). Bienestar social, autoestima y reconocimiento: estudio empírico sobre crimen y exclusión basado en la categoría de menosprecio de Axel Honneth. *Revista Colombiana de Psicología*, 30(1), 11-26. doi: 10.15446/rcp.v30n1.80978.

García-Viniegras, C.R.V. y González-Benítez, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(6), 586-592. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16\\_00/mgi10600.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_00/mgi10600.pdf).

Herzog, B. y Hernández-Dobon, F. (2012). The notion of “struggle” in Axel Honneth’s recognition theory. On the possibility of overcoming the “sociological deficit” of Critical Theory with the help of Discourse Analysis. *Política y Sociedad*, 49(3), 609-623.

Honneth, A. (2009). *Luta por reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. (Luiz Repa trad.). (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.

Honneth, A. (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. (Judith Romeu Labayen trad.). Barcelona: Katz Editores.

Jost, J.T. y Thompson, E.P. (2000). Group-based dominance and opposition to equality as independent predictors of self-esteem, ethnocentrism, and social policy attitudes among African Americans and European Americans. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 209-232.

Jost, J.T. y Burgess, D. (2000). Attitudinal ambivalence and the conflict between group and system justification motives in low status groups. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(3), 293-305. doi: 10.1177/0146167200265003.

Jost, J.T. y Hunyady, O. (2005). Antecedents and consequences of system-justifying ideologies. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 260-265. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00377.x.

Jost, J.T., Federico, C.M., y Napier, J.L. (2009). Political ideology: Its structure, functions, and elective affinities. *Annual Review of Psychology*, 60(1), 307-333. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163600.

Lerner, M. y Clayton, S. (2011). *Justice and self-interest: Two fundamental motives*. New York: Cambridge University Press.

Lerner, M. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York: Plenum.

Lipkus, I. (1991). The construction and preliminary validation of a global belief in a just worlds scale and the exploratory analysis of the multidimensional belief in a just world scale. *Personality and Individual Differences*, 12(11), 1171-1178. doi: 10.1016/0191-8869(91)90081-L.

Liviatan, I. y Jost, J.T. (2011). System justification theory: Motivated social cognition in the service of the status quo. *Social Cognition*, 29(3), 231-237. doi: 10.1521/so.co.2011.29.3.231.

Martín-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., y Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(2), 458-467.

Moore, D. (2008). Toward a more just world: What makes people participate in social action? En K.A. Hegtvéd y J. Clay-Warner (Eds.), *Justice* (Advances in Group Processes, Volume 25) pp. 213-239. Reino Unido: Emerald Group Publishing Limited.

Morales, J.F.D. y Sánchez-López, M.P. (2001). Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anales de Psicología*, 17(2), 151-158.



Moyano, E. y Alvarado, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Revista Universum (Talca)*, 22(2), 177-193. doi: 10.4067/S0718-23762007000200012.

Muratori, M., Delfino, G.I., y Zubieta, E.M. (2013). Percepción de anomia, confianza y bienestar: la mirada desde la psicología social. *Revista de Psicología*, 31(1), 130-150. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v31n1/a05v31n1.pdf>.

Musitu, G., García, F., y Gutiérrez, M. (1991). *Autoconcepto Forma A*. Madrid: TEA Ediciones.

Ochoa, C. (2015). *Muestreo probabilístico: Muestreo estratificado*. Barcelona: Netquest. Recuperado de: <http://www.netquest.com/blog/es/muestreo-probabilistico-muestreo-estratificado/>.

Pilapil, R.D. (2013). Disrespect and political resistance: Honneth and the theory of recognition. *Thesis Eleven*, 114(1), 48-60. doi: 10.1177/0725513612454363.

Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L.M., y Malle, B.F. (1994). Social Dominance Orientation: A Personality Variable Predicting Social and Political Attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 741-763.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey, EE.UU.: Princeton University Press.

Sidanius, J. y Peña, Y. (2002). U.S. patriotism and ideologies of group dominance: A tale of asymmetry. *Journal of Social Psychology*, 142, 782-790.

Silván-Ferrero, M.P. y Bustillos, A. (2007). Adaptación de la escala de Orientación a la Dominancia Social al castellano: validación de la Dominancia Grupal y la Oposición a la Igualdad como factores subyacentes. *Revista de Psicología Social*, 22(1), 3-15. doi: 10.1174/021347407779697485.

Srole, L. (1956). Social Integration and Certain Corollaries: an Exploratory Study. *American Sociological Review*, 21(6), 709-716.

Struening, E.L. y Richardson, A.H. (1965). A Factor Analytic Exploration of the Alienation, Anomia and Authoritarianism Domain. *American Sociological Review*, 30(5), 768-776.



## CAPÍTULO 24

### EFFECTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD SOBRE LA OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS EN MUJERES ADULTAS MAYORES

RICARDO LÓPEZ GARCÍA\*, ROSA MARÍA CRUZ CASTRUITA\*,  
NORMA ANGÉLICA BORBÓN CASTRO\*\*, Y ANDRÉS AQUILINO CASTRO ZAMORA\*\*

*\*Universidad Autónoma de Nuevo León; \*\*Universidad Estatal de Sonora*

#### INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una baja cantidad de minerales que tenemos en el hueso, que lo define como baja densidad ósea, perjudicando la microarquitectura del esqueleto humano, que trae como consecuencia debilidad en los huesos y alta posibilidad de llegar a tener problemas de fracturas. Existen una serie de factores que pueden afectar la mineralización en el hueso, como es el consumo elevado del alcohol y tabaco, la baja ingesta de proteínas, vitaminas y minerales, el sedentarismo, las características hereditarias, y en la etapa del adulto mayor el factor del control hormonal (Bernstein, Grisso, y Kaplan, 2003; Gómez, 2006; Hoover, Webber, Beaumont, y Blake, 1996; Joakimsen, Fønnebø, Magnus, Tollan, y Søgaaard, 1998; Kanis, 2002; Kanis et al., 2008; Lotz y Hayes 1990; Oh et al., 2005; Ross, 1996; Sun, Davies, Blair, Abe, y Zaidi, 2006).

Otros factores que se consideran pueden influir en el padecimiento de osteoporosis son el sobrepeso y la obesidad, que es consecuencia del aumento de la grasa corporal por la contribución de la inactividad física, la dieta y la genética. Aunque, en la literatura se ha mostrado que tener sobrepeso y obesidad puede beneficiar la densidad ósea (Albala et al., 1996; Asomaning, Bertone-Johnson, Nasca, Hooven, y Pekow, 2006; Beck et al., 2009; Greco et al., 2010; Lin et al., 2010; Looker et al., 1998; Núñez et al., 2007; Ravn et al., 1999; Siris et al., 2001; Zhao et al., 2007), hay otros estudios que muestran que personas con una elevado Índice de Masa Corporal (IMC) suelen tener mayor probabilidad de desarrollar osteoporosis (Greco et al., 2010; Lin et al., 2010). Caso contrario del sobrepeso y obesidad, son las personas con un IMC bajo, como es la desnutrición, en el cual suelen tener baja cantidad de masa grasa como reserva, esto podría traer como consecuencia la desmineralización ósea por los bajos niveles de estrógenos (Heaney, 1990; Kreiger, Kelsey, Holford, y O'Connor, 1982; Wootton et al., 1982).

En la actualidad existen muchas dudas de si realmente la obesidad ayuda a prevenir la osteoporosis, pero se debe considerar que la osteopenia y la osteoporosis pueden aumentar por la edad (Albrand, Munoz, Sornay-Rendu, DuBoeuf, y Delmas, 2003) y por la raza (Kessenich, 2000; Looker et al., 1997; Peacock et al., 2009). La problemática del sobrepeso y la obesidad ha llegado a cifras alarmantes en todo el

mundo, declarándola pandemia (Kostovski et al., 2017; Ruiz-Cota, Bacardí-Gascón, y Jiménez-Cruz, 2019), México es uno de los países con mayor prevalencia en sobrepeso y obesidad en adultos mayores (Shamah-Levy et al., 2017).

Aunado a eso, los sujetos de la tercera edad suelen tener mayor fragilidad de los huesos por la desmineralización de los huesos a causa de la remodelación ósea, al no sintetizar un nuevo tejido óseo (Gower y Casazza, 2013; Scott et al., 2016). Es por eso por lo que se recomienda evaluar la densidad mineral ósea con absorciometría de rayos X en mujeres después de la menopausia o mujeres de 60 años y más, para poder determinar algún problema de osteopenia u osteoporosis utilizando los rangos del T-score (Koh et al., 2001). Por lo tanto, el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del sobrepeso y obesidad sobre la osteopenia y osteoporosis en mujeres adultas mayores evaluadas a través de la absorciometría dual de rayos X (DEXA).

## **MÉTODO**

Esta investigación fue de tipo transversal, correlacional, evaluando a un total de 149 mujeres adultas mayores ( $66.23 \pm 4.28$  años de edad) con mediciones antropométricas para obtener los rangos del IMC y con el equipo de absorciometría dual de rayos X (DEXA) para obtener la densidad del hueso. Para poder participar en este estudio, todas las mujeres firmaron una carta de consentimiento informado, en el cual venía escrito los objetivos y protocolo del estudio.

Se realizaron evaluaciones antropométricas por personas certificadas por la Sociedad Internacional de Avances de la Cineantropometría (ISAK). Recolectando datos de peso y estatura, por lo cual fueron agendados a primera hora de la mañana con un ayuno de 4 horas, vistiendo ropa apropiada para la realización de las mediciones. El peso corporal se les tomó con una báscula clínica y la estatura con un tallimetro de la marca seca, utilizando el protocolo del ISAK (Marfell-Jones, Stewart, y de Ridder, 2012). Con el peso y la estatura, fue calculado el IMC (peso corporal en kilogramos/estatura en metros<sup>2</sup>). Después se usaron los rangos del IMC establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasificándolos como bajo peso ( $< 18.5$  kg/m<sup>2</sup>), normopeso ( $18.5 - 24.9$  kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso ( $25 - 29.9$  kg/m<sup>2</sup>), obesidad tipo I ( $30 - 34.9$  kg/m<sup>2</sup>), obesidad tipo II ( $35 - 39.9$  kg/m<sup>2</sup>) y obesidad tipo III ( $> 40$  kg/m<sup>2</sup>). Inmediatamente se dividieron a los participantes del estudio según la clasificación obtenida del IMC: 30 mujeres se encontraron con normopeso, 50 con sobrepeso, 39 con obesidad tipo I, 20 con obesidad tipo II y 10 con obesidad tipo III.

Posteriormente se les realizó la medición de la DMO para describir los niveles de osteopenia y osteoporosis, usando el equipo DEXA marca General Electric ([GE Healthcare Lunar Technology bone radiodensitometry] con software enCore Modelo LU43616ES). Los pacientes pasaron al cubículo donde se encontraba el equipo de laboratorio, en el cual se les indicó vestir con ropa adecuada y libres de incrustaciones

metálicas y sin portar cualquier tipo de joyería. Los sujetos fueron colocaron en posición supina sobre la camilla de la DEXA, explicando todo el protocolo a seguir.

Después se introdujeron el peso y la estatura en el software del equipo Y posteriormente se realizó el escaneo del cuerpo completo de cada participante. Se midió la densidad ósea (gramos/centímetro<sup>2</sup> [g/cm<sup>2</sup>]) de la zona de los brazos, piernas, pelvis, costillas y cuerpo total. Con respecto a los brazos y piernas se evaluó de lado derecho e izquierdo y se obtuvo el valor medio de ambos lados. Una vez terminadas las evaluaciones de la densidad ósea, el software del equipo arrojó el valor de T-score, clasificando los resultados según los rangos establecidos por la OMS: nivel de densidad ósea adecuada (Hans et al., 2006; WHO, 1994), clasificando el nivel de la densidad ósea como adecuado (valor mayor o igual a -1), osteopenia (valor -1 a -2.5) y osteoporosis (valor menor de -2.5).

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete *SPSS* (Versión 25). Se realizó estadística descriptiva para calcular el IMC (normopeso, sobrepeso, obesidad tipo I, II y III), la osteopenia y la osteoporosis. A través de medidas de tendencia central fue calculada la media y la desviación estándar de la edad, peso, estatura, IMC y la densidad ósea (brazos, piernas, pelvis, costillas y cuerpo completo) por cada rango del IMC. Posteriormente se realizó el análisis de la prueba *ANOVA*, utilizando el procedimiento del post hoc para la comparación entre las variables de las mediciones básicas, de la DMO con los rangos del IMC, el nivel de significancia utilizado fue de  $p \leq .05$ .

## RESULTADOS

El análisis descriptivo de las variables antropométricas mostró que, en la población evaluada, el 79.78% presenta problemas de exceso de peso, de los cuales el 33.55% tiene sobrepeso y el 46.29% presenta algún tipo de obesidad (Tabla 1).

*Tabla 1.* Variables antropométricas de las mujeres adultas mayores por rangos del IMC

Mediciones básicas	Normopeso ( <i>n</i> =30)	Sobrepeso ( <i>n</i> =50)	Obesidad I ( <i>n</i> =39)	Obesidad II ( <i>n</i> =20)	Obesidad III ( <i>n</i> =10)
Porcentaje IMC	20.13 %	33.55 %	26.17 %	13.42 %	6.7 %
Edad (años)	65.79 ± 4.65	66.58 ± 3.64	65.53 ± 3.97	66.40 ± 5.21	68.20 ± 5.35
Peso corporal (kg)	56.43 ± 5.92	65.97 ± 6.81	76.19 ± 6.98	85.71 ± 5.76	97.43 ± 7.45
Estatura (cm)	157.9 ± 6.16	154.8 ± 6.37	153.8 ± 6.00	151.3 ± 5.58	151.2 ± 6.52
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	22.59 ± 1.78	27.45 ± 1.55	32.13 ± 1.38	37.41 ± 1.53	42.66 ± 2.94

Nota: *n* = número de muestra; % = porcentaje; kg = kilogramos; cm = centímetros; kg/cm<sup>2</sup> = kilogramos por centímetro cuadrado; IMC = índice de masa corporal.

En la Tabla 2, se presenta la frecuencia entre los factores de riesgo de la osteopenia y osteoporosis con los rangos del IMC, en el cual se encontró que las

mujeres con un normopeso suelen tener mayor porcentaje de osteopenia (59.94%) y las mujeres con obesidad tipo I suelen tener menos porcentaje (10%). Los resultados por clasificación de osteoporosis mostraron que las mujeres con obesidad tipo II (35%) y III (20%) obtuvieron mayor porcentaje de osteoporosis que las clasificadas en normopeso (13.32%) y sobrepeso (18%).

*Tabla 2. Frecuencia de riesgo de osteoporosis entre el IMC*

IMC	Clasificación del riesgo de osteopenia y osteoporosis		
	Adecuado	Osteopenia	Osteoporosis
Normopeso	8 ( <i>n</i> )	18 ( <i>n</i> )	4 ( <i>n</i> )
	26.64 (%)	59.94 (%)	13.32 (%)
Sobrepeso	15 ( <i>n</i> )	26 ( <i>n</i> )	9 ( <i>n</i> )
	30 (%)	52 (%)	18 (%)
Obesidad tipo I	16 ( <i>n</i> )	21 ( <i>n</i> )	2 ( <i>n</i> )
	41.02 (%)	53.84 (%)	5.12 (%)
Obesidad tipo II	5 ( <i>n</i> )	8 ( <i>n</i> )	7 ( <i>n</i> )
	25 (%)	40 (%)	35 (%)
Obesidad tipo III	7 ( <i>n</i> )	1 ( <i>n</i> )	2 ( <i>n</i> )
	70 (%)	10 (%)	20 (%)

Nota: IMC = índice de masa corporal; *n* = numero; % = porcentaje.

Los resultados de la DMO mostraron que las mujeres con mayor IMC lograron obtener mayor densidad ósea en todas las regiones del cuerpo, encontrándose diferencias significativas en los siguientes resultados: las mujeres con obesidad tipo I ( $p=,005$ ) y III ( $p=,011$ ) obtuvieron mayor densidad ósea en los brazos que las de normopeso. En la región de las costillas, las mujeres con obesidad tipo I obtuvieron mayor densidad ósea que las de normopeso ( $p=,009$ ) y las mujeres con obesidad tipo 3 obtuvieron mayor densidad ósea que las de normopeso ( $p=,000$ ), sobrepeso ( $p=,000$ ) y obesidad tipo II ( $p=,009$ ; Tabla 3).

*Tabla 3. Mediciones de la DMO entre las mujeres adultas mayores por rangos del IMC*

Regiones	Normopeso ( <i>n</i> =30)	sobrepeso ( <i>n</i> =50)	Obesidad I ( <i>n</i> =39)	Obesidad II ( <i>n</i> =20)	Obesidad III ( <i>n</i> =10)
DMO g/cm <sup>2</sup>					
Brazos	0.632 ± 0.04	0.657 ± 0.06	0.680 ± 0.04a	0.661 ± 0.05	0.699 ± 0.07b
Piernas	0.932 ± 0.09	0.965 ± 0.20	1.018 ± 0.13	0.958 ± 0.16	1.034 ± 0.12
Pelvis	0.972 ± 0.14	1.054 ± 0.26	1.036 ± 0.16	0.922 ± 0.14	1.008 ± 0.16
Costillas	0.570 ± 0.06	0.591 ± 0.05	0.632 ± 0.09c	0.604 ± 0.05	0.703 ± 0.12d,e,f
Total	1.001 ± 0.16	0.987 ± 0.10	1.013 ± 0.08	0.946 ± 0.10	1.036 ± 0.11
T-score	-1.53 ± 0.92	-1.38 ± 1.31	-1.06 ± 1.00	1.92 ± 1.36	-0.78 ± 1.48

Nota. *n* = número de muestra; DMO = densidad mineral ósea; g/cm<sup>2</sup> = gramos por centímetro cuadrado.  $p \leq .01$  = <sup>a</sup> Obesidad I > Normopeso, <sup>c</sup> Obesidad I > Normopeso, <sup>f</sup> Obesidad III > Obesidad II.  $p \leq .05$  = <sup>b</sup> Obesidad III > Normopeso.  $p \leq .001$  = <sup>d</sup> Obesidad III > Normopeso, <sup>e</sup> Obesidad III > Sobrepeso.

## DISCUSIÓN

En la actualidad se encuentran varios estudios realizados en adultos mayores que muestran que el sobrepeso y la obesidad puede ser un gran aliado de la mineralización ósea, aunque hay que recordar que en estas etapas la densidad del hueso suele disminuir su mineralización por cuestiones fisiológicas, alcanzando prevalencias altas de osteopenia y de osteoporosis (Hu, 2003). Es por eso que el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del sobrepeso y obesidad sobre el riesgo de padecer osteoporosis y osteopenia en mujeres adultas mayores.

En la etapa del adulto mayor suele presentarse altos niveles de sobrepeso y obesidad (Greco et al., 2010; Kim et al., 2010; Lloyd et al., 2014) llegando a presentar una mayor posibilidad de desarrollar enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) tales como padecimientos cardiorrespiratorios, cerebrovasculares, metabólicos, musculoesqueléticos, entre otros, y algunas otras veces debilidades de hueso por la baja densidad ósea. En la presente investigación, el 79.78% de las mujeres presentan problemas de sobrepeso y obesidad. Al momento de evaluarlas sobre los riesgos de la desmineralización del hueso, se encontró que las mujeres con sobrepeso y obesidad suelen tener menores porcentajes de osteopenia que las mujeres con normopeso, pero en la osteoporosis las mujeres con obesidad obtuvieron mayor porcentaje que las de normopeso.

Estos datos son muy similares a los estudios de Castro et al. (2005), Greco et al. (2010), Lloyd et al. (2014) y Premaor, Pilbrow, Tonkin, Parker, y Compston (2010) en el cual mostraron que las mujeres adultas con mayor IMC como obesidad tipo I y II suelen tener menor porcentaje en la osteopenia y osteoporosis que las mujeres con IMC con normopeso y sobrepeso. Si se analiza por categorías de IMC, en la mayoría de las mujeres con obesidad tipo III suelen tener un nivel adecuado, es decir que solo el 30 % presenta problemas de osteopenia y osteoporosis, todo lo contrario, con las mujeres con normopeso, en el cual el 73.35% presentan problemas de osteopenia y osteoporosis. Diversos estudios han obtenido resultados similares donde indican que, a mayor rango de IMC, suelen tener un menor porcentaje de riesgo de osteopenia y osteoporosis, tal es el caso del estudio de Lloyd et al. (2014) en el que las mujeres con obesidad solo suelen tener un 30% de riesgo, y las mujeres con normopeso suelen tener hasta un 72% de riesgo.

Otros estudios, como el de Premaor et al. (2010), en el cual se evaluó la columna y cadera, arrojando resultados en el que las mujeres con obesidad tipo I y II suelen tener entre un 35 a 40% de riesgos en la columna y un 10 a 20% en la cadera, mientras de las mujeres con normopeso tienden a tener un riesgo del 80% en la columna y un 40% en la cadera. Y el estudio de Greco et al. (2010), el cual muestra que las mujeres con obesidad I y II suelen tener entre 42 a 37% problemas de osteopenia y osteoporosis, mientras que las mujeres con sobrepeso tienden a tener hasta un 61%.

El IMC puede comprender el nivel de sobrepeso y la obesidad, y así poder ver su relación con la masa ósea, como coincide con algunos hallazgos, aunque muchos estudios evalúan la masa grasa, ya que puede ser un factor importante sobre la densidad del hueso, porque la grasa puede ser un aliado de las citocinas proinflamatorias que estimulan la resorción ósea y pérdida del mineral del hueso (Blaak, 2001; Sheu y Cauley, 2011).

Otro factor que pueden incidir en el riesgo de osteopenia y osteoporosis es la edad avanzada, estudios como el de Asomaning et al. (2006), Looker, Melton, Borrud, y Shepherd (2012), y Borrud et al. (2001) muestran que las mujeres con edades de 70 a 80 años arrojaron mayor porcentaje de riesgo de osteopenia y osteoporosis, que las mujeres de 60 a 70 años.

En la densidad mineral, encontramos que las mujeres con un IMC elevado como la obesidad suelen estar más fortalecidas del hueso que las de normopeso y sobrepeso, encontrándose diferencias significativas en algunas regiones del cuerpo. Estos datos son muy similares a las investigaciones de Gómez et al. (2009) y Premaor et al. (2010) en el cual las mujeres con obesidad tipo II y III poseen mayores niveles de densidad mineral ósea oaron mayores niveles de mineral óseo.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados obtenidos de este estudio con mujeres mayores muestran que las que tiene un peso normal y sobrepeso suelen tener un mayor porcentaje en problemas de padecer osteopenia y osteoporosis, que las mujeres que tienen una obesidad tipo I, II y III. Si bien se ha aclarado que tener problemas de exceso de peso beneficia la densidad mineral ósea, lo cual, al tener más peso, están realizando una mayor carga sobre el hueso lo que fortalece al esqueleto. Aunque hay que tomar en cuenta que muchos de estos casos pueden ser que el exceso de peso se deba a la cantidad de masa muscular desarrollada, lo que es poco probable por los altos índices de sarcopenia a esa edad, pero también a la elevada cantidad de masa grasa corporal, que este último tiene como consecuencias padecer ECNT, por lo tanto, sería importante seguir investigando la relación del exceso de peso con la disminución o aumento de la DMO para establecer estrategias de ejercicio y nutrición encaminadas a favorecer el envejecimiento activos que ayuden a prevenir una desmineralización.



## REFERENCIAS

- Albala, C., Yáñez, M., Devoto, E., Sostin, C., Zeballos, L., y Santos, J.L. (1996). Obesity as a protective factor for postmenopausal osteoporosis. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20(11), 1027-1032.
- Albrand, G., Munoz, F., Sornay-Rendu, E., DuBoeuf, F., y Delmas, P.D. (2003). Independent predictors of all osteoporosis-related fractures in healthy postmenopausal women: the OFELY study. *Bone*, 32(1), 78-85. doi: 10.1016/S8756-3282(02)00919-5
- Asomaning, K., Bertone-Johnson, E.R., Nasca, P.C., Hooven, F., y Pekow, P.S. (2006). The association between body mass index and osteoporosis in patients referred for a bone mineral density examination. *Journal of Women's Health*, 15(9), 1028-1034. doi: 10.1089/jwh.2006.15.1028
- Beck, T.J., Petit, M.A., Wu, G., LeBoff, M.S., Cauley, J.A., y Chen, Z. (2009). Does obesity really make the femur stronger? BMD, geometry, and fracture incidence in the women's health initiative observational study. *Journal of Bone and Mineral Research*, 24(8), 1369-1379. doi: 10.1359/jbmr.090307
- Bernstein, J., Grisso, J.A., y Kaplan, F.S. (2003). Body mass and fracture risk: a study of 330 patients. *Journal of Orthopaedic Trauma*, 17(8), S27-S30.
- Blaak, E. (2001). Gender differences in fat metabolism. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 4(6), 499-502.
- Castro, J.P., Joseph, L.A., Shin, J.J., Arora, S.K., Nicasio, J., Shatzkes, J., ... McFarlane, S.I. (2005). Differential effect of obesity on bone mineral density in White, Hispanic and African American women: a cross sectional study. *Nutrition & Metabolism*, 2(1), 1-7. doi: 10.1186/1743-7075-2-9
- Gómez, J.M. (2006). The role of insulin-like growth factor I components in the regulation of vitamin D. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 7(2), 125-132. doi: 10.2174/138920106776597621
- Gómez, J.M., Vilarrasa, N., Masdevall, C., Pujol, J., Solano, E., Soler, J., ... Vendrell, J. (2009). Regulation of bone mineral density in morbidly obese women: a cross-sectional study in two cohorts before and after bypass surgery. *Obesity Surgery*, 19(3), 345-350. doi: 10.1007/s11695-008-9529-4
- Gower, B.A. y Casazza, K. (2013). Divergent effects of obesity on bone health. *Journal of Clinical Densitometry*, 16(4), 450-454. doi: 10.1016/j.jocd.2013.08.010
- Greco, E.A., Fornari, R., Rossi, F., Santiemma, V., Prossomariti, G., Annoscia, C., ... Migliaccio, S. (2010). Is obesity protective for osteoporosis? Evaluation of bone mineral density in individuals with high body mass index. *International Journal of Clinical Practice*, 64(6), 817-820. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02301.x
- Hans, D., Downs, R.W., Duboeuf, F., Greenspan, S., Jankowski, L.G., Kiebzak, G.M., y Pertak, S.M. (2006). Skeletal Sites for Osteoporosis Diagnosis: The 2005 ISCD Official Positions. *Journal of Clinical Densitometry*, 9, 15-21. doi: 10.1016/j.jocd.2006.05.003.
- Heaney, R.P. (1990). Bone mass and osteoporotic fractures. *Calcified Tissue International*, 47, 63-65. doi: 10.1007/BF02555988.

Hoover, P.A., Webber, C.E., Beaumont, L.F., y Blake, J.M. (1996). Postmenopausal bone mineral density: relationship to calcium intake, calcium absorption, residual estrogen, body composition, and physical activity. *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 74(8), 911-917.

Hu, F.B. (2003). Overweight and obesity in women: health risks and consequences. *Journal of Women's Health*, 12(2), 163-172. doi: 10.1089/154099903321576565

Joakimsen, R.M., Fønnebø, V., Magnus, J.H., Tollan, A., y Sogaard, A.J. (1998). The Tromsø Study: body height, body mass index and fractures. *Osteoporosis International*, 8(5), 436-442. doi: 10.1007/s001980050088

Kanis, J.A. (2002). Diagnosis of osteoporosis and assessment of fracture risk. *The Lancet*, 359(9321), 1929-1936. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08761-5

Kanis, J.A., McCloskey, E.V., Johansson, H., Strom, O., Borgstrom, F., y Odén, A. (2008). Case finding for the management of osteoporosis with FRAX®—assessment and intervention thresholds for the UK. *Osteoporosis International*, 19(10), 1395-1408. doi: 10.1007/s00198-008-0712-1

Kessenich, C.R. (2000). Osteoporosis and african-American women. *Women's Health Issues*, 10(6), 300-304. doi: 10.1016/S1049-3867(00)00065-7

Koh, L.K.H., Sedrine, W.B., Torralba, T.P., Kung, A., Fujiwara, S., Chan, S.P., ... Reginster, J.Y. (2001). A simple tool to identify Asian women at increased risk of osteoporosis. *Osteoporosis International*, 12(8), 699-705. doi: 10.1007/s001980170070

Kostovski, M., Tasic, V., Laban, N., Polenakovic, M., Danilovski, D., y Gucev, Z. (2017). Obesity in childhood and adolescence, genetic factors. *Prilozi*, 38(3), 121-133.

Kreiger, N., Kelsey, J.L., Holford, T.R., y O'Connor, T. (1982). An epidemiologic study of hip fracture in postmenopausal women. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 141-148. doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a113388

Lin, H., Luo, Q., He, C., Yang, L., He, H., Wu, Y., ... Xiong, E. (2010). On correlation between body mass index and lumbar spine average bone mineral density: a study in male patients with osteopenia and those with osteoporosis. *Sheng wu yi xue gong cheng xue za zhi= Journal of biomedical engineering= Shengwu yixue gongchengxue zazhi*, 27(1), 138-141.

Lloyd, J.T., Alley, D.E., Hawkes, W.G., Hochberg, M.C., Waldstein, S.R., y Orwig, D.L. (2014). Body mass index is positively associated with bone mineral density in US older adults. *Archives of Osteoporosis*, 9(1), 1-8. doi: 10.1007/s11657-014-0175-2

Looker, A.C., Melton, L.J., Borrud, L.G., y Shepherd, J.A. (2012). Lumbar spine bone mineral density in US adults: demographic patterns and relationship with femur neck skeletal status. *Osteoporosis International*, 23(4), 1351-1360. doi: 10.1007/s00198-011-1693-z

Looker, A.C., Orwoll, E.S., Johnston, C.C., Lindsay, R.L., Wahner, H.W., Dunn, W.L., ... Heyse, S.P. (1997). Prevalence of low femoral bone density in older US adults from NHANES III. *Journal of Bone and Mineral Research*, 12(11), 1761-1768.

Looker, A.C., Wahner, H.W., Dunn, W.L., Calvo, M.S., Harris, T.B., Heyse, S.P., ... Lindsay, R. (1998). Updated data on proximal femur bone mineral levels of US adults. *Osteoporosis International*, 8(5), 468-490. doi: 10.1007/s001980050093

Lotz, J.C. y Hayes, W.C. (1990). The use of quantitative computed tomography to estimate risk of fracture of the hip from falls. The Journal of bone and joint surgery. *American Volume*, 72(5), 689-700.

Marfell-Jones, M.J., Stewart, A.D., y de Ridder, J.H. (2012). *International standards for anthropometric assessment*. Wellington, New Zealand: International Society for the Advancement of Kinanthropometry.

Núñez, N.P., Carpenter, C.L., Perkins, S.N., Berrigan, D., Jaque, S.V., Ingles, S.A., ... Hursting, S.D. (2007). Extreme obesity reduces bone mineral density: complementary evidence from mice and women. *Obesity*, 15(8), 1980-1987. doi: 10.1038/oby.2007.236

Oh, K.W., Lee, W.Y., Rhee, E.J., Baek, K.H., Yoon, K.H., Kang, M.I., ... Park, S.W. (2005). The relationship between serum resistin, leptin, adiponectin, ghrelin levels and bone mineral density in middle-aged men. *Clinical Endocrinology*, 63(2), 131-138. doi: 10.1111/j.1365-2265.2005.02312.x

Peacock, M., Buckwalter, K.A., Persohn, S., Hangartner, T.N., Econs, M.J., y Hui, S. (2009). Race and sex differences in bone mineral density and geometry at the femur. *Bone*, 45(2), 218-225. doi: 10.1016/j.bone.2009.04.236

Premaor, M.O., Pilbrow, L., Tonkin, C., Parker, R.A., y Compston, J. (2010). Obesity and fractures in postmenopausal women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 25(2), 292-297. doi: 10.1359/jbmr.091004

Ravn, P., Cizza, G., Bjarnason, N.H., Thompson, D., Daley, M., Wasnich, R.D., ... Christiansen, C. (1999). Low body mass index is an important risk factor for low bone mass and increased bone loss in early postmenopausal women. *Journal of Bone and Mineral Research*, 14(9), 1622-1627. doi: 10.1359/jbmr.1999.14.9.1622

Ross, P.D. (1996). Osteoporosis: frequency, consequences, and risk factors. *Archives of Internal Medicine*, 156(13), 1399-1411. doi: 10.1001/archinte.1996.00440120051005

Ruiz-Cota, P., Bacardí-Gascón, M., y Jiménez-Cruz, A. (2019). Historia, tendencias y causas de la obesidad en México. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(7), 737-745. doi: 10.19230/jonnpr.3054

Scott, D., Chandrasekara, S.D., Laslett, L.L., Cicuttini, F., Ebeling, P.R., y Jones, G. (2016). Associations of sarcopenic obesity and dynapenic obesity with bone mineral density and incident fractures over 5–10 years in community-dwelling older adults. *Calcified Tissue International*, 99(1), 30-42. doi: 10.1007/s00223-016-0123-9

Shamah-Levy, T., Ruiz-Matus, C., Rivera-Dommarco, J., Kuri-Morales, P., Cuevas-Nasu, L., Jiménez-Corona, M.E., ... Hernández-Ávila, M. (2017). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Resultados Nacionales*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).

Sheu, Y. y Cauley, J.A. (2011). The role of bone marrow and visceral fat on bone metabolism. *Current Osteoporosis Reports*, 9(2), 67-75. doi: 10.1007/s11914-011-0051-6

Siris, E.S., Miller, P.D., Barrett-Connor, E., Faulkner, K.G., Wehren, L.E., Abbott, T.A., ... Sherwood, L.M. (2001). Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women: results from the National Osteoporosis Risk Assessment. *Journal of the American Medical Association*, 286(22), 2815-2822. doi: 10.1001/jama.286.22.2815

Sun, L.I., Davies, T.F., Blair, H.C., Abe, E., y Zaidi, M. (2006). TSH and bone loss. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1068(1), 309-318. doi: 10.1196/annals.1346.033

Wootton, R., Bryson, E., Elsasser, U., Freeman, H., Green, J.R., Hesp, R., ... Zanelu, J. (1982). Risk factors for fractured neck of femur in the elderly. *Age and Ageing*, 11(3), 160-168. doi: 10.1093/ageing/11.3.160

World Health Organization. (1994). *Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO study group*. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39142>

