





Doctora en Ciencias Sociales  
**Martha Patricia Zarza Delgado**  
*Rectora de la Universidad  
Autónoma del Estado de México*

Doctora en Ciencias Computacionales  
**Arianna Becerril García**  
*Secretaria de Ciencia*

Doctor en Ciencias Agropecuarias y  
Recursos Naturales  
**Francisco Herrera Tapia**  
*Secretario Académico*

Doctora en Estudios Latinoamericanos  
**Cynthia Ortega Salgado**  
*Secretaria de Identidad y Cultura*

Doctor en Ciencias Sociales  
**Jorge Alejandro Vásquez Caicedo**  
*Secretario de Gobernanza Universitaria*

Doctora en Farmacia y Tecnología Farmacéutica  
**Mariana Ortiz Reynoso**  
*Secretaria de Vinculación, Extensión y  
Promoción de la Empleabilidad*

Maestra en Administración  
**Miriam Liliana Padilla Mora**  
*Secretaria de Gestión y  
Administración Universitaria*

Maestra en Hacienda Pública  
**Miriam Sierra López**  
*Secretaria de Finanzas*

Doctora en Humanidades  
**María de las Mercedes Portilla Luja**  
*Secretaria de Desarrollo y  
Fortalecimiento Institucional*

Doctora en Ciencias con Énfasis en Educación  
**Miriam Sánchez Angeles**  
*Secretaria de Igualdad Sustantiva y Cuidados*

Doctor en Ciencias e Ingeniería de Materiales  
**José Guadalupe Miranda Hernández**  
*Secretario de Centros Universitarios y  
Unidades Académicas*

Maestrante en Derecho  
**Evangelina Sales Sánchez**  
*Consejera Jurídica Universitaria*

Doctora en Diseño  
**María Fernanda Valdés Figueroa**  
*Comunicación Social Universitaria*

Doctor en Políticas Públicas  
**Bernardo Jorge Almaraz Calderón**  
*Jefe de la Oficina de Rectoría*

# ACTUALIDADES Y PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE PUBLICACIONES UNIVERSITARIAS  
*Editorial de la Universidad Autónoma del Estado de México*

Doctora en Ciencias Sociales  
**Martha Patricia Zarza Delgado**  
*Rectora*

Doctora en Estudios Latinoamericanos  
**Cynthia Ortega Salgado**  
*Secretaria de Identidad y Cultura*

Doctor en Administración  
**Jorge Eduardo Robles Alvarez**  
*Director de Publicaciones Universitarias*

# ACTUALIDADES Y PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

ROSALINDA GUADARRAMA GUADARRAMA

GIOVANNY ARZATE HERNÁNDEZ

NUBIA TORRES GONZÁLEZ

Coordinadores



Universidad Autónoma del Estado de México

*“2025, 195 años de la apertura del Instituto Literario en la ciudad de Toluca”*

Este libro fue positivamente dictaminado con el aval de dos revisores externos, conforme al Reglamento de la Función Editorial de la UAEMEX, y fue sometido a un proceso de identificación de duplicidad de la información mediante un *software* especializado.

Primera edición, septiembre 2025

## ACTUALIDADES Y PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Rosalinda Guadarrama Guadarrama

Giovanny Arzate Hernández

Nubia Torres González

Coordinadores

Universidad Autónoma del Estado de México

Av. Instituto Literario 100 Ote., Col. Centro

Toluca, Estado de México

C.P. 50000

Tel: 722 481 1800

<http://www.uaemex.mx>

Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (Reniecyt): 1800233



Esta obra está sujeta a una licencia *Creative Commons* Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 Internacional. Los usuarios pueden descargar esta publicación y compartirla con otros, pero no están autorizados a modificar su contenido de ninguna manera ni a utilizarlo para fines comerciales. Disponible para su descarga en acceso abierto en: <http://ri.uaemex.mx>

ISBN: 978-968-9718-17-8

Hecho en México

Director del equipo editorial: Jorge Eduardo Robles Alvarez

Coordinación editorial: Ixchel Díaz Porras

Coordinación de diseño: Luis Maldonado Barraza

Corrección de estilo: María Lucina Ayala López

Formación: Eva Laura Rojas Almazán

Diseño de portada: Martha Díaz Cuenca



# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	9
--------------	---

## PRIMERA PARTE: MEDICIÓN PSICOLÓGICA Y SALUD EN POBLACIONES MEXICANAS

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE TEMPLER EN ADOLESCENTES MEXICANOS <i>Helida Nancy Chávez Pérez, Erika Robles Estrada, Aída Mercado Maya, Germán Benito Bernáldez Jaimes</i>	15
VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36 EN POBLACIÓN MEXIQUENSE <i>Giovanny Arzate Hernández, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Marcela Veytia López, Rebeca María Elena Guzmán Saldaña</i>	29
VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PLENITUD DE VIDA PERSONAL EN ESTUDIANTES MEXICANOS DE LICENCIATURA EN EL ESTADO DE PUEBLA. ESTUDIO PRELIMINAR <i>Julieta Vélez Belmonte, Jesús Adrián Figueroa Hernández</i>	45

## SEGUNDA PARTE: ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA: INFLUENCIAS Y CONSECUENCIAS

INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y OBSESIÓN POR LA MUSCULATURA EN HOMBRES ADOLESCENTES <i>Rebeca María Elena Guzmán Saldaña, América Itzayana Rivas-Ramírez, Lilián Elizabeth Bosques-Brugada, María Luisa Escamilla-Gutiérrez</i>	75
ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES <i>Silvia Platas Acevedo, Gilda Gómez Peremitre, Gisela Pineda García, Rodrigo León, Andrea Ramos Sánchez</i>	97
IMAGEN E INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA PERCEPCIÓN DEL IMC SEGÚN EL SEXO <i>Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez, Rosalinda Guadarrama Guadarrama, Marcela Veytia López, Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza</i>	119

TERCERA PARTE:  
DESAFÍOS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO  
DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD A LA VIOLENCIA INTERPERSONAL EN LA PAREJA <i>Gabriela Josefina Saldívar Hernández, Areli Moreno Reyes, Jonathan Giovanni Trejo Arizmendi</i>	131
ESTILO DE VIDA TRAS LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV-2 <i>Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza, Martín Carlos Hernández Ruiz</i>	151
LOS HÁBITOS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN Y LA ADAPTACIÓN A LA PANDEMIA EN MÉXICO <i>Cecilia Meza Peña, Javier Álvarez Bermúdez</i>	173
PROGRAMA DE FORMACIÓN DE LOS PSICOONCÓLOGOS EN MÉXICO <i>María de las Mercedes Morales Briseño, Minerva Ramos Sánchez</i>	195



## INTRODUCCIÓN

El presente libro es una valiosa contribución para todos aquellos interesados en la salud y la psicología en México; así, ofrece una visión actualizada y rigurosa de los desafíos y oportunidades en este ámbito, ya que reúne los hallazgos de diversos estudios relacionados con la psicología de la salud elaborados por un cuerpo de investigadores del área de psicología de diferentes universidades del país.

La salud mental y el bienestar son temas de gran importancia en la sociedad actual, por lo que es fundamental contar con datos y estrategias que permitan medir y mejorar estos aspectos en la población. En este contexto, la presente obra compila una serie de investigaciones, integradas en tres partes; la primera se enfoca en la medición psicológica y salud en poblaciones mexicanas, sus investigaciones hacen referencia a la ansiedad ante la muerte, la calidad de vida y la plenitud personal en adolescentes y estudiantes universitarios en México.

La primera investigación destaca la importancia de estudiar la plenitud de vida personal en jóvenes para crear herramientas que los ayuden a sentirse más plenos. Se mencionan cuatro ejes que pueden contribuir a una vida más satisfactoria y plena: objetividad, aceptación de limitantes, interpersonalidad y sentido. En el segundo texto se llevó a cabo la validación del cuestionario SF-36 en una población del Estado de México, presentando los resultados obtenidos respecto a su fiabilidad y validez. El último capítulo es un estudio preliminar sobre la validez del instrumento Plenitud de vida personal en estudiantes mexicanos de licenciatura en el estado de Puebla. Se discuten los resultados obtenidos y se sugiere la necesidad de llevar a cabo futuras aplicaciones en muestras más amplias.

En la segunda parte se discute la relevancia de entender y tratar la percepción de la imagen corporal en adolescentes; se proporcionan sugerencias para evitar la insatisfacción con el cuerpo, las conductas alimentarias peligrosas y la obsesión por el desarrollo muscular en jóvenes varones. La distorsión de la imagen corporal en los adolescentes es un problema complejo, con múltiples causas, entre las que se encuentran la influencia de los medios de comunicación, la presión social y las relaciones con los padres. Los resultados de los estudios actuales confirman que la insatisfacción con la

imagen corporal es un problema común en los adolescentes, independientemente de su género; sin embargo, se ha encontrado que existen diferencias de acuerdo con el sexo, en cuanto a las áreas del cuerpo que se desean cambiar y al nivel de satisfacción con la imagen corporal.

Los descubrimientos en este campo son muy útiles para desarrollar estrategias que ayuden a prevenir y tratar estos problemas. Lo anterior incluye la promoción de una imagen corporal saludable y la educación sobre nutrición y ejercicio físico. Las investigaciones presentadas comparten un enfoque común en la percepción de la imagen corporal en adolescentes y los conflictos relacionados.

La salud es un tema crucial en México, un país que enfrenta múltiples desafíos en este ámbito. La pandemia de COVID-19 ha resaltado la necesidad de abordar la salud de manera integral; es decir, la física y la mental. En este contexto, la psicología de la salud se destaca como una disciplina esencial para la prevención y tratamiento de diversas enfermedades y trastornos, con el objetivo de entender el impacto de la pandemia en la salud mental de la población y proponer estrategias para abordarlo.

La tercera parte aborda diversas temáticas relacionadas con los aspectos psicosociales que determinan la salud del individuo. Primeramente, se exploran las aportaciones de la psicología de la salud para comprender y analizar la violencia en las relaciones de pareja. Se destaca la importancia de un enfoque multidimensional que considere los factores biopsicosociales implicados en la salud y la enfermedad. Asimismo, se hace hincapié en el papel de los profesionales sanitarios en la detección y estudio de la violencia contra las mujeres, así como la necesidad de la colaboración intersectorial para proporcionar apoyo y servicios integrales.

En la segunda investigación se examina cómo la pandemia de COVID-19 ha afectado el estilo de vida y las conductas de salud. Asimismo, resalta la importancia de entender el contexto más amplio en el que puede surgir la violencia, incluyendo los efectos de factores sociales como las pandemias. Además, subraya la necesidad de fomentar estilos de vida saludables y abordar los problemas de salud mental que se han agravado debido a la pandemia.

En la tercera investigación se plantea el estudio de la conexión entre los hábitos de salud, la depresión y la adaptación a la pandemia en México. Este texto ofrece detalles sobre los desafíos psicológicos y emocionales que las personas pueden experimentar durante situaciones de crisis, como la pandemia, los cuales podrían incrementar el riesgo de violencia en las relaciones de pareja.

En la última investigación se presenta el diseño de un programa didáctico, delimitando las etapas que se propone contemplar, las necesidades educativas y todos los aspectos que pueden contribuir al desarrollo y comprensión de la psicooncología en México. También se identificaron las necesidades de capacitación, a través de la revisión documental, así como de incluir en la formación, la intervención y orientación a los familiares y personal de salud. El programa busca formar psicooncólogos capaces de brindar atención integral a pacientes con cáncer y a sus familias, y favorecer el desarrollo de la psicooncología en México.

Con base en lo anterior, se propone un programa de estudios que mantenga el equilibrio en la práctica clínica y la teoría, además de contar con el reconocimiento académico indispensable para mejorar la carrera profesional del estudiante y profesional de la salud en beneficio del enfermo.

Todos los capítulos presentes en esta obra destacan la importancia de emprender acciones en las diferentes problemáticas de la psicología de la salud, de manera que permitan comprender la naturaleza de los procesos de salud-enfermedad para su prevención; por lo tanto, todas las investigaciones que se muestran de manera clasificada aspiran a contribuir y ampliar el conocimiento acerca de la salud mental y el bienestar de poblaciones mexicanas.

*Rosalinda Guadarrama Guadarrama*

*Giovanny Arzate Hernández*

*Nubia Torres González*



## **PRIMERA PARTE**

# MEDICIÓN PSICOLÓGICA Y SALUD EN POBLACIONES MEXICANAS



## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE TEMPLER EN ADOLESCENTES MEXICANOS

*Helida Nancy Chávez Pérez\**

*Erika Robles Estrada\**

*Aída Mercado Maya\**

*Germán Benito Bernáldez Jaimes\**

Que la muerte provoque angustia en la humanidad no es extraño, puesto que es una base importante de casi todas las culturas. Hablar de muerte ocasiona sufrimiento, además de otras emociones indeseables, como miedo, angustia o temor (Díaz, 2004). En este sentido, la ansiedad hacia la muerte es un sentimiento inherente al ser humano, se manifiesta con emociones y actitudes que afectan su vida emocional. Es una respuesta emocional que surge al percibir señales de peligro o amenazas, ya sean reales o imaginarias, contra la propia vida (Tomás-Sábado, 2020).

La aceptación o conflicto de la muerte es diferente en cada persona, depende de su experiencia y edad; por ejemplo, los jóvenes tienen menos conciencia de la realidad de ésta, no se hacen preguntas sobre ella ni piensan en su propio final, ven su propio fallecimiento lejano (Uribe et al., 2007). Tiene que ver con el ciclo vital por el que atraviesan; sin embargo, no siempre es así, desde la perspectiva de Collel et al. (2003), sí tienen miedo ante su propia muerte y experimentan ansiedad ante el transcurso de su deceso y del ajeno, aunque es más fácil imaginar el de un ser querido que de su propio proceso de morir; esto dependerá de las circunstancias que cada uno viva.

Con la pandemia del COVID-19, la idea lejana de la finitud en esta etapa de la vida pudo haber cambiado, entre las razones principales se encuentra el alto índice de mortalidad a nivel mundial, que derivó en problemas de salud mental. En este contexto, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) reportó que en México el aislamiento tuvo consecuencias para los niños, niñas y adolescentes; el incremento de los casos de depresión fue de 27% y ansiedad, de 50%; esto se atribuye

---

\* Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

a que cuando se rebasa la capacidad de adaptación de algún núcleo poblacional puede agravarse la salud mental y convertirse en un estado emocional permanente. En palabras de Serna-Arbeláez et al. (2020), la depresión y la ansiedad generalizada se relacionan con la ansiedad hacia la muerte durante la infancia o adolescencia, en especial cuando se ha perdido a un ser querido.

Analizar la ansiedad ante la muerte adquiere relevancia, ya que en Latinoamérica estos problemas representan los principales desafíos de salud pública, los cuales están vinculados a otros trastornos tanto en la salud mental como en la física, así como en el funcionamiento social. Este tipo de ansiedad se define como una respuesta emocional que surge al percibir una amenaza a la propia vida, desencadenada por estímulos del entorno, como presenciar un cadáver o la muerte de un ser querido, o por factores internos, como pensamientos o imágenes relacionados con la muerte. La forma en que las personas viven y expresan esta ansiedad varía en cada individuo (Limonero et al., 2010).

Respecto a su medición, uno de los instrumentos más conocidos es el de Templer, que considera tres dimensiones, la primera es miedo a la agonía o enfermedad, y se refiere al estrés y al dolor de la incapacitación; la segunda es el miedo a que la vida llegue a su fin, ésta implica preocupación por la impresión de morir; la tercera dimensión es el miedo a la muerte, la cual conlleva las reacciones que genera el organismo como una ansiedad anticipatoria y reactiva (Templer, 1970).

Esta escala se adaptó en diversas culturas y traducida a diferentes idiomas. En Brasil, Donovan (1993) realizó las propiedades psicométricas del instrumento, primero estableció la validez lingüística mediante la retrotraducción al portugués; posteriormente, calculó los coeficientes de confiabilidad bilingüe divididos por mitades. Los ítems pares lograron .59 mínimamente adecuado, mientras que los impares obtuvieron un satisfactorio .91; la consistencia interna general fue aceptable ( $\alpha = .77$ ), que coincide con la encontrada para la escala original, al igual que sus dimensiones.

Por otro lado, Sharif Nia et al. (2021) realizaron una revisión sistemática de las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) de Templer en Irán, Estados Unidos, Italia, China, Egipto, España y Australia; los resultados demostraron que los factores que se extrajeron fueron distintos, dos (un estudio de Estados Unidos), tres (cuatro estudios realizados en Irán, uno en Italia y uno en Australia), cuatro (Irán, China y España) y cinco factores (Irán y Egipto); se concluyó



que existen inconsistencias psicométricas en las soluciones de factores identificados en todas las culturas, por lo que existe la necesidad de una evaluación continua de cómo se traduce la DAS en países específicos con evaluación en relación con otras herramientas de construcción de muerte.

Tomás-Sábado (2020) analizó las propiedades psicométricas de la DAS en una muestra de 187 estudiantes de Psicología de la Universidad de Barcelona, compuesta por 147 mujeres y 40 hombres. La consistencia interna se evaluó a través del coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha = .734$ ). A diferencia de la versión original de la escala, se identificaron cuatro factores significativos (cognitivo-afectivo, dolor y enfermedad, estímulos relacionados con la muerte y conciencia del paso del tiempo), los cuales explicaron el 53.92% de la varianza total.

En Latinoamérica, específicamente en Argentina, Resett et al. (2021) realizaron un estudio con 400 participantes; obtuvieron la confiabilidad mediante test/retest con un puntaje de .83, además del Alfa de Cronbach ( $\alpha = .80$ ); en el análisis factorial exploratorio se explicó el 42% de la varianza total con tres factores (miedo a la muerte, miedo a la agonía y fin de la vida).

Así mismo, Peñaloza (2022) realizó un estudio con el objetivo de analizar la evidencia psicométrica de la escala en personal de salud de Lima, Perú. Los resultados indicaron validez de contenido mediante la V de Aiken ( $V = 1$ ), lo que demostró que cada ítem posee discriminación y homogeneidad. El análisis factorial confirmatorio arrojó un índice de bondad de ajuste con  $CFI = .972$ ,  $RMSEA = .050$ ,  $SRMR = .074$  y  $TLI = .966$ , confirmando un modelo de tres factores. La confiabilidad, evaluada por consistencia interna con  $\alpha$  y  $\Omega$ , fue de .95.

En México, Rivera-Ledesma y Montero-López (2010) validaron la escala en dos grupos: 165 adultos mayores y 149 estudiantes universitarios. Los resultados mostraron altos valores de confiabilidad ( $\alpha = .80$ ). En ambas muestras, los factores se extrajeron mediante análisis de componentes principales con rotación varimax. Para los estudiantes, la varianza explicada fue de 60.3%, mientras que en los adultos mayores fue de 53.8%, logrando en estos últimos una estructura de tres factores ortogonales, similar a la escala original. En el caso de los estudiantes universitarios, los factores identificados fueron miedo a la muerte, miedo a la enfermedad y miedo a pensar en la muerte. Por otro lado, Miaja (2012) llevó a cabo un estudio en Nuevo León, México, con 76 pacientes que padecían diversas enfermedades crónicas (exceptuando VIH/sida). El análisis arrojó una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .80$ ) con 25 ítems,

y mediante el criterio de Kaiser, se identificaron cuatro factores que explicaron el 55.28% de la varianza total.

Finalmente, De la Rubia y Ávila (2014) realizaron una nueva validación de la escala DAS-15 en una muestra de población general adulta, con la participación de 100 hombres y 100 mujeres. Los resultados revelaron dos componentes: el primero relacionado con la ansiedad ante la muerte y el segundo, denominado miedo al fin de la vida, que explicaron el 55.05% de la varianza total. La consistencia interna de los 15 ítems fue alta ( $\alpha = .92$ ), lo que confirmó la validez y confiabilidad de la escala en esta muestra.

Si bien esta escala expone evidencia de validez y confiabilidad en diferentes contextos, incluyendo México, se ha centrado en población joven o adulta, y no hay evidencia en adolescentes; además, los modelos son variables en cada contexto, motivo por el cual, el propósito de esta investigación fue determinar las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer en adolescentes del Estado de México.

## MÉTODO

### *Tipo de estudio y diseño de la investigación*

La investigación siguió un enfoque cuantitativo y se clasificó como un estudio instrumental, ya que se analizaron las propiedades psicométricas del instrumento; además, se utilizó un diseño no experimental de corte transversal (Montero y León, 2005).

### *Participantes*

Se usó una muestra no probabilística intencional compuesta por 424 adolescentes de ambos sexos que cursan la educación secundaria y residen en el Estado de México. Los criterios de inclusión fueron: estar formalmente inscritos como estudiantes, tener entre 11 y 15 años, vivir en el Estado de México, contar con el consentimiento informado de los padres y el asentimiento de los alumnos.

### *Instrumento*

Se utilizó la Escala de Templer (1970), constituida por 15 ítems que cuentan con cuatro tipos de respuesta en escala Likert, cuyas alternativas son: 1 Nunca, 2 Algunas veces, 3 La mayor parte del tiempo y 4 Todo el tiempo. Los factores que la integran son: Miedo a la agonía o enfermedad, Miedo a que la vida llegue a su fin y Miedo a la muerte. En cuanto a las propiedades psicométricas, el instrumento original mostró validez discriminante con una media de ansiedad de 26.24 con valores de correlación de .83 y la consistencia interna general con un valor a  $\alpha = .80$ .

### *Procedimiento para obtener la información*

Para obtener evidencia de validez de contenido, se consultó a cuatro jueces expertos que evaluaron la coherencia, claridad y relevancia de cada ítem. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con 15 estudiantes.

En la aplicación final, se contactó a las autoridades escolares, se obtuvo el consentimiento informado de los padres y el asentimiento de los adolescentes participantes. Los instrumentos se aplicaron de manera colectiva en la institución educativa durante el turno matutino.

### *Procesamiento de los datos*

Para obtener la validez de contenido, después de realizar la evaluación por jueces, se calculó el índice de validez utilizando el coeficiente V de Aiken. Según Escurra (1988), este coeficiente debe estar entre 0 y 1, y cuanto más cercano a 1 sea el puntaje de un ítem, mayor será su validez de contenido.

Para evaluar la validez de constructo, se utilizaron las pruebas de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (kmo) y de esfericidad de Bartlett, las cuales indican el grado de intercorrelación entre las variables. Finalmente, para determinar la confiabilidad o precisión, se emplearon el coeficiente Alfa de Cronbach y el Omega de McDonald.

## RESULTADOS

De acuerdo con la validez de contenido, en la V de Aiken se consideraron los coeficientes de tres criterios: coherencia, relevancia y claridad. Se obtuvo un índice de validez de contenido general para toda la prueba de  $V = 0.89$ . El índice de claridad general para todos los reactivos fue de  $V = 0.90$ , el índice de coherencia general fue de  $V = 0.89$  y el índice de relevancia general fue de  $V = 0.89$  (véase la tabla 1).

Tabla 1. V de Aiken del instrumento Ansiedad ante la muerte

<i>Reactivos</i>	<i>Claridad</i>	<i>Coherencia</i>	<i>Relevancia</i>	<i>Total</i>
1. Tengo miedo a morirme	1.00	0.92	0.92	0.95
2. Pienso en la muerte	0.92	0.83	0.83	0.86
3. Me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte	1.00	0.92	0.92	0.95
4. Me asusta pensar que tenga que hacerme una operación	0.92	0.83	0.83	0.86
5. Tengo miedo a morirme	0.92	0.83	0.83	0.86
6. Tengo miedo a padecer cáncer	0.92	0.92	0.92	0.92
7. Me incomoda pensar en la muerte	0.92	1.00	1.00	0.97
8. Estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy rápido	0.92	0.83	0.83	0.86
9. Me da miedo morir de una muerte dolorosa	0.92	1.00	1.00	0.97
10. Me preocupa mucho saber qué pasa después de la muerte	0.75	0.92	0.92	0.86
11. Me asusta que me pueda dar un ataque al corazón (paro cardíaco)	0.83	0.83	0.83	0.83
12. Pienso que la vida es muy corta	1.00	1.00	1.00	1.00
13. Me asusto cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial	0.83	0.83	0.83	0.83
14. Me aterra ver un cadáver	0.83	0.83	0.83	0.83
15. Le temo al futuro	0.83	0.83	0.92	0.86
<i>Total</i>	<i>0.90</i>	<i>0.89</i>	<i>0.89</i>	<i>0.89</i>

Fuente: elaboración propia.

Para realizar el pilotaje, se aplicó la prueba a 24 adolescentes de entre 11 y 15 años que viven en los municipios de Metepec y Toluca, se les envió el instrumento como formulario de Google, se les indicó que lo respondieran y comentaran si tenían dudas o alguna palabra no era clara, además de que tomaran el tiempo que llevaba contestarlo. Algunas de las observaciones que los adolescentes hicieron fueron: la redacción de los enunciados de la escala de ansiedad y miedo a la muerte no eran del todo claros.

### *Palabras confusas*

De manera puntual se revisaron las observaciones y se modificaron las palabras que les parecían confusas por unas adecuadas a su vocabulario.

En el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), la muestra total estuvo constituida por 424 participantes; este número cumple con el criterio de tener por lo menos diez mediciones mínimo por reactivo (Nunnally & Berstein, 1995). La edad se ubicó entre 11 y 15 años, presentando mayor frecuencia los de 13 años con 32.1% (136) y menor frecuencia los de 15 años con 3.3%. En cuanto al género, 50.7% (215) fueron mujeres y 49.3% (209), varones; predominó el municipio de Metepec con 91.3% (387), Toluca con 5.7% (24) y Calimaya con 3.1% (13); respecto al tipo de escuela la mayoría pertenecía a públicas: 91.3% (387) y privadas: 8.7% (37); finalmente, el grado que cursan los participantes de nivel secundaria estuvo balanceado: de primer grado 32.1% (136), segundo grado 33.7% (143) y tercer grado 34.2% (145).

En los datos para obtener la estructura interna de la escala, el KMO (.88) y la prueba de Esfericidad de Barlett ( $p < .001$ ) indicaron que la muestra es adecuada para llevar a cabo el AFE, en el cual los ítems presentaron un adecuado poder discriminatorio y cargas superiores a .40. El número de factores extraídos fueron tres: Miedo a la enfermedad se definió por la suma de los ítems 1, 4, 5, 6, 9 y 11; Miedo a la muerte en general está conformado por los ítems 7, 3, 13, y 14 y Preocupación por el futuro se integró por los ítems 2, 8, 10, 12 y 15 (véase la tabla 2).

Tabla 2. Cargas factoriales de los factores de la Escala Ansiedad ante la muerte

Ítem	Factores			Comunalidades
	Miedo a la enfermedad	Miedo a la muerte en general	Preocupación por el futuro	
9. Me da miedo morir de una muerte dolorosa.	.747			.60
6. Tengo miedo a tener cáncer.	.674			.49
5. Tengo miedo a morirme.	.654			.65
4. Me asusta pensar que tenga que hacerme una operación.	.650			.44
1. Tengo miedo a morirme	.633			.46
11. Me asusta que me pueda dar un ataque al corazón (paro cardíaco).				.46
7. Me molesta pensar en la muerte.		.716		.54
3. Me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte.		.603		.50
14. Me aterra ver un cadáver.		.513		.35
13. Me asusto cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial.		.481		.34
12. Pienso que la vida es muy corta.			.741	.56
8. Estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy rápido.			.705	.57
15. Le temo al futuro.			.567	.38
2. Pienso en la muerte			.524	.51
10. Me preocupa mucho saber qué pasa después de la muerte.			.536	.38

Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta a la varianza explicada, el factor Miedo a la enfermedad representa 20.46%, el factor Miedo a la muerte en general representa 14.36%, la Preocupación por el futuro, que es el tercer factor, contiene 13.91%, dando un total de la varianza de 48.78%. La confiabilidad total de la escala fue  $\alpha = .84$  y  $\omega = .84$ . (véase la tabla 3).

**Tabla 3. Varianza explicada y confiabilidad de la Escala de ansiedad ante la muerte**

<i>Factores</i>	<i>% de la varianza</i>	<i>% total de la varianza</i>	<i>Alpha de Cronbach</i>	<i>Omega de Mc Donald</i>
Miedo a la enfermedad	20.465	20.465	0.80	0.81
Miedo a la muerte en general	14.365	34.830	0.63	0.64
Preocupación por el futuro	13.919	48.748	0.63	0.63

Fuente: elaboración propia.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar las propiedades psicométricas de la escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (1970) en adolescentes mexicanos. De tal forma que en el AFE se obtuvieron tres factores con 15 ítems que explicaron el 48.78% de la varianza total; éstos son: miedo a la enfermedad, miedo a la muerte en general y preocupación por el futuro; este último factor es el que presenta mayor diferencia con la versión original. Por su parte, la confiabilidad arrojó adecuados niveles ( $\alpha = .84$  y  $\omega = .84$ ), lo cual se asemeja a la versión original y a otras versiones validadas en otros contextos.

Si bien no se conservaron los mismos nombres que en la versión original, guarda estrecha similitud con los de Templer (1970), quien plantea tres dimensiones: miedo a la agonía o enfermedad, que describe el dolor físico y emocional; estrés producido por la incapacidad o enfermedad que está presentando la persona; la segunda dimensión es miedo a que la vida llegue a su fin, es la parte cognitiva del ser humano; el individuo presenta preocupación por sus propios pensamientos, y la tercera es miedo a la muerte, es una preocupación anticipatoria, evidenciando ansiedad y temor, ya que pueden existir reacciones físicas próximas a la muerte.

Diversos estudios realizados muestran datos similares. En México reportan los mismos factores que la versión de la escala original; por ejemplo, Rivera-Ledesma y Montero-López (2010) adaptaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (1970) al español mexicano y obtuvieron sus propiedades psicométricas para dos muestras de adultos mexicanos, cambiaron a cuatro las opciones de respuesta por una escala Likert, consiguieron tres factores con un alfa de Cronbach de .86; su conclusión fue que en ese análisis se obtuvieron propiedades psicométricas que la hacen recomendable para su uso en adultos mayores mexicanos.

Por su parte, Díaz e Isla (2020) aplicaron la encuesta a 600 conductores de transporte público de Perú, de la cual evidenciaron su validez y confiabilidad; los resultados les permitieron crear un modelo con 13 ítems con una confiabilidad de .92, manteniendo las tres dimensiones que maneja la escala original.

Otros autores han identificado más de tres factores en sus estudios, como es el caso de Osadolor (2005), quien trabajó con 76 personas que padecían diversas enfermedades crónicas en México y desarrolló la Escala de Ansiedad ante la Muerte de 25 ítems (EAM-25), logrando una consistencia interna de 0.80. Con la utilización del criterio de Kaiser y el método de componentes principales, se extrajeron cuatro factores que explican el 55.28% de la varianza total. El primero, denominado ansiedad, explicó 17.75% de la varianza; el segundo, llamado dolor, 16.36%; el tercero, identificado como depresión, 13.78%; y el cuarto, denominado miedo, 7.39%.

Así mismo, López y Calle (2008) validaron la escala DAS-15 de Templer (1970), al utilizar la versión española de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002) en 148 personas seropositivas. A través de un análisis factorial exploratorio, se identificaron cinco factores que explicaron 56.50% de la varianza total. La consistencia interna de los quince ítems fue de 0.72. Las dimensiones reconocidas fueron: ansiedad ante la muerte, ansiedad ante el fin de la vida, miedo al dolor, preocupación generalizada y negación de la muerte. Aunque los primeros cuatro factores mostraron una consistencia interna baja, el último factor obtuvo un valor de 0.67.

Finalmente, Moral y Miaja (2014) llevaron a cabo un estudio para validar la escala DAS (Templer, 1970) con 200 participantes adultos de ambos sexos. Los resultados mostraron una consistencia interna de 0.92. Se identificaron dos componentes que explicaron 55.05% de la varianza total: el primero se denominó ansiedad ante la muerte y el segundo, miedo a que la vida llegue a su fin.



Las validaciones realizadas con personas que padecen alguna enfermedad revelan un modelo de asimetría negativa, especialmente en fenómenos psicopatológicos como la depresión. La mayoría de las personas describen tener un aspecto enfermo o socialmente desvalorizado, mientras que poseen un aspecto sano y socialmente deseado. Sin embargo, en una muestra clínica de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, la ansiedad presenta puntuaciones altas (De la Rubia y Ávila, 2014).

Resett et al. (2021) señalan que la muerte no sólo se percibe desde un punto de vista biológico, sino que está influenciada por factores personales, culturales y psicosociales, lo que genera emociones intensas en las personas. En cuanto a las enfermedades, la presencia de una puede provocar que el paciente experimente altos niveles de ansiedad o emociones negativas como ira o tristeza. En este contexto, la escala puede utilizarse para identificar a personas con alta ansiedad ante la muerte, permitiendo así implementar actividades de prevención e intervención para mejorar la salud mental de pacientes terminales o con enfermedades crónicas.

Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2004) sugieren que la escala es sensible a los cambios culturales relacionados con la muerte, por lo que su estructura factorial puede variar según la región. Las diferencias en sus propiedades psicométricas son esperadas, como lo demuestran las distintas estructuras factoriales encontradas en investigaciones en diversos contextos culturales.

Se puede observar que todos los datos de las investigaciones pasadas y de este estudio refieren que la escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) posee las propiedades psicométricas necesarias para ser considerada como válida y confiable para la población mexicana. De tal forma que, en esta investigación, se puede concluir que la escala posee propiedades psicométricas para población adolescente mexicana.

## REFERENCIAS

- Collel, R., Limonero, J., y Otero, M. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, 2(2), 7-8. <https://doi.org/http://redalyc.org/articulo.oaid=14250205>
- De la Rubia, J., y Ávila, M. (2014). Validación en México de la death anxiety scale de Templer. *Psicología y Salud*, 24(1), 121-130.

- Díaz, A. & Isla, J. (2020). *Evidencias de validez y confiabilidad de la escala de ansiedad ante la muerte en conductores de transporte público de la provincia de Trujillo*. [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/45712>
- Díaz, I. (2004). I ara, on és? Com ajudar els nens i els adolescents a entendre la mort. Oxigen.
- Donovan, J. (1993). Validation of a Portuguese form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological reports*, 73(1), 195-200. <https://doi.org/https://doi.org/10.2466/pr0.1993.73.1.195>
- Escurre, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. *Revista de Psicología*, 6(1-2), 103-111.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (15 de 12 de 2020). UNICEF. Un año de enormes desafíos para la niñez y la adolescencia en México. <https://unicef.org/mexico/comunicados-prensa/informe-anual>
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 16(2-3), 177-188. <https://doi.org/> <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3341071>
- Miaja, M. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en personas con VIH y población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 107-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11208>
- Montero, I., & León, O. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 115- 127.
- Moral de la Rubia, J., & Miaja Ávila, M. (2014). Validación en México de la Death Anxiety Scale de Templer [Validation of Templer's Death Anxiety Scale (DAS-15) in Mexico]. *Psicología y Salud*, 24(1), 121-130.
- Nunnally, J. C. & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica (3ª ed)*. McGrawHill Latinoamericana.
- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte*. [Tesis de doctorado, Universidad Iberoamérica]. <http://ri.iberomx/handle/iberomx/952>
- Peñaloza, R. (2022). *Propiedades psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de Templer, en personal de salud*. Lima Metropolitana-2021. <https://doi.org/https://hdl.handle.net/20.500.12692/81891>

- Resett, S., Kenserbaum, M., y González, C. (2021). Validación preliminar de la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer en una muestra argentina. *Psykhē*, 30(1), 1-12. <https://doi.org/> <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2018.21923>
- Rivera-Ledesma, A., y Montero-López, M. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos: propiedades psicométricas mexicanas. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140. <https://doi.org/http://www.redalyc.org/pdf/679/67916261011.pdf>
- Serna-Arbeláez, D., Terán-Cortes, C., Venegas-Villegas, A., Medina-Pérez, O., Blandón-Cuesta, O., & Cardona-Duque, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), 45-60. <https://doi.org/><https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180465398016>
- Sharif Nia, H., Lehto, R., & Pahlevan Sharif, S. (2021). A Cross-Cultural Evaluation of the Construct Validity of Templer's Death Anxiety Scale: A Systematic Review *Omega*, 84(4), 760-776. <https://doi.org/><https://doi.org/10.1177/0030222819865407>
- Templer, D. (1970). La construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General*, 82(2), 165-177. <https://doi.org/><https://doi:10.1080/00221309.1970.9920634>
- Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID19. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 16(1), 26-30. <https://doi.org/><https://doi.org/f2fb>
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2002). *Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale*. *Psychological reports*, 91(3 Pt 2), 1116-1120. <https://doi.org/>[10.2466/pr0.2002.91.3f.1116](https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116)
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2004). *Note on death anxiety in Spain and five Arab countries*. *Psychological Reports*, 95, 12391240.
- Uribe, A., Valderrama, L., y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(3), 109-120.



# VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SF-36 EN POBLACIÓN MEXIQUENSE

*Giovanny Arzate Hernández\**

*Rosalinda Guadarrama Guadarrama\*\**

*Marcela Veytia López\*\**

*Rebeca María Elena Guzmán Saldaña\*\*\**

## INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida (cv) se define como un constructo multidimensional que incluye aspectos relacionados con la salud física y mental (Dueñas et al., 2005; Miró et al., 2005; Pineda et al., 2014); a su vez, puede ser evaluada desde aspectos tanto subjetivos como objetivos (Ardila, 2003; Botero y Pico, 2007; Salas y Garzón, 2013). En el ámbito de las ciencias de la salud, surgió el término Calidad de Vida Relacionada con la Salud (cvrs). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) la define como el conjunto de factores relacionados con la salud que pueden influir en la percepción que cada persona tiene sobre su estado físico, mental y social (Lugo et al., 2006; Urzúa, 2010; Ware, 2000).

Desde la concepción de la cvrs, se ha captado la atención de diversos investigadores que han incorporado dicho término al campo de la salud como una medida subjetiva sobre el estado de salud que cada uno de los individuos percibe de sí mismo (Urzúa, 2010; Schwartzmann, 2003; Valdez et al., 2010).

Debido a que la cvrs incorpora aspectos subjetivos sobre la percepción que cada individuo tiene acerca de su estado de salud, es necesario elaborar instrumentos válidos y confiables que garanticen evidencia empírica (Testa & Simonson, 1996), al utilizar dichos instrumentos en muestras representativas permitirán establecer normas poblacionales sobre la cvrs y su evolución (Iraurgi et al., 2004).

---

\* Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México.

\*\* Instituto de Estudios Sobre la Universidad, Universidad Autónoma del Estado de México.

\*\*\* Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Uno de los instrumentos más utilizados en el campo de la salud para medir la CVRS es el SF-36 (Arostegui y Nuñez-Antón, 2008; Vilagut et al., 2005), el cual puede ser aplicado tanto a pacientes como a la población sana, e incluso permite discriminar entre diversas enfermedades, así como antes y después de algún tratamiento (Iraurgi et al., 2004; Ruiz et al., 2002). El cuestionario SF-36, como su nombre lo indica, está compuesto por 36 ítems, de los cuales existe una pregunta que evalúa la transición sobre el cambio en el estado de salud y el resto (35 ítems) está distribuido en ocho dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental (Arostegui y Nuñez-Antón, 2008).

El cuestionario SF-36 ha sido utilizado en diversos países de habla hispana, en los cuales se han enfocado en determinar sus propiedades psicométricas. En España, Iraurgi et al. (2004) realizaron una investigación donde aplicaron el cuestionario a 2 000 sujetos con diagnóstico de dependencia de opioides; al hacer el análisis de confiabilidad mediante Alpha de Cronbach los valores se situaron por arriba de  $\alpha = .7$ ; además, se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0.001$ ) entre pacientes, según el tiempo en el que se encontraban bajo tratamiento, donde aquellos sujetos con menor tiempo a seis meses presentaban una menor percepción de CVRS.

En Colombia, el cuestionario SF-36 fue aplicado a una muestra de 605 sujetos, de los cuales 466 presentaban alguna enfermedad (dolor muscular, diabetes mellitus tipo 2 y depresión) y 139 eran sujetos sanos. Se realizaron diversos análisis para determinar la confiabilidad del instrumento; los resultados fueron los siguientes: el Alpha de Cronbach de cada una de las dimensiones fue mayor que .80; al realizar el análisis interobservador se encontró una correlación mayor a .80; por último, el test-retest superó una correlación mayor a .70, sin mostrar diferencias significativas entre sus dos aplicaciones (Lugo et al., 2006).

En Costa Rica, la validación del cuestionario fue llevado a cabo por Solano-Mora et al. (2015) en 79 personas jubiladas universitarias (39 mujeres y 40 hombres), con edades de 52 a 75 años. Los resultados de confiabilidad indicaron un Alpha de Cronbach aceptable sólo para seis de las ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, salud mental y rol emocional) con valores que van desde .75 a .94; sin embargo, en las dimensiones restantes (función social y vitalidad) el valor obtenido fue de  $\alpha = .44$  a  $\alpha = -.43$ .

Posteriormente, en este mismo país, autores como Araya-Marín et al. (2017) reportaron las propiedades psicométricas del SF-36 en la población de 200 universitarios

(hombres y mujeres), teniendo como resultado un Alpha de Cronbach de .80 para el total del instrumento, y para sus dimensiones se encontraron valores que van desde .72 a .88. Para determinar la validez de constructo realizaron el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el estudio de componentes principales, obteniendo un Kaiser-Meyer-Olkin ( $\kappa\text{MO}$ ) de .84 y una prueba de Esfericidad de Bartlett significativa ( $p \leq 0.001$ ). El total de los ítems se distribuyeron en dos factores (componente físico y mental), los cuales representan 37.59% de la varianza acumulada; al analizar los ítems se percataron de que la mayoría se agrupaba de manera adecuada; sin embargo, algunos de éstos no se ubicaron en el componente esperado (5 ítems) y otros presentaban pesos factoriales menores a .40 (8 ítems).

Otras de las validaciones realizadas en un país hispanohablante fueron las que llevaron a cabo Trujillo et al. (2014) en la Habana, Cuba. En este trabajo, el cuestionario SF-36 fue sometido a un proceso de validez de contenido, por lo que se realizó una modificación lingüística en siete de sus 36 ítems para ser propuesto a una evaluación por un grupo de nueve jueces; posteriormente, se realizó un estudio piloto con 11 participantes que pudieran corroborar la comprensión y aceptación de esta versión. Una vez que se tuvo la versión final se llevó a cabo la aplicación a una muestra de 1 700 trabajadores, los resultados indicaron una confiabilidad por medio de Alpha de Cronbach para la medida de salud física (función física, rol físico, dolor corporal y salud general) de .90, y para la medida de salud mental (rol emocional, función social, salud mental y vitalidad), un valor de Alpha de .87, garantizando una confiabilidad aceptable en dicha población.

En México, una de las validaciones obtenidas del cuestionario SF-36 fue realizada por Martínez-Hernández et al. (2010). En su estudio, participaron 50 adultos mexicanos con asma y rinitis alérgica. A éstos se les aplicó un cuestionario para determinar la consistencia interna del instrumento, del que se obtuvo un Alpha de Cronbach de 0.93 para el total del cuestionario. Para las diferentes dimensiones, los valores del Alpha de Cronbach oscilaron entre 0.74 y 0.92. Posteriormente, en 2017, Sánchez et al. llevaron a cabo una validación del cuestionario SF-36 en tres contextos culturales mexicanos (Ciudad de México, Pachuca, Hidalgo, y Ciudad Gómez Palacio, Durango), en los cuales se obtuvieron valores para la primera sección del cuestionario de  $\kappa\text{MO}$  que van desde .68 a .93, con cinco factores que explicaban de 65.36 a 72.99% de varianza, con un Alpha de Cronbach de .76 a .95; para la segunda sección los

valores de KMO van desde .63 a .70, con una distribución de ítems unidimensional que representa una varianza de 55.21 a 68.78 por ciento.

La medición de la CVRS se ha convertido en una medida universal para identificar el bienestar percibido en relación con el estado de salud de las personas; por lo tanto, la medición correcta de este constructo puede ayudar a la mejora de diversas intervenciones, por lo que contar con instrumentos validados, así como con datos normativos, tanto regionales como nacionales, permitirán realizar estudios comparativos a nivel nacional e internacional (Carvajal *et al.*, 2011; Durán-Arenas *et al.*, 2004).

## METODOLOGÍA

### *Participantes*

Participaron 202 personas (84 hombres y 118 mujeres) con una edad promedio de 39.74 años  $\pm$  13.77 y niveles de escolaridad desde básica hasta superior. Los participantes fueron reclutados en una clínica de consulta externa en la ciudad de Toluca, Estado de México. Los criterios de inclusión establecieron que los participantes debían ser consultantes, mayores de edad, no padecer enfermedades crónico-degenerativas y firmar el consentimiento informado.

### *Instrumentos*

- a) Cuestionario SF-36 en su versión en español (Zúniga *et al.*, 1999): tiene como objetivo realizar una evaluación individual de la CVRS, cuenta con 36 reactivos con escala mixta (Frecuencia y Guttman) distribuida en ocho factores, los cuales se contemplan en dos componentes: Salud Física (función física, rol físico, dolor corporal, salud general) y Salud Mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Presenta una validez convergente con una correlación de .40 y una confiabilidad determinada por Alpha de Cronbach que va desde .56 a .84 en sus diferentes factores.



- b) Cuestionario de Salud Mental Positiva (SMP): desarrollado por Lluch en 1999 y validado en una población del Estado de México por Arzate, Guadarrama, Veytia y Guzmán (manuscrito en preparación); consta de 31 ítems en una escala Likert de cuatro opciones. Estos ítems se distribuyen en cuatro factores: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol y habilidades de relación interpersonal, que explican 44.46% de la varianza. El cuestionario tiene un Alfa de Cronbach de 0.89 para el total del instrumento.

### *Procedimiento*

Por medio de la metodología Delphi se contó con la revisión del cuestionario SF-36 por parte de tres expertos en Ciencias de la Salud, los cuales validaron el contenido del instrumento (ítems y factores). Por ser una versión que previamente había sido adaptada por Zúniga et al. (1999) en población mexicana, no hubo la necesidad de realizar cambios en la redacción de los ítems; sin embargo, se modificó la estructura del cuestionario; por lo que se añadieron casillas en cada uno de los reactivos, las cuales facilitan marcar cada una de las respuestas (ver anexo 1). Los instrumentos se aplicaron en una clínica de consulta externa en la ciudad de Toluca, Estado de México. Se solicitó la participación de cada consultante mediante el consentimiento informado, se resolvieron sus dudas y se les informó que los resultados obtenidos serían utilizados únicamente con fines de investigación.

### *Análisis de datos*

Los datos fueron recopilados utilizando el software estadístico SPSS v.19, a través del cual se obtuvieron las propiedades psicométricas. La validez de constructo se evaluó mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE), utilizando la matriz de correlaciones determinada por el índice KMO y la prueba de esfericidad de Bartlett. Los factores se extrajeron mediante el método de Máxima Verosimilitud con una rotación Varimax. Además, se aplicó el método Convergente-divergente para verificar la correlación entre las dimensiones de los instrumentos utilizados. La confiabilidad del instrumento se estableció mediante la consistencia interna, utilizando el coeficiente Alpha de Cronbach y el método de Correlación entre ítems.

### *Aspectos éticos*

De acuerdo con la Declaración de Helsinki, se informó a cada participante sobre el propósito de la investigación, se dio prioridad a su bienestar por encima de cualquier otro interés, se promovió el respeto hacia ellos y se protegió su salud y derechos individuales (Asociación Médica Mundial [AMM], 2017). Además, se consideraron los artículos 47-49, 55-60, 65 y 68 del código ético del psicólogo. La investigación se realizó de manera consistente, minimizando errores y protegiendo la información personal de los participantes. El proyecto fue llevado a cabo por personas con la formación adecuada para realizar esta investigación de manera profesional (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2013).

Así mismo, se tuvo en cuenta la Ley General de Salud basada en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, respetando el derecho a la protección de la salud. Por lo tanto, se busca promover, desarrollar y difundir la investigación multidisciplinaria, tal como lo indica el artículo 96 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud [CNPSS], 2017).

## RESULTADOS

### *Análisis Factorial Exploratorio (AFE)*

Como se puede observar en la tabla 1, el AFE se llevó a cabo con los 36 ítems, se obtuvo un KMO con un valor de .895 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 4270.020 (gl. de 630). La extracción de los factores mediante el método de Máxima Verosimilitud arrojó 33 ítems distribuidos en seis factores, con pesos factoriales  $\geq .40$  y los cuales representan 61.84% de la varianza acumulada (los ítems eliminados por presentar pesos factoriales  $\leq .40$  fueron: 12, 20 y 33).

Tabla 1. Análisis Factorial Exploratorio

<i>Ítems</i>	<i>Función física</i>	<i>Peso factorial</i>
SF10	Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	0.778
SF9	Caminar un kilómetro o más	0.733
SF4	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora jugar a los bolos o caminar más de una hora	0.720
SF7	Subir un solo piso por la escalera	0.704
SF8	Agacharse o arrodillarse	0.675
SF6	Subir varios pisos por la escalera	0.670
SF3	Esfuerzos intensos, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	0.618
SF5	Llevar la bolsa de la compra	0.616
SF11	Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	0.612
<i>Ítems</i>	<i>Salud mental</i>	<i>Peso factorial</i>
SF28	¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	0.726
SF25	¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	0.716
SF24	¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	0.686
SF32	¿Con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	0.602
SF29	¿Cuánto tiempo se sintió agotado?	0.578
SF31	¿Cuánto tiempo se sintió cansado?	0.553
<i>Ítems</i>	<i>Rol físico</i>	<i>Peso factorial</i>
SF15	¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	0.757
SF14	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	0.753

Continúa...

SF16	¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	0.696
SF22	¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	0.612
SF13	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	0.605
SF21	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo?	0.526
<i>Ítems</i>	<i>Vitalidad</i>	<i>Peso factorial</i>
SF27	¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?	0.756
SF23	¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	0.642
SF30	¿Cuánto tiempo se sintió feliz?	0.609
SF26	¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	0.543
<i>Ítems</i>	<i>Salud general</i>	<i>Peso factorial</i>
SF36	Mi salud es excelente	0.758
SF34	Estoy tan sano como cualquiera	0.633
SF1	En general, usted diría que su salud es:	0.481
SF2	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	0.451
SF35	Creo que mi salud va a empeorar	0.410
<i>Ítems</i>	<i>Rol emocional</i>	<i>Peso factorial</i>
SF18	¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	0.759
SF17	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿como estar triste, deprimido o nervioso)?	0.586
SF19	¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	0.451

Fuente: elaboración propia.

Al aplicar el método Convergente-divergente, utilizando la correlación de Pearson entre las dimensiones de los cuestionarios, se observó que el componente de salud mental (salud mental y vitalidad) del cuestionario SF-36 presentó una correlación estadísticamente significativa con las dimensiones del cuestionario de SMP (satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol y habilidades de relación interpersonal), excepto en el caso de rol emocional, que sólo mostró relación con las dimensiones de Satisfacción personal y Autocontrol (véase la tabla 2).

**Tabla 2. Validez Convergente-divergente**

	<i>Satisfacción personal</i>	<i>Actitud prosocial</i>	<i>Autocontrol</i>	<i>Habilidades de relación interpersonal</i>
Función física	.046	-.046	-.093	.041
Salud mental	.210(**)	.204(**)	.205(**)	.196(**)
Rol físico	.052	.010	.001	.034
Vitalidad	.186(**)	.193(**)	.156(*)	.158(*)
Salud general	.133	-.018	.049	.069
Rol emocional	.202(**)	.096	.149(*)	.029

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

## CONFIABILIDAD

En la tabla 3 se puede observar que la confiabilidad obtenida por Alpha de Cronbach, considerando los 33 reactivos del instrumento, fue de .937, valor considerado alto. Para cada uno los factores la puntuación obtenida de Alpha de Cronbach va desde valores considerados desde aceptables ( $\alpha = .75$ ) a altos ( $\alpha = .88$ ).

**Tabla 3. Confiabilidad**

<i>Dimensiones</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Función física (9 ítems)	$\alpha = .911$
Salud mental (6 ítems)	$\alpha = .883$
Rol físico (6 ítems)	$\alpha = .879$
Vitalidad (4 ítems)	$\alpha = .811$
Salud general (5 ítems)	$\alpha = .757$
Rol emocional (3 ítems)	$\alpha = .799$

Fuente: elaboración propia.

La consistencia interna del instrumento se evaluó con el método de correlaciones entre ítems, donde se aplicó la prueba *r* de Pearson; el resultado fue que todas las dimensiones presentaron correlaciones significativas entre ellas, obteniendo valores considerados desde débiles a moderados. En el caso de las correlaciones entre las dimensiones y la puntuación total del cuestionario, se encontró que en éstas existen valores de correlación que van de moderados a fuertes (véase la tabla 4).

**Tabla 4. Correlación internuncios del cuestionario SF-36**

	<i>Función física</i>	<i>Salud mental</i>	<i>Rol físico</i>	<i>Vitalidad</i>	<i>Salud general</i>	<i>Rol emocional</i>
Función física	1	.460(**)	.538(**)	.271(**)	.460(**)	.410(**)
Salud mental	.460(**)	1	.535(**)	.542(**)	.440(**)	.588(**)
Rol físico	.538(**)	.535(**)	1	.385(**)	.381(**)	.592(**)
Vitalidad	.271(**)	.542(**)	.385(**)	1	.503(**)	.424(**)
Salud general	.460(**)	.440(**)	.381(**)	.503(**)	1	.359(**)
Rol emocional	.410(**)	.588(**)	.592(**)	.424(**)	.359(**)	1
Puntuación total	.698(**)	.784(**)	.805(**)	.661(**)	.661(**)	.812(**)

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Fuente: elaboración propia.

## DISCUSIÓN

El propósito de la investigación fue explorar las propiedades psicométricas del cuestionario en su versión en español SF-36 en población mexiquense, el cual es ampliamente utilizado para medir cuantitativamente la percepción que cada persona tiene sobre su salud. Este instrumento ha sido adaptado y evaluado en varios países de habla hispana para comprobar sus propiedades psicométricas. En la población mexicana, el instrumento ya había pasado por una adaptación por parte de Zúniga et al. (1999), donde las propiedades psicométricas del instrumento presentaban una buena confiabilidad y validez; sin embargo, al analizar la estructura de las ocho dimensiones del cuestionario, dos de éstas (dolor corporal y función social) sólo se componían por dos ítems, situación que no cumplen con el requisito de poseer de tres a cuatro ítems como mínimo por dimensión (Lloret-Segura et al., 2014).

Con base en lo anterior, en este estudio los 36 ítems del cuestionario fueron sometidos al AFE, obteniendo un KMO de .895 y la prueba de esfericidad de Bartlett de 4270.020 (gl. de 630), valores que indican como óptimo realizar el AFE (Lloret-Segura et al., 2014; Méndez y Rondón, 2012; Pérez y Medrano, 2010), a diferencia del instrumento original, el cual consta de 36 ítems. En esta investigación, al extraer los factores mediante el método de Máxima Verosimilitud con una rotación Varimax, sólo 33 ítems presentaron un peso factorial  $\geq .40$ , por lo que los ítems con pesos factoriales menores fueron eliminados (ítems: 12, 20 y 33).

Los reactivos restantes se distribuyeron en seis factores, y éstos cumplen con el criterio de poseer mínimo de tres a cuatro ítems (Lloret-Segura et al., 2014) y representan 61.84% de la varianza acumulada. Los valores obtenidos en el AF fueron muy similares a los observados en otros estudios realizados con población mexicana por Sánchez et al. (2017).

A diferencia del instrumento original o de otras investigaciones (Araya-Marín et al., 2017; Solano-Mora, 2015) no se mantuvo la estructura original, motivo por el cual los factores fueron renombrados según su relación teórica como:

- *Función física*: evalúa las limitaciones para realizar diversas actividades físicas cotidianas que van desde un leve a un mayor esfuerzo, las cuales son: caminar, cargar objetos, subir escaleras, así como agacharse. Este factor está compuesto por los ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11.

- *Salud mental*: este factor evalúa condiciones negativas relacionadas con problemas emocionales, como tristeza, bajo ánimo, ansiedad y falta de energía. Está compuesto por los ítems 24, 25, 28, 29, 31 y 32.
- *Rol físico*: evalúa los problemas relacionados con la salud física, los cuales lo limitan para realizar actividades en el trabajo. Los ítems que conforman este factor son: 13, 14, 15, 16, 21 y 22.
- *Vitalidad*: mide la frecuencia con la que los sujetos se sienten llenos de energía, vitalidad y felicidad. Está conformado por los ítems 23, 26, 27 y 30.
- *Salud general*: se refiere a la valoración que cada sujeto hace sobre la percepción de su salud en relación con el pasado, presente y futuro. Se compone de los ítems 1, 2, 34, 35 y 36.
- *Rol emocional*: evalúa los problemas relacionados con la disminución de sus actividades en el trabajo a causa de problemas emocionales. Este factor está compuesto por los ítems 17, 18 y 19.

Las dimensiones fueron distribuidas en dos unidades: Salud mental (vitalidad, salud mental y rol emocional) y Salud física (función física, rol físico y salud general), esto de acuerdo con su concepción teórica. Para reforzar los resultados obtenidos de validación se aplicó el método Convergente-divergente, con el fin de identificar la presencia de correlaciones significativas con dimensiones similares de otra escala, así como la ausencia de correlación con aquellas con las que no se esperaría (Carvajal et al., 2011). Los resultados de este estudio, utilizando la *r* de Pearson, indicaron que dos dimensiones del componente de Salud mental (Vitalidad y Salud mental) del cuestionario SF-36 mostraron correlaciones con todas las dimensiones del cuestionario de SMP. No obstante, la dimensión de Rol emocional sólo presentó relación con Satisfacción personal y Autocontrol.

Para evaluar la confiabilidad de los 33 ítems, se midió la consistencia interna utilizando los análisis de Alpha de Cronbach y de Correlación entre ítems (Cervantes, 2005). El primer método mostró valores aceptables, que van desde  $\alpha = .93$  para el total del instrumento, y de  $\alpha = .75$  a  $\alpha = .91$  (Campos-Arias y Oviedo, 2008; Carvajal et al., 2011) para cada una de las dimensiones. Estos resultados son similares a los encontrados en otras investigaciones realizadas en Costa Rica, España, Colombia, Cuba y México, donde se evaluaron las propiedades psicométricas en diversas poblaciones (Araya-Marín et al., 2017; Iraurgi et al., 2004; Lugo et al., 2006;



Martínez-Hernández et al., 2010; Trujillo et al., 2014; Sánchez, 2017). Por otro lado, el método de Correlación internunciadados ayudó a corroborar la consistencia interna del instrumento, puesto que se presentaron correlaciones significativas entre las dimensiones con la puntuación total del instrumento.

En conclusión, el cuestionario SF-36 posee las propiedades psicométricas necesarias para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en la población mexiquense; no obstante, es importante continuar con la investigación de las propiedades psicométricas mediante otros análisis que permitan reforzar la estructura reportada en este trabajo (Meneses, 2013), así como adaptarlo a otros entornos socioculturales para obtener diversos datos normativos que permitan realizar la comparación entre diversas poblaciones: regionales, nacionales e internacionales.

## REFERENCIAS

- Araya-Marín, N., Barrantes-Valverde, K., Fernández-Castro, M., Rodríguez-Rodríguez, M., y García-Castro, J. D. (2017). Propiedades psicométricas del cuestionario de salud sf-36 en estudiantes universitarios de San Ramón, Alajuela-Sede Occidente, Universidad de Costa Rica. *Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica*, 18(32), 68-87. <https://doi.org/10.15517/isucr.v18i38.32670>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164.
- Arostegui, I., y Nuñez-Antón, V. (2008). Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con la salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*, 50(167), 147-192. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2593867>
- Asociación Médica Mundial (2017). Declaración de Helsinki de la AMM-Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Botero, M. B., y Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 11-24. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689002>
- Campos-Arias, A., y Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>

- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., y Sanz, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- Cervantes, V. H. (2005). Interpretación de los Coeficientes de Alpha de Cronbach. *Avances en Medición*, 3, 9-28.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2017). *Ley General de Salud*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/documentos/ley-general-de-salud-141095>
- Dois, A., Contreras, A., Arechabala M. C., y Urrutia, M. T. (2007). Validación de una escala de calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia de la región metropolitana-Chile. *Ciencia y Enfermería*, 13(1). Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-95532007000100005&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532007000100005&lng=es&nrm=iso)
- Dueñas, G. O., Del Carmen, L. M., Zamora G. I., y Saunas, G. (2005). ¿Qué es la calidad de vida para los estudiantes? *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 68(3-4), 212-221.
- Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, K., Salinas-Escudero, G., y Martínez-Salgado, H. (2004). Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud Pública de México*, 46(4), 306-315.
- Iraurgi, I., Póo M., y Márkez, I. (2004). Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca. *Revista Española de Salud Pública*, 78(5), 609-621. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000500006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000500006)
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., y Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Lugo, L. E., García, H. I., y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50. Recuperado de: [www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf)
- Martínez-Hernández, L. E., Segura-Méndez, N. H., Antonio-Ocampo, A., Torres-Salazar, A., y Murillo-Gómez, E. (2010). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48(5), 531-534.
- Méndez, C., y Rondón, M. A. (2012). Introducción al Análisis Factorial Exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(1), 197-207. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80624093014>
- Meneses, J. (2013). Aproximación histórica y conceptos básicos de la psicometría. En J. Meneses, M. Barrios, A. Bonillo, A. Coscullela, L. M. Lozano, J. Turbany y S. Valero (Eds.), *Psicometría* (pp. 25-73). uoc.

- Miró, E., Cano-Lozano, M. y Buela-Casal, G. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista Colombiana de Psicología*, 14, 11-27.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Quality of life assessment: an annotated bibliography/compiled by Louisa Hubanks and Willem Kuyken (WHO/MNH/PSF/94.1). Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61629>
- Pérez, E., y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/42091816\\_Analisis\\_factorial\\_exploratorio\\_Bases\\_conceptuales\\_y\\_metodologicas](https://www.researchgate.net/publication/42091816_Analisis_factorial_exploratorio_Bases_conceptuales_y_metodologicas)
- Pineda, M. L., Zapata, M., y Donado, J. H. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud de los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, 2013. *Medicina U.P.B.*, 33(2), 117-123. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159044235004>
- Rodríguez-Romero, B., Pita-Fernández, S., Pertega, S., y Chouza-Insua, M. (2013). Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadoras del sector pesquero usando el cuestionario SF-36. *Gaceta Sanitaria* 27(5), 418-422. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.01.011>
- Ruiz, I., Quintana, J. M., Padierna, J. A. Aróstegui, I., Bernal, A., Pérez-Izquierdo, J., Ojanguren, J. M., Anitua, C., González, N., y Etxeberria, Y. (2002). Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Revista Calidad Asistencial*, 17(4), 206-212. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-validez-del-cuestionario-calidad-vida-S1134282X02775064>
- Sánchez, R., García, M., y Martínez, B. D. (2017). Encuesta de Salud SF-36: Validación en Tres Contextos Culturales de México. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 45(13), 5-16.
- Salas, C. y Garzón, M. O. (2013). La noción de la calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532003000200002&lng=es&nrm=iso)
- Sociedad Mexicana de Psicología (2013). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Solano-Mora, L., Moncada-Jiménez, J., Araya-Vargas, G., y Jiménez-Torres, J. (2015). Validez Factorial del Cuestionario de Salud SF-36 en jubilados universitarios costarricenses.

- Revista Costarricense de Salud Pública*, 24(2), 144-153. Recuperado de: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v24n2/1409-1429-rcsp-24-02-00143.pdf>
- Testa, M. & Simonson, D. (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334(13), 835-840. DOI: 10.1056/NEJM199603283341306
- Trujillo, W. G., Román, J. J., Lombard, A. M., Remior, E., Arredondo, O. F., Martínez, E., Jova, Y., Revueltas, M., y Valdivieso, J. F. (2014). Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 15(1), 62-70.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365. Recuperado de: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000300017](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017)
- Valdés, A., Miguel, M., Rábano, M., Artos, Y., Cabello, P., De Castro, N., ...Ortega, F. (2010). Análisis del acuerdo entre la valoración que hacen los pacientes en hemodiálisis de su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y la valoración que de ellos hace el personal de enfermería. *Enfermería Nefrológica*, 13(4), 228-234. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833140003>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., Santed, R., Valderas, J. M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007)
- Ware, J. (2000). SF-36 Health Survey Update. *Spine*, 25(24), 3130-3139. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/John\\_Ware/publication/12203625\\_SF-36\\_Health\\_Survey\\_update/links/5b1d4482a6fdcca67b6905c1/SF-36-Health-Survey-update.pdf](https://www.researchgate.net/profile/John_Ware/publication/12203625_SF-36_Health_Survey_update/links/5b1d4482a6fdcca67b6905c1/SF-36-Health-Survey-update.pdf)
- Zúniga, M. A., Carrillo-Jiménez, G. T., Fos, P. J., Gandek, B., y Medina-Romero, M. (1999). Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. *Salud Pública de México*, 41(2), 110-118. Recuperado de: <http://chime.med.ucla.edu/publications/docs/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>

# VALIDEZ DEL INSTRUMENTO PLENITUD DE VIDA PERSONAL EN ESTUDIANTES MEXICANOS DE LICENCIATURA EN EL ESTADO DE PUEBLA. ESTUDIO PRELIMINAR

*Julieta Vélez Belmonte\**

*Jesús Adrián Figueroa Hernández\**

## INTRODUCCIÓN

### *La teoría del funcionamiento psicológico y la Terapia Integrativa Personalista*

La teoría del funcionamiento psicológico en la Terapia Integrativa Personalista (TIP), desarrollada por Zapién (2018), sostiene que la intervención de ésta se realiza desde el yo personal integrador. Este concepto abarca un conjunto de fenómenos corporales, psíquicos y espirituales que emergen desde un trasfondo personal.

El yo personal integrador se refiere a la estructura de la persona según lo desarrollado por Burgos (citado por Mollinedo de Boy, 2009). Esta estructura personal incluye las dimensiones corpórea, psíquica y espiritual, que se interrelacionan con las dimensiones afectiva, cognitiva y dinámica. Estos ejes estructurales son organizados por el yo, que actúa como el centro unificador de todas las estructuras personales (Burgos, 2010).

El yo personal integrador no se basa en el conflicto intrapsíquico, sino en la tendencia actualizante hacia una plenitud personal, integrando las dimensiones del cuerpo, la psique y el espíritu (Zapién, 2018).

## PSICOTERAPIA

Al considerar a la persona como un ser en constante desarrollo, ésta se encuentra en un proceso continuo de autoconstrucción (Domínguez, 2011; Zapién, 2018); lo anterior, se entiende como un proceso continuo que se da en un espectro con

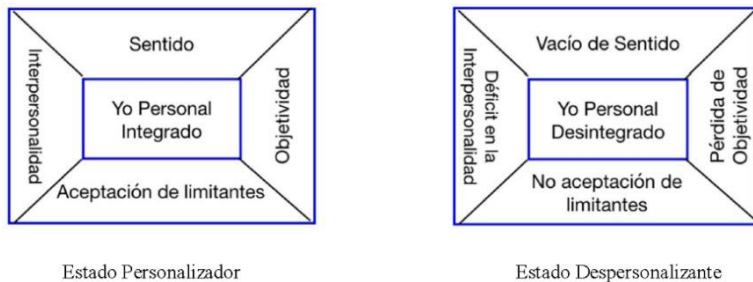
---

\* Universidad Anáhuac Puebla.

dos estados en sus extremos: el personalizador y el despersonalizador. A lo largo del espectro, existen ejes personalistas que pueden facilitar o dificultar la proximidad a uno u otro extremo. Estos ejes son: sentido, objetividad, interpersonalidad y aceptación de límites, y juntos conforman la integración del yo personal (Zapién, 2018).

En este sentido, el proceso personalizador se compone de un yo unificado y direccionado a un crecimiento personal planificado y que se dirige a la plenitud, al tener integradas armónicamente las tres dimensiones personales: corpórea, psíquica y espiritual. Por su parte, en el estado despersonalizador, el yo está difuso y dividido entre las tres dimensiones (Zapién, 2018). En la figura 1 pueden apreciarse los esquemas del yo personalizador y despersonalizador y sus características.

Figura 1. Diagrama de los estados



Fuente: Zapién (2018).

## FUNDAMENTO Y APLICACIONES DE LA TERAPIA INTEGRATIVA PERSONALISTA EN EL CONTEXTO CLÍNICO

### *Conceptualización de los ejes personalistas*

Para alcanzar un estado personalizado, es necesario que los ejes personalistas estén alineados: sentido, objetividad, aceptación de limitantes e interpersonalidad; así, se obtiene la plenitud personal a través de un yo integrado (Zapién, 2018). A continuación, se detallan los cuatro caminos o ejes personalistas según la conceptualización de Zapién (2016 y 2018).

### *Eje personalista de la objetividad*

Este eje se refiere al nivel de integración que una persona demuestra en relación con sus experiencias personales. Esta integración experiencial permite que las vivencias pasadas y presentes formen un continuo, facilitando un contacto permanente y pleno con la propia identidad de los individuos (Burgos, 2015).

Es importante recordar que la persona se comprende a través de la acción y, por lo tanto, la experiencia se manifiesta en la acción. La experiencia, como una dimensión cognitiva de la vivencia mediante la cual interactuamos con el mundo (Wojtyla, 2017), está indisolublemente compuesta por dos elementos: uno interior y otro exterior (Burgos, 2014). Según Wojtyla (2017), la vivencia integral del ser humano, que se expresa a través de la acción, se revela como datos tanto internos como externos.

De acuerdo con Burgos (2011), la vivencia de un contenido es percibida por los individuos como algo concreto, objetivo y externo, mientras que la vivencia de uno mismo al experimentar dicho contenido es intangible, subjetiva e interna. Por lo tanto, la experiencia integral es el acto que abarca ambos factores: la objetividad y la subjetividad (Wojtyla, 2017; Burgos, 2011).

El objetivo terapéutico del eje de la objetividad es generar en el paciente un estado de conciencia que le permita distanciarse de las experiencias más significativas de su vida, fomentando el autoconocimiento. Esto le permitirá tomar decisiones, a través del libre ejercicio de la autodeterminación, que lo guíen hacia una mayor realización y plenitud en su vida (Zapién, 2018).

### *Eje personalista de la aceptación de límites*

Este eje se refiere al nivel de aceptación de las limitantes, imperfecciones y problemáticas que experimenta la persona a lo largo de su vida. En éste, las habilidades de afrontamiento y la intervención de aceptación son fundamentales, pues permiten que la persona maneje las limitaciones de tal forma que no sólo ya no sean un obstáculo para su plenitud, sino que, al contrario, consistan en una oportunidad de crecimiento y superación (Zapién, 2018).

*Objetivo terapéutico:* se busca incrementar en el paciente el grado de aceptación de limitantes que se presentan en su vida, al identificar las estrategias de evitación, validar la funcionalidad de éstas, presentar alternativas, dirigir a la persona a la toma de elecciones de vida, enfocadas a un sentido trascendente que permita su realización como persona (Zapién, 2018).

### *Eje personalista de interpersonalidad*

Desde el aspecto personalista, la interacción con los demás implica que la persona lleve a cabo acciones de interacción y se realice a través de ellas (Wojtyła, 2017). El eje de la interpersonalidad se refiere a las relaciones entre las personas que rodean al individuo. Domínguez (2011) identifica cuatro formas distintas de establecer relaciones con los demás:

*El otro como una cosa:* se entiende que la otra persona es un medio para alcanzar los propios objetivos, se le trata como un objeto y el vínculo es cosificante y despersonalizante.

*El otro como un socio:* en este caso, el otro no es visto como un medio, pero sí como un socio que puede ayudar a alcanzar propósitos individuales.

*El otro como un fin en sí mismo:* aquí, se trata al otro con amor y respeto, dignidad y autonomía, como alguien independiente que también está en proceso de alcanzar su propia plenitud.

El objetivo terapéutico del eje de la interpersonalidad es generar vínculos personalizantes, donde exista intimidad emocional, mental y espiritual entre las personas a través de reconocerse la una a la otra como un fin en sí mismas.

### *Eje personalista del sentido*

Este eje se enfoca en la posibilidad de ir más allá de las limitantes físicas y contextuales (autotrascendencia), y la capacidad de distinguirse de uno mismo; es decir: revisarse, explorarse y cuestionarse como si se tratara de otra persona para promover el crecimiento. El eje del sentido se refiere a vivir una vida con propósito y trascendencia, evaluando en qué medida se vive desde un sentido personal interno.



El objetivo terapéutico es acompañar a la persona en el descubrimiento de su sentido de vida a través de los valores percibidos por su propia conciencia moral; así, se le ayuda a encontrar ese principio de integración y unificación personal en su propia vocación de vida (Zapién, 2018).

#### APROXIMACIONES A LOS CONCEPTOS DE PLENITUD DE VIDA PERSONAL DESDE DIVERSAS PROPUESTAS TEÓRICAS Y DE INVESTIGACIÓN

Para fines de este trabajo, se creyó necesario investigar si hay más estudios que aborden el tema de la plenitud de vida en jóvenes debido a la importancia de conocer cómo se encuentran en las diferentes áreas de su vida y si pudiera haber una aportación que fuera significativa en relación con la teoría de la TPI. De esta manera, se encontró un apartado en los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021a) desde la perspectiva del bienestar subjetivo, en donde se realiza una breve reflexión de la forma en que las personas evalúan su propia vida, el instrumento se llama Bienestar subjetivo BIARE, el cual recoge preguntas como: “¿Podría decirme en una escala de 0 a 10 qué tan satisfecho se encuentra actualmente con su vida?”, o afirmaciones como “Tengo fortaleza frente a la adversidad”, con una escala de respuesta tipo Likert que va del 0 al 10, donde el 0 indica ausencia y el 10, presencia de bienestar subjetivo.

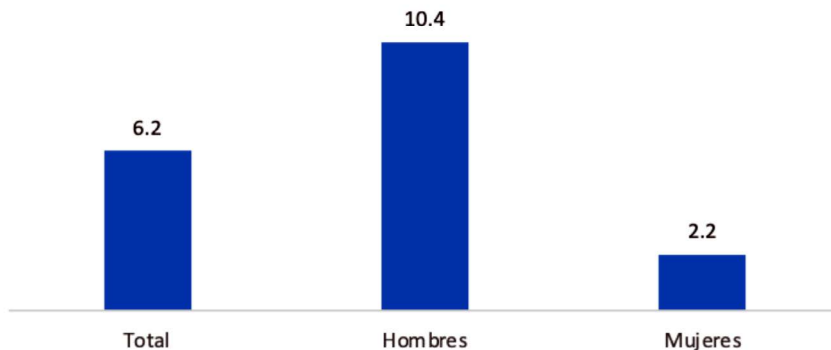
En esta investigación se encontró que los conceptos son abordados desde diversas ciencias que involucran al área de la salud y las humanidades; sin embargo, actualmente ninguna de ellas cuenta con un instrumento que sea similar para poder aproximarse a una medición cuantitativa que permita evaluar con mayor profundidad diversas áreas de la persona. No obstante, existen estudios que emplean conceptos como salud, bienestar y satisfacción, poniendo un mayor énfasis en la prevención de enfermedades, trastornos del estado de ánimo y el cuidado personal. Estos análisis consideran diversas poblaciones, especialmente adolescentes y adultos jóvenes.

También es importante mencionar que la pandemia de COVID-19 afectó de diversas maneras a la población adolescente y adultos jóvenes, ya que los hizo enfrentarse a nuevos desafíos y posiblemente incrementó el índice de insatisfacción. A continuación, se presentan las estadísticas más recientes del INEGI (2021a) y de la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare, 2021) sobre algunos trastornos mentales que ponen en grave riesgo la salud mental de los jóvenes debido a las consecuencias del COVID-19: 15% de las personas presenta síntomas de

depresión, con una proporción más alta entre las mujeres (casi 20%). Por su parte, 19% de la población adulta muestra manifestaciones de ansiedad severa. Las entidades con mayor número de personas con síntomas de depresión son Guerrero, Tabasco y Durango. En estos casos no se especifica un estudio a profundidad por rango de edad.

Según los datos más recientes del INEGI (2021b), en México, casi 1% de las muertes fueron causadas por lesiones autoinfligidas, con una tasa de suicidio de 6.2 por cada cien mil habitantes, la cual es más alta entre los jóvenes de 18 a 29 años. En la Figura 2 se pueden observar las diferencias en la tasa de suicidio por sexo, mientras que en la 3 se muestra la tasa de suicidio por sexo y edad, y en la 4, la tasa de suicidio por entidad federativa.

**Figura 2. Tasa de suicidio por sexo**



Nota: Tasa de suicidio por sexo a nivel nacional en el grupo de población de 18 a 29 años, la gráfica muestra la tasa de suicidios por cada 100 000 habitantes.

Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2021c).

**Tabla 1. Tasa de suicidio por sexo y grupo de edad por cada 100 000 habitante en 2020, México**

<i>Rangos de edad</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
10 a 17 años	5.2	3.6
18 a 29 años	17.5	4.1
30 a 59 años	13.4	2
60 años o más	9.8	1.2

Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2021b).

**Tabla 2. Taza de suicidio por entidad federativa por cada 100 000 habitantes en México**

<i>Ciudad</i>	<i>Número de suicidios</i>
Chihuahua	14
Aguascalientes	11.1
Yucatán	10.2
Sonora	8.8
Coahuila	8.6
San Luis Potosí	8.4
Guanajuato	7.9
Campeche	7.7
Zacatecas	7.5
Baja California Sur	7.2
Jalisco	7.2
Querétaro	7.1
Michoacán	7.1
Durango	7.1
Quintana Roo	6.8
Colima	6.7
Nayarit	6.3
Nacional	6.2
Nuevo León	5.3
Puebla	5.2
Tabasco	5.2
Tlaxcala	4.9
Sinaloa	4.9
Tamaulipas	4.7
Ciudad de México	4.7
Morelos	4.5
Baja california	4.2
México	4.1
Oaxaca	3.9
Chiapas	3.8
Hidalgo	3.7
Veracruz	3.3
Guerrero	2

Fuente: elaboración propia con base en INEGI (2021b).

En el campo de la psicología integrativa personalista no se contaba con algún instrumento que ayudara en el proceso de conceptualización, diagnóstico y proceso terapéutico. Por ello, el instrumento creado y validado por Plenitud de Vida Personal, que se presenta en este capítulo, ayuda a tener un panorama sobre el estado de plenitud personal en el que se encuentran las personas o en el estado en el que llega el paciente, lo que beneficia el proceso terapéutico en general, al mismo tiempo sirve como un comparativo en dicho proceso, ya que se puede comparar durante el tratamiento y, al final del mismo, para ver los avances en el paciente.

## METODOLOGÍA

### *Objetivos*

*General:* pilotear el instrumento de Plenitud de Vida Personal.

*Específicos:* 1) definir la variable latente (plenitud de vida personal) y sus factores (ejes personalistas). 2) Diseñar indicadores en forma de reactivos para medir cada uno de los ejes personalistas. 3) Aplicar el instrumento y hacer un piloteo cuantitativo.

*Muestra:* la muestra fue no probabilística e intencional, con un total de 110 participantes.

*Variables:* la plenitud de vida personal consiste en un yo personal integrado en sus dimensiones emocional, psíquica y espiritual, con ejes personalistas desarrollados de objetividad, aceptación de limitantes, interpersonalidad y sentido.

Eje de objetividad: nivel de integración entre las experiencias personales, la realidad y la verdad (ítems del 1 al 15).

Eje de aceptación de limitantes: nivel de aceptación del dolor, sufrimiento, las limitaciones, los obstáculos y las problemáticas, desde su condición natural (ítems del 16 al 30).

Eje de la interpersonalidad: grado de intimidad y calidad de las relaciones interpersonales (ítems del 31 al 45).

Eje del sentido: nivel de dirección y trascendencia con los que la persona vive su vida (ítems del 46 al 60).

### *Diseño de investigación*

Es una investigación instrumental, no experimental y de corte transversal.

### *Procedimiento*

Se creó un instrumento de 60 reactivos con cuatro escalas, se hizo la validación por tres expertos en el tema, se hicieron los cambios sugeridos. Se aplicó el instrumento y se obtuvieron datos preliminares de la plenitud de vida personal con un análisis factorial exploratorio para después pasar al análisis factorial confirmatorio.

### *Instrumento*

El Cuestionario de Plenitud de Vida Personal (CPVP) consta de 60 ítems distribuidos en cuatro factores. Utiliza una escala de frecuencia con 15 ítems por factor, ofreciendo cinco opciones de respuesta que van desde “Siempre” hasta “Nunca”. Se entiende que el tamaño muestral es necesario para asegurar la fortaleza de la estructura interna del cuestionario. De manera concreta, se recomienda un mínimo de 100 casos para modelos con cinco o menos constructos, cada uno de los factores con más de tres indicadores; por otra parte, algunos autores postulaban que el mínimo sea 100 o 200 personas.

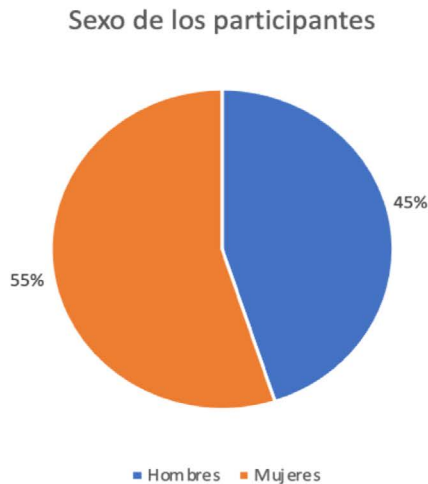
- Eje Objetividad (ítems del 1 al 15)
- Eje Aceptación de limitantes (ítems del 16 al 30)
- Eje Interpersonalidad (ítems del 31 al 45)
- Eje Sentido (ítems del 46 al 60)

Por lo general, el análisis factorial exploratorio no debería aplicarse cuando el tamaño muestral está constituido por menos de 50 casos. Además, es preferible que dicho tamaño sea mayor que 100 o, idealmente, 300-400 casos (Hair et al., 2010), a fin de minimizar la probabilidad de equivocación (valores inflados), aumentar la precisión de los estimadores poblacionales y, por tanto, la confianza en las inferencias elaboradas (Osborne y Costello, 2004).

## RESULTADOS

El instrumento se aplicó a 110 estudiantes de 17 estados de la República mexicana y de diferentes disciplinas de nivel superior, pertenecientes a una universidad privada del estado de Puebla, 55% fueron mujeres y 45%, hombres (figura 3).

**Figura 3. Distribución de la muestra por género**



Fuente: elaboración propia.

La mayoría de las correlaciones ítem-total corregida (43 reactivos) estuvieron por arriba de 0.40, excepto 17 reactivos (tabla 1) que se nombran a continuación: 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 28, 30, 31, 35, 36, 38, 43, 51, 58.

Después de eliminar 17 ítems, se obtuvo un alfa de Cronbach de .90. Para evaluar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial de componentes principales. Además, se solicitó una rotación Varimax con Kaiser para un análisis de segundo orden.

Para evaluar el grado de adecuación muestral y observar las correlaciones interfactoriales, se utilizó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .75$ ). Además, la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que el modelo factorial es adecuado ( $p < .001$ ), lo que nos permite proceder con el análisis factorial confirmatorio (figura 6). Las comunalidades del total de los reactivos están por arriba de 0.50.

**Tabla 3. Correlación ítem-total corregida de reactivos del CPVP de plenitud de vida personal**

	<i>Scale Mean if Ítem deleted</i>	<i>Scale Variance if ítem Deleted</i>	<i>Ítem-total corregida</i>
1. “Soy consciente que soy una persona valiosa en sí misma, con libertad, capacidad de amar y de relación con los demás”.	188.10	276.915	0.493
2. “En general, soy consciente de que soy una persona con defectos y virtudes”.	188.12	278.817	0.399
3. “Reconozco objetivamente mis sentimientos y emociones”.	188.41	275.216	0.415
4. “Sé cómo regular mis propios sentimientos y emociones”.	188.60	272.597	0.528
5. “Reconozco y acepto los eventos dolorosos de mi pasado”.	188.41	277.085	0.318
6. “Hay cosas de mi pasado que mantengo en la negación”.	188.39	275.214	0.294
7. “Tengo reacciones desproporcionadas ante ciertos eventos o personas”.	188.92	268.395	0.555
8. “Suelo tener altas expectativas de los demás”.	190.60	286.429	-0.066
9. “Siempre me encuentro ubicado en espacio y tiempo. Soy consciente del lugar y el momento en el que estoy”.	188.22	275.782	0.348
10. “Veó cosas que los demás no pueden ver”.	188.95	275.185	0.181
11. “Siento que alguien me vigila o me persigue”.	188.15	277.006	0.380

*Continúa...*

12.	“Acepto mi corporalidad. Estoy satisfecho con mi cuerpo”.	188.53	268.083	0.578
13.	“Estoy satisfecho con mi condición sexual. Estoy satisfecho con mi condición de hombre o mi condición de mujer”.	187.97	281.448	0.436
14.	“En general acepto a las personas tal como son”.	188.22	279.240	0.296
15.	“Soy hipercrítico conmigo mismo y con los demás”.	189.75	275.049	0.233
16.	“En general, considero que las adversidades, las limitaciones, el dolor y el sufrimiento son parte de la vida”.	188.52	282.925	0.051
17.	“Me considero una persona perfeccionista”.	190.58	288.974	-0.146
18.	“Acepto con facilidad el perder y no siempre tener la razón”.	188.92	270.974	0.410
19.	“Tiendo a idealizar a las personas y esperar mucho de ellas”.	190.25	278.638	0.168
20.	“En general, acepto los acontecimientos en mi vida, que causan dolor y sufrimiento”.	188.53	273.597	0.446
21.	“Soy capaz de experimentar paz en los momentos de dolor y sufrimiento”.	189.43	276.135	0.217
22.	“Acepto serenamente lo que no está bajo mi control”.	188.83	269.150	0.496
23.	“El no alcanzar los objetivos planteados en mi vida, es causa de frustración”.	189.78	300.903	-0.415
24.	“El no sentirme aceptado por los demás es causa de dolor y sufrimiento”.	188.79	269.066	0.476

*Continúa...*



---

25. "Conozco mis limitantes como persona".	188.55	270.194	0.550
26. "Acepto con sencillez los defectos ajenos".	188.32	277.492	0.360
27. "Tengo capacidad para resolver los problemas personales por mí mismo".	188.36	274.438	0.496
28. "Soy de las personas que se afanan por resolver la vida y problemas de los demás".	189.56	279.016	0.109
29. "Ante un conflicto reconozco y acepto mi parte de responsabilidad".	188.33	277.028	0.382
30. "Soy consciente de que el dolor y sufrimiento son una dimensión esencial de la persona".	188.57	277.705	0.244
31. "Reconozco cierto malestar en mi vida por personas que no he perdonado".	190.51	294.290	-0.239
32. "Puedo decir en general que mis relaciones interpersonales son sanas".	188.29	275.253	0.507
33. "Hay algo en mí mismo que constantemente me incomoda".	188.59	264.898	0.622
34. "En general, puedo decir que mis relaciones de amistad son buenas".	188.19	277.691	0.364
35. "Puedo decir que en general mis relaciones interpersonales son por conveniencia".	189.31	275.354	0.137
36. "Soy respetuoso y amable con todos".	188.19	280.414	0.241
37. "Tengo tendencia a depender emocionalmente de alguien".	188.48	272.906	0.402

---

*Continúa...*

---

38. "He sufrido, o sufro abuso por parte de alguien".	188.12	280.406	0.233
39. "Ejercí algún tipo de agresión o violencia hacia los demás".	188.05	280.400	0.365
40. "Soy claro en mi forma de comunicarme con los demás".	188.62	271.546	0.619
41. "Suelo frustrarme en el trato con los demás".	188.69	266.760	0.574
42. "Vivo en un conflicto permanente con alguien".	188.10	278.653	0.422
43. "Mis relaciones interpersonales son fuente de energía positiva para mí".	188.43	277.892	0.258
44. "Me reconozco frío y distante la más de las veces".	188.94	272.042	0.349
45. "Soy una persona agradecida".	188.30	276.323	0.330
46. "Sé cuál es mi vocación personal en la vida".	188.40	273.550	0.444
47. "Me levanto por las mañanas teniendo un para qué".	188.72	271.268	0.371
48. "Soy una persona con metas laborales claras".	188.28	275.380	0.474
49. "Soy de las personas que reconocen tener un sentido de vida trascendente".	188.53	273.672	0.420
50. "Soy fiel a mis propósitos a pesar de mis diferentes estados de ánimo".	188.17	276.589	0.513

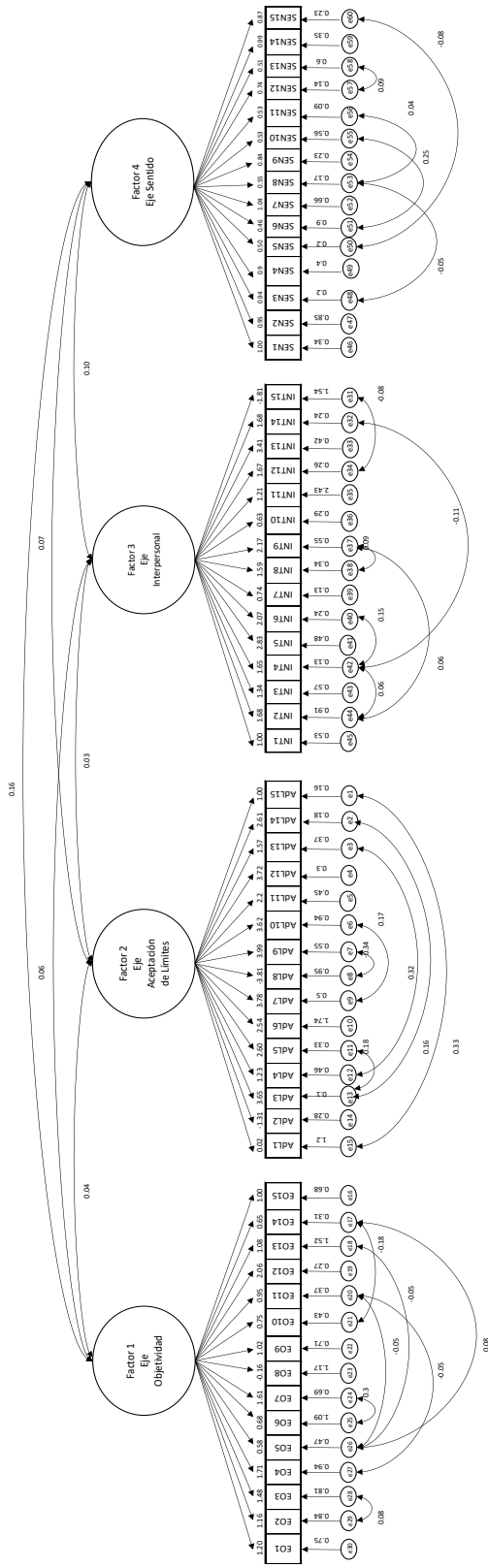
---

*Continúa...*

51.	“Realizo alguna labor de servicio o ayuda a los demás”.	188.95	277.596	0.208
52.	“En general me siento actualmente realizado”.	188.99	266.813	0.551
53.	“En mi vida hay muchas cosas que valen la pena”.	188.08	278.283	0.403
54.	“Tengo claro hacia dónde se dirige mi vida. Tengo objetivos claros y actúo en consonancia con los mismos”.	188.25	275.329	0.497
55.	“Me considero una persona con potencial creativo”.	188.57	275.387	0.339
56.	“Tengo valores que dan sentido y dirigen mi vida”.	188.06	277.014	0.606
57.	“En general, en los acontecimientos de mi vida logro encontrar aspectos positivos”.	188.21	275.552	0.551
58.	“La relación con los demás aporta sentido en mi vida”.	188.63	278.048	0.239
59.	“He descubierto el para qué personal en mi vida”.	188.58	269.890	0.558
60.	“Me siento feliz viviendo la vida que he construido”.	188.21	274.001	0.534

Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Análisis factorial confirmatorio de la prueba Plenitud de vida personal



Fuente: elaboración propia.

A partir del Análisis Factorial Confirmatorio, se obtuvieron los siguientes índices de bondad de ajuste: CMIN/DF de 1.73, CFI de .61, TLI de .59 y RMSEA de .08. Aunque este análisis, al utilizar el índice de Kaiser-Meyer-Olkin ( $\kappa_{MO}$ ), indicó que la estructura era viable para un análisis como éste, no se obtuvieron valores que confirmaran la solidez de la estructura. Esto puede explicarse por el tamaño de la muestra y el carácter exploratorio de este estudio. Se estima que al incrementar dicho tamaño (de 300 a 400 sujetos más), se obtendrían valores adecuados. Se reporta a continuación una tabla con la carga factorial y la comunalidad.

**Tabla 4. Valores de las comunalidades por ítem**

	<i>Reescalado</i>	
	<i>Inicial</i>	<i>Extracción</i>
PVP1	1.000	.519
PVP2	1.000	.583
PVP3	1.000	.605
PVP4	1.000	.629
PVP5	1.000	.654
PVP6	1.000	.824
PVP7	1.000	.698
PVP8	1.000	.812
PVP9	1.000	.563
PVP10	1.000	.947
PVP11	1.000	.583
PVP12	1.000	.728
PVP13	1.000	.606
PVP14	1.000	.408
PVP15	1.000	.890
PVP16	1.000	.784
PVP17	1.000	.752
PVP18	1.000	.809

---

PVP19	1.000	.774
PVP20	1.000	.579
PVP21	1.000	.903
PVP22	1.000	.734
PVP23	1.000	.833
PVP24	1.000	.692
PVP25	1.000	.749
PVP26	1.000	.440
PVP27	1.000	.609
PVP28	1.000	.943
PVP29	1.000	.525
PVP30	1.000	.694
PVP31	1.000	.961
PVP32	1.000	.637
PVP33	1.000	.811
PVP34	1.000	.633
PVP35	1.000	.990
PVP36	1.000	.354
PVP37	1.000	.703
PVP38	1.000	.567
PVP39	1.000	.575
PVP40	1.000	.643
PVP41	1.000	.657
PVP42	1.000	.500
PVP43	1.000	.690
PVP44	1.000	.832
PVP45	1.000	.477
PVP46	1.000	.664

---

PVP47	1.000	.869
PVP48	1.000	.723
PVP49	1.000	.589
PVP50	1.000	.473
PVP51	1.000	.843
PVP52	1.000	.824
PVP53	1.000	.496
PVP54	1.000	.668
PVP55	1.000	.659
PVP56	1.000	.637
PVP57	1.000	.652
PVP58	1.000	.603
PVP59	1.000	.688
PVP60	1.000	.662

Fuente: elaboración propia.

Como se puede ver en la tabla 4, los valores de las comunalidades varían entre 0.4 y 0.99. Esto indica que las comunalidades de extracción representan estimaciones de la varianza para cada variable. Los valores pequeños indican variables que no encajan bien con la solución factorial, y posiblemente se deben descartar del análisis.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la muestra de jóvenes en el cuestionario sobre plenitud de vida personal y sus dimensiones. Para un primer acercamiento se obtuvieron cuartiles, a fin de generar niveles por eje y poder observar cómo se comportaba la muestra respecto a su plenitud de vida personal.

**Tabla 5. Niveles por puntaje de Plenitud de vida personal**

<i>Puntaje</i>	<i>Etiqueta</i>
0 - 208	Muy baja
209 - 215	Baja
216 - 224	Media
225 - 240	Alta

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 6. Niveles por puntaje del Eje objetividad**

<i>Puntaje</i>	<i>Etiqueta</i>
0 - 45	Muy baja
46 - 49	Baja
50 - 52	Media
53 - 60	Alta

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 7. Niveles por puntaje del Eje aceptación de limitantes**

<i>Puntaje</i>	<i>Etiqueta</i>
0 - 40	Muy baja
41 - 43	Baja
44 - 46	Media
47 - 60	Alta

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 8. Niveles por puntaje del Eje interpersonalidad**

<i>Puntaje</i>	<i>Etiqueta</i>
0 - 46	Muy baja
47 - 50	Baja
51 - 53	Media
54 - 60	Alta

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 9. Niveles por puntaje del Eje sentido**

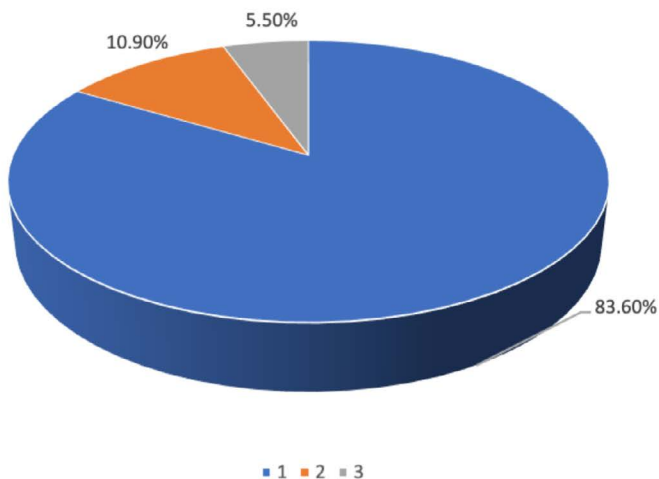
<i>Puntaje</i>	<i>Etiqueta</i>
0 - 48	Muy baja
49 - 52	Baja
53 - 56	Media
57 - 60	Alta

Fuente: elaboración propia.

A continuación, se muestran los resultados del cuestionario de Plenitud de Vida Personal Global y por eje, donde 1 indica muy baja, 2 baja, 3 media y 4 alta. En la figura 5 se observa que la plenitud de vida personal es muy baja para la mayoría de la muestra (83.64%), baja para 10.91% y media sólo para 5.45%, destacando que no se registraron casos de plenitud de vida personal alta (0%).



Figura 5. Porcentaje de Plenitud de vida personal por niveles



Fuente: elaboración propia.

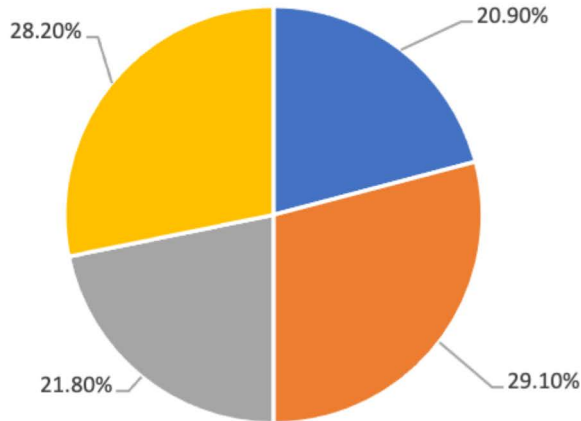
**Tabla 10. Frecuencia y porcentaje de Plenitud de vida personal por niveles**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
1.00	92	83.6	83.6	83.6
2.00	12	10.9	10.9	94.5
3.00	6	5.5	5.5	100
Total	110	100	100	

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la presentación de resultados de la muestra por ejes: objetividad, aceptación de limitantes, interpersonal y de sentido, se puede observar que es más proporcional.

**Figura 6. Porcentaje de Eje objetividad por niveles**



Fuente: elaboración propia.

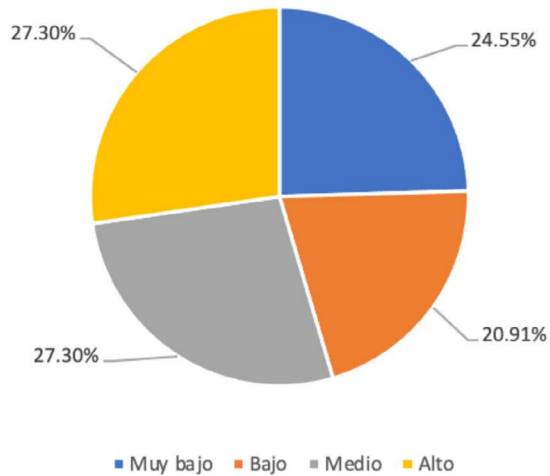
**Tabla 11. Frecuencia y porcentaje Eje objetividad por niveles**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Muy bajo	23	20.9	20.9	20.9
Bajo	32	29.1	29.1	50.0
Medio	24	21.8	21.8	71.8
Alto	31	28.2	28.2	100
<i>Total</i>	<i>110</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

Para el Eje de objetividad se puede observar que el valor más alto pertenece a la categoría de bajo, seguido de alto, y la mayor puntuación se obtuvo en el valor medio.

**Figura 7. Porcentaje de Eje aceptación de limitantes por niveles**



Fuente: elaboración propia.

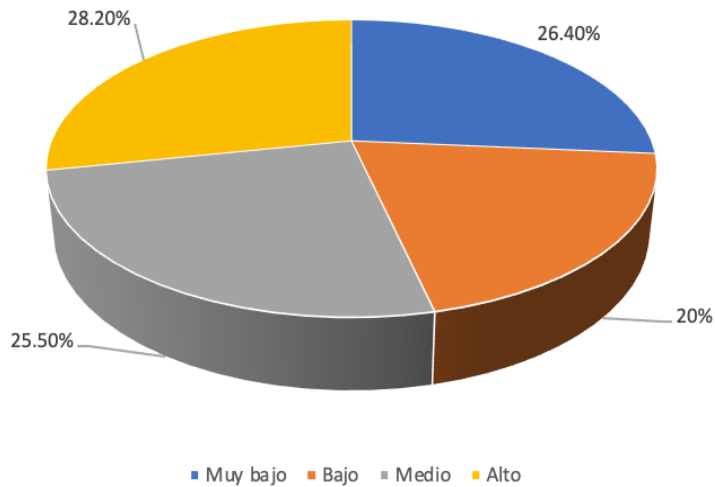
**Tabla 12. Frecuencia y porcentaje Eje aceptación de limitantes por niveles**

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Muy bajo	27	24.5	24.5	24.5
Bajo	23	20.9	20.9	45.5
Medio	30	27.3	27.3	72.7
Alto	30	27.3	27.3	100
<i>Total</i>	<i>110</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

En el caso del Eje de Aceptación de limitantes, la mayoría de los participantes se encuentran entre las categorías de medio y alto.

Figura 8. Porcentaje de Eje interpersonalidad por niveles



Fuente: elaboración propia.

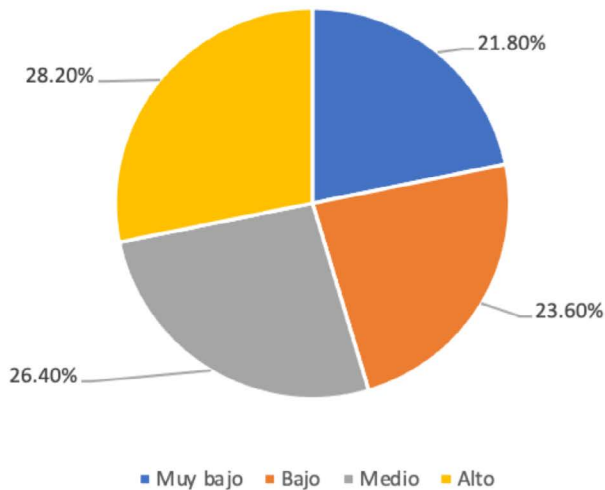
Tabla 13. Frecuencia y porcentaje Eje interpersonalidad por niveles

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Muy bajo	29	26.4	26.4	
Bajo	22	20	20	
Medio	28	25.5	25.5	
Alto	31	28.2	28.2	
<i>Total</i>	<i>110</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al eje de interpersonalidad, se observa que la mayoría de las personas se encuentran en la categoría alto, mientras que la menor cantidad se sitúa en la categoría bajo.

Figura 9. Porcentaje de Eje sentido por niveles



Fuente: elaboración propia.

Tabla 14. Frecuencia y porcentaje Eje sentido por niveles

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Muy bajo	24	21.8	21.8	21.8
Bajo	26	23.6	23.6	45.5
Medio	29	26.4	26.4	71.8
Alto	31	28.2	28.2	100
<i>Total</i>	<i>110</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	

Fuente: elaboración propia.

Para el Eje de Sentido, se observa que la mayoría de las personas se encuentran en la categoría alto, mientras que la menor cantidad se sitúa en la categoría muy bajo.

El cuestionario puede ser autoadministrado y realizarse tanto de manera individual como colectiva.

## DISCUSIÓN

Con los resultados obtenidos se observa que la plenitud de vida personal es muy baja en la población, lo que puede dar inferencia a los padecimientos actuales de la población, como depresión, ansiedad y suicidio, los cuales tienen tasas muy elevadas. Por lo anterior, debe ser una prioridad el estudio de la plenitud de vida personal para tener datos amplios de la población y de esta manera crear herramientas que ayuden a los jóvenes a sentirse más plenos. Una forma de lograrlo es enfocarse en los ejes personalistas de objetividad, aceptación de limitaciones, interpersonalidad y sentido. Jóvenes que desarrollan un mayor sentido de propósito en la vida y que aceptan la realidad tal como es, con sus alegrías y dificultades, que mantienen relaciones interpersonales más saludables y satisfactorias, y que tienen claridad en sus objetivos tanto académicos como de vida en general, estarán mejor equipados para tomar decisiones. Esto les permitirá disfrutar de una vida más íntegra, satisfactoria y plena.

Lo anterior da la pauta para llevar a cabo futuras aplicaciones en muestras más amplias.

## REFERENCIAS

- Burgos, J. (2010). *Antropología breve*. Ediciones Palabra.
- Burgos, J. (2011). Prólogo. En Karol Wojtyła. *Persona y acción*. Palabra.
- Burgos, J. (2014). *Para conocer a Karol Wojtyła*. Biblioteca de Atores Cristianos.
- Burgos, J. (2015). *La experiencia integral*. Palabra.
- Domínguez, X. (2011). *Psicología de la persona*. Fundamentos antropológicos de la psicología y la psicoterapia. Palabra.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis: A Global Perspective*, Pearson Education.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021a). Presenta INEGI Resultados de la Primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (Enbiare) 2021. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE\\_2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf)

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021b). Taza de suicidio por sexo y grupo de edad, [Gráfica], [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021c). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/Suicidios2021_Nal.pdf)
- Mollinedo de Boy, K. (2009). Reflexiones sobre la persona en Juan Manuel Burgos. Revista: Persona. *Revista Iberoamericana de Personalismo Comunitario*, 11(4). <http://www.personalismo.net/persona/sites/default/files/fdp-reflex.pdf>
- Osborne, J. W. & Costello, A. B. (2004). Sample size and subject to item ratio in principal components analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11).
- Wojtyła, K. (2017). *Persona y acción*. Palabra.
- Zapién, R. (2016). La psicología integrativa personalista: hacia un nuevo paradigma de intervención clínica. *Revista Quién*. 4, 113-135. [http://www.personalismo.org/wpcontent/uploads/2018/01/Articulo\\_6\\_QUIEN\\_Num\\_4.pdf](http://www.personalismo.org/wpcontent/uploads/2018/01/Articulo_6_QUIEN_Num_4.pdf)
- Zapién, R. (2018). Efectividad de la terapia integrativa breve con enfoque personalista. [Tesis doctoral]. Universidad de las Américas, A.C.
- Zapién, R. (2018). Diagrama de los estados. [Diagrama], <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/instrumento-para-medir-plenitud-de-vida-personal> [psiquiatria.com](https://psiquiatria.com)





## **SEGUNDA PARTE**

### **ESTUDIOS RECIENTES SOBRE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA: INFLUENCIAS Y CONSECUENCIAS**



# INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL, CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO Y OBSESIÓN POR LA MUSCULATURA EN HOMBRES ADOLESCENTES

*Rebeca María Elena Guzmán-Saldaña\**

*América Itzayana Rivas-Ramírez\**

*Lilián Elizabeth, Bosques-Brugada\**

*María Luisa Escamilla-Gutiérrez\**

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Asociación Americana de Psicología (APA, 2013), los Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de Alimentos (TAIA) se refieren a alteraciones persistentes en los hábitos alimentarios que afectan el consumo o la absorción de los alimentos, causando un impacto negativo tanto en la salud física como en el funcionamiento psicosocial.

Los TAIA tienen un origen multifactorial, ya que en su desarrollo intervienen diversos factores, entre ellos genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que interactúan como factores predisponentes para su surgimiento, evolución y mantenimiento (Lugo-Salazar y Pineda García, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998) enfatiza que el estudio de estos trastornos debe incluir estrategias preventivas, basadas en la identificación de factores de riesgo. Mancilla et al. (2006) señalan que estos factores son estímulos, comportamientos y características tanto individuales como del entorno que afectan la salud, incrementando la susceptibilidad a desarrollar enfermedades.

Uno de los factores de riesgo más estudiados en relación con los TAIA es la imagen corporal (IC), la cual se define, según Gómez-Peresmitré et al. (2001), como un conjunto de representaciones, sensaciones y actitudes que el individuo construye sobre su cuerpo, funcionando como una evaluación de sí mismo. Esta imagen se encuentra en constante evolución y se compara con el ideal corporal promovido socialmente (Vargas, 2017). La preocupación por el peso y la figura está estrechamente

---

\* Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

relacionada con la insatisfacción por no alcanzar dicho ideal, influenciado en gran medida por los medios de comunicación masiva (Haines et al., 2010); éstos han contribuido a imponer un modelo estético musculoso para los hombres, lo cual afecta negativamente tanto la formación de la IC como las conductas alimentarias y de salud (Behar, 2010). Además, la publicidad ha incentivado conductas de riesgo a través de la promoción de productos que prometen adelgazar rápidamente o aumentar la musculatura, especialmente dirigidos a los adolescentes (Gómez et al., 2002).

La insatisfacción con la propia IC se ha relacionado con un mayor riesgo de desarrollar un TAI, debido a que incrementa el malestar con la apariencia física, lo que puede desencadenar conductas alimentarias de riesgo (CAR) o formas poco saludables de control del peso. Este problema es particularmente alarmante, ya que la insatisfacción con el cuerpo se ha detectado desde la infancia, con estudios que muestran que hasta 74.1% de los adolescentes, tanto hombres como mujeres, no están conformes con su IC (Canchala y Jacqueline, 2015).

Según Cash (2005), los factores de riesgo relacionados con la insatisfacción corporal en adolescentes pueden agruparse en tres categorías: a) factores individuales, como la baja autoestima y el perfeccionismo; b) factores familiares y de pares, como las actitudes hacia el peso y las burlas relacionadas con la figura corporal, y c) factores socioculturales, como la presión social para alcanzar ciertos ideales de belleza.

La insatisfacción corporal también está asociada con una baja autoestima, un sentido de ineptitud y una autoevaluación negativa (Trejo et al., 2010). Según el modelo sociocultural, este malestar surge cuando un individuo adopta un ideal corporal promovido por la cultura (Cortez et al., 2016). Los trastornos de la IC, como la dismorfofobia descrita por Morselli (1886), no responden a cambios físicos reales o imaginarios, sino que reflejan una condición patológica en la cual las personas tienden a desvalorizar su apariencia y sobrestiman los defectos percibidos (Raich, 2004).

#### TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (IC) Y LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO (CAR)

Por otro lado, entre los factores que más contribuyen al desarrollo de un TAI se encuentran las CAR, que se definen como alteraciones del comportamiento alimentario que pueden manifestarse como síndromes parciales y que, si no se abordan, pueden

evolucionar hacia un trastorno alimentario diagnosticable. Las personas que presentan CAR experimentan manifestaciones cognitivas y conductuales que interfieren con su funcionamiento diario (Ortega, 2008). Estas conductas son un problema de salud pública que afecta tanto el bienestar físico como el emocional, y que podrían considerarse fases previas o manifestaciones subclínicas de los TAlA (Unikel et al., 2010). Entre las CAR más comunes se encuentran:

*Dietas crónicas restringidas:* consiste en la constante autoimposición de restricciones alimentarias, eliminando ciertos alimentos considerados “engordadores” y saltándose comidas importantes como el desayuno o la cena. Esta forma de dieta es particularmente riesgosa para adolescentes con una IC negativa, ya que tienden a adoptar hábitos alimenticios monótonos, con una baja variedad de alimentos, aunque en grandes cantidades. Algunos adolescentes recurren también a dietas altas en proteínas y bajas en grasas o carbohidratos, así como al uso de suplementos proteicos o esteroides anabólicos-androgénicos (Baile, 2005).

*Episodios de atracones:* este comportamiento, también conocido como “comer compulsivamente”, se caracteriza por la ingesta incontrolada de grandes cantidades de alimentos en un corto periodo, sin la utilización de mecanismos compensatorios como el vómito. Los episodios de atracones pueden presentarse en forma de picoteo constante entre comidas o en grandes comidas aisladas, superando lo que normalmente se comería en una situación de hambre normal. Asimismo, están acompañados por sentimientos de vergüenza, culpa o disgusto con uno mismo después de comer.

*Preocupación excesiva por el peso y la alimentación:* esta conducta hace referencia a un estado psicológico en el que la persona otorga una atención desmedida al peso corporal y a los alimentos que consume, derivado de creencias personales y presiones sociales sobre la delgadez.

Otro problema que surge en relación con la IC son las *prácticas compensatorias*, como el ejercicio excesivo (más de diez horas semanales) y el uso de productos para controlar el peso, como laxantes, diuréticos o fibra en exceso. Estas prácticas, aunque dañinas tanto física como psicológicamente, se llevan a cabo con la intención de ajustar el cuerpo a los estándares de belleza impuestos por la sociedad (Ariza e Infante, 2016).

## TDC Y DISMORFIA MUSCULAR

Uno de los trastornos graves relacionados con la IC es el Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), que se define como una preocupación patológica y persistente por defectos percibidos en la apariencia física, que en muchos casos no son visibles para otras personas. Esta condición, que anteriormente se conocía como “hipocondría de la belleza” o “fealdad imaginaria”, afecta la calidad de vida del individuo, llevándolo a manifestar conductas obsesivas (López y Treasure, 2011).

Dentro del TDC también se encuentra la dismorfia muscular (DM), una variante en la que las personas desarrollan una preocupación extrema por no ser lo suficientemente musculosas, lo que genera un malestar significativo en su vida diaria (Cafri et al., 2008). Este trastorno ha sido clasificado dentro de los Trastornos Obsesivos Compulsivos (TOC) en el DSM-V (APA, 2013), dado que las personas con DM suelen seguir rutinas rígidas de entrenamiento y dietas hiperproteicas, a menudo utilizando sustancias peligrosas como los esteroides anabólicos para aumentar su masa muscular (Pope et al., 1993). Se estima que los levantadores de pesas y fisicoculturistas son la población más vulnerable a este trastorno, con 10% de ellos padeciéndolo (Pope et al., 1996).

La DM ha sido incluida entre los trastornos somatomorfos, caracterizados por una preocupación desmedida por un defecto corporal, que en muchos casos es imaginario. Las personas con DM tienden a ver su cuerpo como insuficiente, a pesar de que otros lo perciban de manera diferente (Rodríguez et al., 2008).

Los criterios diagnósticos para el TDC, según la APA (2013), incluyen:

- Preocupación excesiva por uno o más defectos percibidos en el cuerpo, los cuales no son visibles para los demás.
- Realización de comportamientos repetitivos (como mirarse al espejo constantemente) o actos mentales (como compararse con otros) en respuesta a la preocupación.
- La preocupación genera un malestar clínico significativo o afecta negativamente a diversas áreas de la vida diaria.

## DISMORFIA MUSCULAR: CONTROVERSIA Y CLASIFICACIÓN

La DM ha sido objeto de debate en cuanto a su clasificación diagnóstica, dado que inicialmente se intentó catalogar dentro de los TAIA (Pope et al., 1993), así como un trastorno de ansiedad o incluso dentro de los TOC, debido a las estrictas rutinas de entrenamiento y dietas hiperproteicas que caracterizan este trastorno (Chung, 2001). Finalmente, con la publicación del DSM-5 (APA, 2013), la DM fue incluida en el apartado de TOC y trastornos relacionados, específicamente como una forma del TDC.

En cuanto a la prevalencia, se estima que alrededor de 10% de las personas que practican levantamiento de pesas de manera compulsiva, como los fisiculturistas, padecen DM (Pope et al., 1996). Este grupo es el que presenta un mayor riesgo de desarrollar este trastorno, en parte debido a la naturaleza intensa de su actividad física y a la constante búsqueda de una musculatura idealizada. Sin embargo, la prevalencia exacta es difícil de determinar, ya que muchos estudios se han centrado en muestras específicas como atletas o fisiculturistas, lo que dificulta la generalización a otras poblaciones (Hernández et al., 2017).

La DM también se ha vinculado con los trastornos somatomorfos, en los que las personas experimentan una preocupación irracional y exagerada por un defecto físico imaginado o poco notorio, lo cual interfiere de manera significativa en su vida diaria (Rodríguez et al., 2008).

## CONSECUENCIAS DE LA DISMORFIA MUSCULAR

De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), las consecuencias de la DM incluyen un deterioro considerable en las relaciones sociales, laborales y la calidad de vida en general, derivado de la evitación de situaciones sociales y la obsesión por mantener una rutina estricta de dieta y ejercicio. Las personas afectadas suelen sacrificar incluso sus relaciones íntimas debido a la vergüenza que sienten por su apariencia física y las preocupaciones sobre el tamaño o la simetría de su cuerpo (Kaplan et al., 2013).

El uso de esteroides anabólicos androgénicos es otra conducta común entre quienes padecen DM. Sin embargo, el abuso de estas sustancias está asociado con una serie de efectos negativos en la salud, como depresión, ansiedad, agresividad, problemas cardíacos, hepáticos y renales, además de problemas hormonales como el

hipogonadismo y la ginecomastia (Amsterdam et al., 2010). A largo plazo, el uso de esteroides también puede llevar a comportamientos antisociales y criminales.

En un estudio realizado por Antón (2015) en jóvenes hombres que practicaban musculación recreativa, se encontró que la preocupación por la IC era una constante, además de que la mayoría seguía dietas altas en proteínas con el fin de aumentar su masa muscular. Asimismo, Hernández (2017) concluye que los deportistas que padecen DM suelen tener una autopercepción física inferior a aquellos que no presentan el trastorno, además de querer ganar más musculatura de la que ya poseen, lo que los lleva a realizar verificaciones constantes de su apariencia y al consumo de sustancias legales e ilegales para corregir su imagen distorsionada.

#### FACTORES DE RIESGO EN ADOLESCENTES

Un estudio realizado en adolescentes sobre DM y los factores de riesgo y protectores asociados (Orrit, 2019), encontró que los que tienen mayor probabilidad de padecer DM son aquellos que muestran una alta necesidad de reconocimiento social, junto con un bajo control emocional y de impulsos. También se observó que la práctica de actividades deportivas, particularmente el levantamiento de pesas incrementa significativamente el riesgo de desarrollar DM en este grupo.

En México, un estudio llevado a cabo en el estado de Hidalgo por Arellano-Pérez et al. (2019) encontró que 14.2% de una muestra de 267 adolescentes de entre 15 y 19 años presentaban un riesgo elevado de desarrollar obsesión por la musculatura. Además, los investigadores determinaron que no existían diferencias significativas entre el índice de masa corporal (IMC) y el riesgo de obsesión por la musculatura. Curiosamente, los adolescentes con un IMC normal presentaban un mayor riesgo de desarrollar esta obsesión, mientras que aquellos con obesidad eran más propensos a padecer CAR, debido a la búsqueda incesante de una reducción de peso mediante métodos no siempre saludables.

El presente estudio tuvo como propósito principal evaluar la relación entre la insatisfacción corporal, las CAR y la obsesión por la musculatura en adolescentes varones.



## MÉTODO

El diseño de esta investigación fue no experimental de tipo transversal, con un enfoque correlacional, lo cual permitió evaluar la relación entre las variables propuestas sin manipulación de los factores.

## PARTICIPANTES

Para la selección de la muestra, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluyó a un total de 307 adolescentes varones con edades comprendidas entre los 11 y 15 años. El promedio de edad fue de 12.88 años (DE = 1.03), todos ellos estudiantes de primero a tercer grado de una escuela secundaria pública ubicada en Pachuca de Soto, Hidalgo, México.

## INSTRUMENTOS

Se utilizó una batería de instrumentos con el fin de medir las variables de interés:

*Test de actitudes alimentarias-26 (EAT-26)*: esta herramienta tiene como objetivo identificar síntomas y preocupaciones relacionadas con los trastornos alimentarios en poblaciones no clínicas. Permite evaluar las conductas y actitudes alimentarias alteradas en estudiantes de entre 9 y 19 años. El test se divide en cuatro factores: 1) Bulimia, 2) Dieta, 3) Preocupación por ser delgado y 4) Presión social para comer. El instrumento ha mostrado una alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .91 (Lugo-Salazar y Pineda-García, 2019).

*Escala de obsesión por la musculatura (DMS)*, diseñada por McCreary y Sasse (2000): evalúa las actitudes y comportamientos que reflejan el grado de preocupación de las personas por aumentar su masa muscular. En México, la adaptación y validación de esta escala fue realizada por Escoto et al. (2013), quienes identificaron tres factores: actitudes ( $\alpha = 0.87$ ), ingesta de sustancias ( $\alpha = 0.72$ ), y adherencia al entrenamiento ( $\alpha = 0.68$ ). Sólo las dos primeras subescalas y la puntuación total ( $\alpha = 0.86$ ) alcanzaron niveles aceptables de consistencia interna.

*Técnica parcial del mercado de imagen (Escala visual de siluetas)*: esta técnica, desarrollada por Gómez Pérez-Mitré (1997), evalúa la satisfacción o insatisfacción corporal a través de seis siluetas que representan un continuo de peso corporal, desde una figura muy delgada hasta una con obesidad. Los participantes seleccionan la silueta que consideran más parecida a su figura actual y luego la que desearían tener. La diferencia entre ambas se interpreta como el grado de satisfacción o insatisfacción corporal. La consistencia interna de la escala, medida por el coeficiente alfa, oscila entre .75 y .80 en muestras de adolescentes.

IMC: se calcula dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre su altura en metros al cuadrado para clasificar el peso corporal de los participantes. Esta medida es ampliamente utilizada para detectar categorías de peso que pueden representar riesgos para la salud. En el caso de los niños y adolescentes, el IMC es específico para la edad y el sexo (Centers for Disease Control and Prevention, 2022).

### *Aparatos*

Para llevar a cabo las evaluaciones físicas, se utilizó un monitor corporal marca SECA VIVA 762 para registrar el peso, y un estadímetro portátil marca SECA 214 para medir la altura de los participantes, lo que permitió calcular el IMC de cada uno de ellos.

### PROCEDIMIENTO

Inicialmente, se solicitó el permiso de las autoridades de una escuela secundaria pública para realizar el estudio. Después, se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores de los estudiantes, garantizando que la información recabada se manejaría de manera anónima y confidencial. Una vez obtenido el permiso, las pruebas se aplicaron de manera grupal en las aulas, y personal capacitado tomó las medidas antropométricas de peso y talla de cada alumno, utilizando el método ISAK (1994) para asegurar la precisión en las mediciones.

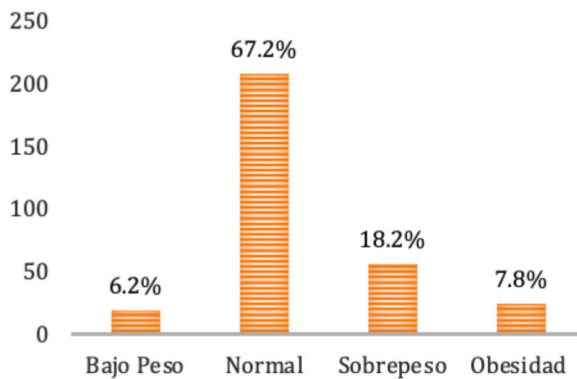
## RESULTADOS

Los datos recopilados fueron ingresados y analizados mediante el software SPSS versión 23.0 para Windows. Se obtuvieron estadísticos descriptivos de las puntuaciones totales y factores de los instrumentos utilizados, y se realizaron pruebas t de Student para comparar los grupos de estudiantes satisfechos e insatisfechos con su IC, con un nivel de significación establecido en  $p \leq 0.05$ .

### Distribución del IMC

De acuerdo con los resultados obtenidos, más de 67.2% de la muestra presentó un peso dentro de la categoría de normopeso. En cuanto al IMC, se encontró que 7.8% de los participantes tenía obesidad (véase la gráfica 1).

**Gráfica 1. Distribución porcentual del Índice de Masa Corporal de la muestra**



Fuente: elaboración propia.

### *Imagen corporal*

#### Percepción de la IC e IMC

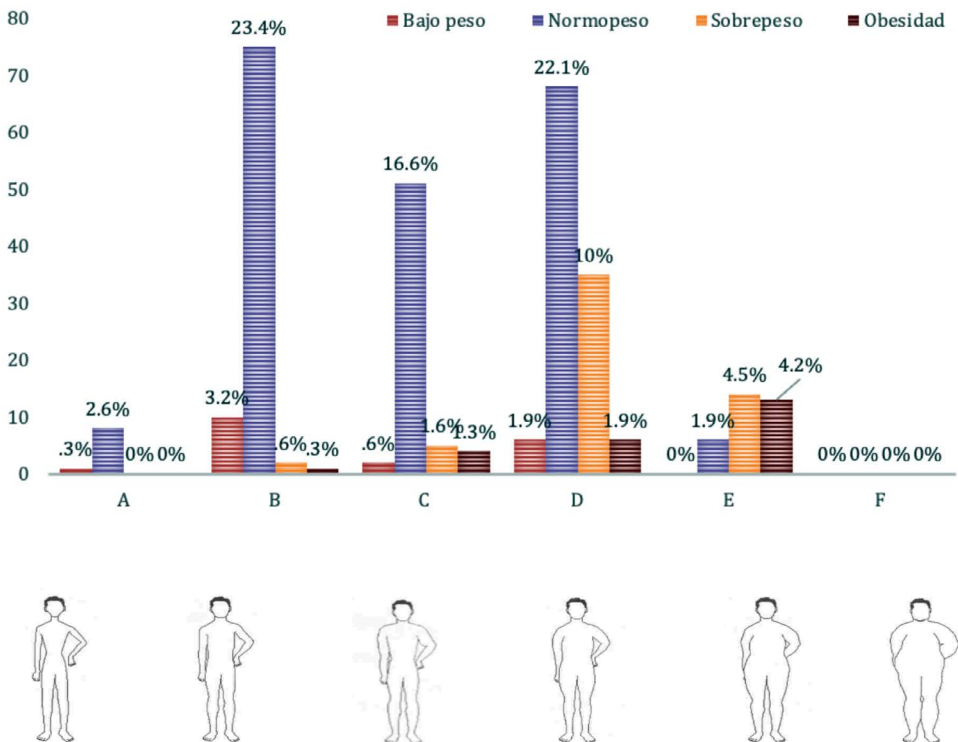
Para medir la percepción de la IC, se utilizó la Técnica parcial del marcado de imagen (Gómez Pérez-Mitré, 1997). A los participantes se les pidió que eligieran, de entre seis

figuras que representaban un continuo de peso corporal, la que más se asemejaba a su cuerpo actual y la que más les gustaría tener; es decir, su “figura ideal”.

### Elección de la figura real

En la gráfica 2 se muestran los resultados de la figura real seleccionada por los participantes, según la categoría de IMC. En el grupo con normopeso, el mayor porcentaje (23.4%) se identificó con la figura B, que corresponde a una figura un poco más delgada que la normopeso. Los participantes con bajo peso y obesidad tendieron a describirse con las figuras B, C, D y E, correspondientes a diversas categorías del continuo de peso corporal. Es relevante señalar que ninguno de los participantes eligió la figura F, que representaba la obesidad.

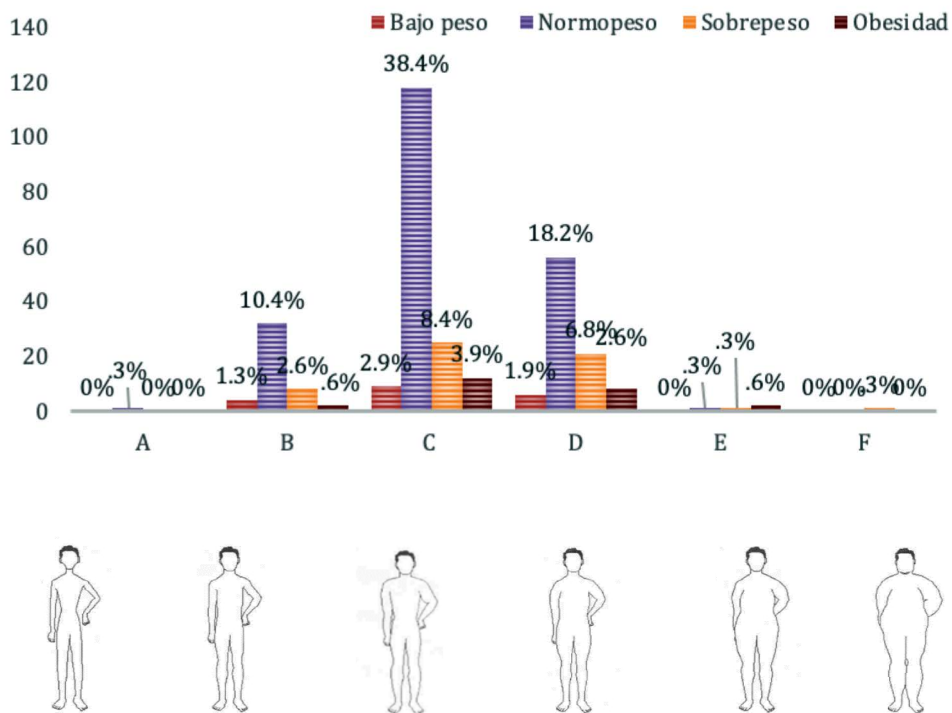
Gráfica 2. Distribución de la elección de la figura real de acuerdo con la categoría de IMC



### Elección de la figura ideal

En cuanto a la elección de la figura ideal, la gráfica 3 presenta los porcentajes correspondientes. Los participantes con normopeso se concentraron en elegir las figuras B y C como ideales, siendo la C la más seleccionada, con 38.4% de los participantes. Sólo un estudiante con sobrepeso eligió la Figura F, que representa la obesidad, como su figura ideal.

Gráfica 3. Distribución de la elección de la figura ideal de acuerdo con la categoría de IMC



Fuente: elaboración propia.

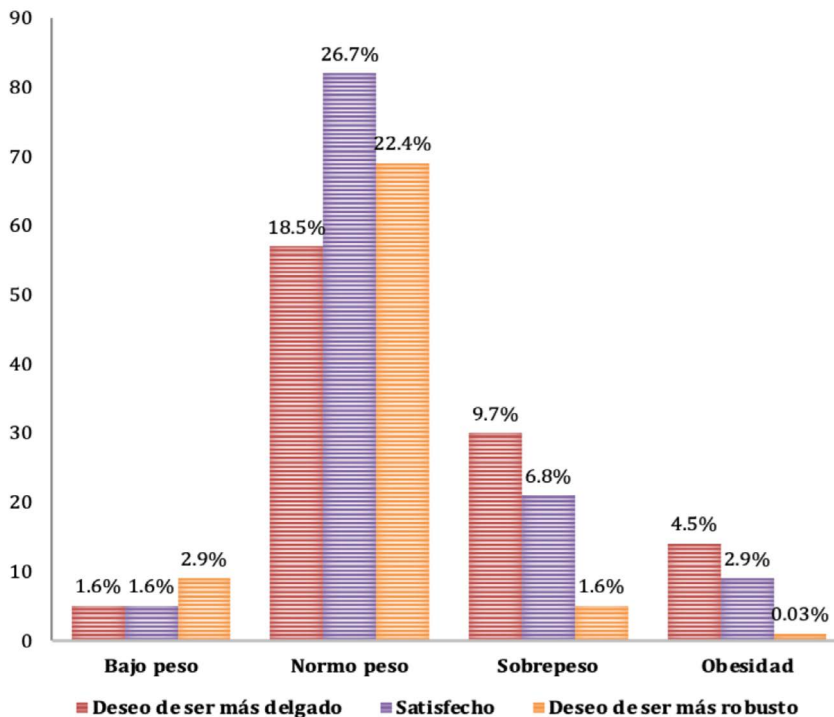
### Satisfacción e insatisfacción corporal

La satisfacción o insatisfacción corporal se calculó al obtener la diferencia entre la figura real y la ideal seleccionadas por los participantes. Esta diferencia refleja el deseo

de ser más delgado o robusto. Si la diferencia es igual a cero, se interpreta como satisfacción corporal.

En la gráfica 4 se muestran los resultados de la satisfacción e insatisfacción corporal según la categoría de IMC. Los participantes con normopeso presentaron los porcentajes más altos de satisfacción corporal, con 25.7% satisfechos con su imagen. No obstante, 18.5% expresó el deseo de ser más delgado, mientras que 22.4% deseaba ser más robusto. Entre los participantes con sobrepeso y obesidad, los porcentajes fueron mayores en el deseo de ser más delgado (9.7 y 4.5%, respectivamente). Los participantes con bajo peso mostraron 2.9% de deseo de ser más robustos.

**Gráfica 4. Distribución de la percepción de la IC de acuerdo con las categorías del IMC**



Fuente: elaboración propia.

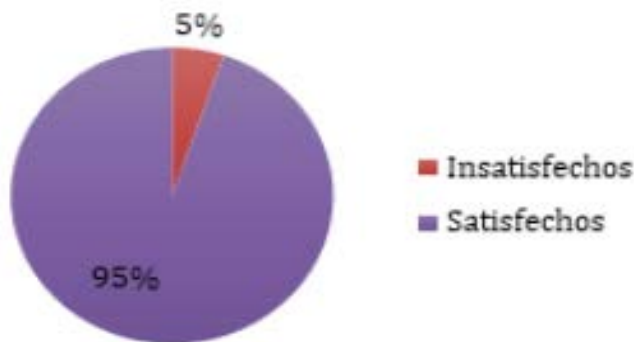
## Relación entre insatisfacción corporal e IMC

Se realizó una correlación de Spearman para examinar la relación entre la insatisfacción corporal y el IMC. Los resultados indicaron una correlación positiva significativa ( $r = 82.62$ ,  $p = .001$ ), lo que indica que a medida que el IMC aumenta, también lo hace la insatisfacción corporal en los adolescentes participantes.

## Insatisfacción corporal promusculatura

Para identificar a los adolescentes con insatisfacción corporal relacionada con la musculatura, se utilizó un punto de corte en la Escala de obsesión por la musculatura (DMS). Como se observa en la Gráfica 5, 5% de los participantes se ubicó en riesgo de desarrollar DM, lo que revela un deseo insatisfecho de aumentar su musculatura.

**Gráfica 5. Distribución porcentual de los participantes con insatisfacción corporal promusculatura**



Fuente: elaboración propia.

## Obsesión por la musculatura

En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en los factores del DMS entre los participantes satisfechos y aquellos insatisfechos con su musculatura. De acuerdo con la prueba  $t$  de Student, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación total del DMS, siendo más altas en los participantes con insatisfacción corporal relacionada con la musculatura. Sin embargo, no se encontraron diferencias

significativas en los factores específicos de obsesión por la musculatura, uso de suplementos y adherencia al entrenamiento.

**Tabla 1. Comparación entre participantes con Insatisfacción corporal promusculatura y satisfechos en los factores del DMS**

	<i>Insatisfechos</i> <i>n= 15</i>		<i>Satisfechos</i> <i>n= 292</i>		t	p
	X	D.E.	X	D.E.		
Total del dms	56.6	3.4	28.3	9.4	11.9	.001
Obsesión por la musculatura	4.3	.66	2.1	.90	9.6	.369
Uso de suplementos	2.9	.90	1.5	.69	7.5	.152
Adherencia al entrenamiento	3.7	1.2	1.9	.83	8.2	.060

Fuente: elaboración propia.

### Conductas alimentarias de riesgo

Para medir las CAR, se utilizó el EAT-26. En la tabla 2 se muestra la comparación entre los participantes satisfechos e insatisfechos en los distintos factores del EAT-26. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en los factores de bulimia, preocupación por ser delgado y presión social para comer, siendo más altos en los adolescentes insatisfechos con su musculatura. En el factor dieta, no se observaron diferencias significativas entre los grupos.

**Tabla 2. Comparación entre participantes con Insatisfacción corporal promusculatura y satisfechos en el EAT-26**

	<i>Insatisfechos</i> <i>n= 15</i>		<i>Satisfechos</i> <i>n= 292</i>		t	p
	X	D.E.	X	D.E.		
Bulimia	4.9	.97	5.5	.49	4.2	.001
Dieta	4.3	1.2	4.7	.84	1.8	.116
Preocupación por ser delgado	3.7	1.4	4.7	.95	4.3	.015
Presión social para comer	4.3	1.4	5.0	.91	2.4	.004

Fuente: elaboración propia.



## DISCUSIÓN

Este estudio logró alcanzar su principal objetivo, que consistió en evaluar la relación entre la insatisfacción corporal, las CAR y la obsesión por la musculatura en adolescentes varones.

Uno de los hallazgos más importantes fue que más de 67.2% de los adolescentes en la muestra presentó un peso normal según el IMC, mientras que 6.2% tenía algún grado de delgadez, 18.2% tuvo sobrepeso y 7.8% fueron clasificados con obesidad. Al analizar la percepción de la IC de acuerdo con estas categorías de IMC, se encontró que, en todas ellas, había un grado considerable de insatisfacción corporal. Los adolescentes manifestaron tanto el deseo de ser más delgados como el de ser más robustos.

En los adolescentes con sobrepeso y obesidad, se observó un porcentaje mayor de individuos que deseaban ser más delgados (9.7 y 4.5%, respectivamente), mientras que aquellos con bajo peso manifestaron un mayor deseo de ser más robustos (2.9%). Sorprendentemente, incluso entre los participantes con normopeso, una proporción considerable expresó insatisfacción con su cuerpo, con 18.5% deseando ser más delgado y 22.4% queriendo ser más robusto. Esto sugiere que, independientemente de su IMC, los adolescentes varones tienden a tener una IC diferente a la real, lo que podría estar vinculado a los ideales estéticos promovidos en la sociedad actual.

La correlación significativa entre el IMC y la insatisfacción corporal ( $r = 82.62$ ,  $p = .001$ ) apoya la idea de que, a medida que aumenta el IMC, también lo hace la insatisfacción con la propia imagen. Investigaciones previas, como la de Trejo et al. (2010), han explorado esta disonancia entre la percepción de la IC y el IMC real en varones, sugiriendo que no siempre existe una correspondencia entre ambos. Por otro lado, Philips & Drummond (2001) indicaron que la musculatura y la delgadez son los atributos más valorados en términos de estética masculina, lo cual podría explicar por qué los varones desean una figura que no siempre coincide con su constitución actual.

Nuestros resultados también concuerdan con estudios como el de Bottamini & Ste-Marie (2006), quienes señalaron que el deseo de ganar masa muscular no debe confundirse con la búsqueda de una imagen hipermusculosa. La mayoría de los varones tiende a aspirar a un cuerpo en forma que no necesariamente refleja su condición física actual, pero que tampoco alcanza el nivel de un trastorno relacionado con la hipermusculación.

## Insatisfacción corporal y obsesión por la musculatura

Se observó que 5% de los participantes presentaba insatisfacción corporal promusculatura, lo cual los colocaba en riesgo de desarrollar DM. Este hallazgo es consistente con estudios previos que han utilizado la misma escala para tamizaje. Mancilla et al. (2006), por ejemplo, encontraron que 5.5% de varones mexicanos manifestaba insatisfacción corporal. Por su parte, Vázquez et al. (2005) reportaron que 6.6% de niños y 11.9% de jóvenes mostraban algún grado de insatisfacción corporal, mientras que Villareal (2015), en una muestra de adolescentes, observó que 8% estaba en riesgo de desarrollar obsesión por la musculatura.

Estudios recientes, llevados a cabo en el estado de Hidalgo, como el de Arellano-Pérez et al. (2019), identificaron riesgos similares en adolescentes, señalando que aquellos con IMC normal tenían un mayor riesgo de obsesión por la musculatura, mientras que los adolescentes con obesidad presentaban más riesgo de desarrollar CAR.

## Conductas alimentarias de riesgo

En cuanto a las CAR, los adolescentes con insatisfacción corporal promusculatura obtuvieron puntuaciones más altas en factores como bulimia, preocupación por ser delgado, y presión social para comer, lo que sugiere una relación entre la insatisfacción corporal y comportamientos alimentarios alterados. Esto es preocupante, ya que las CAR podrían convertirse en trastornos alimentarios si no se detectan y tratan a tiempo.

## CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio resaltan la importancia de prevenir las consecuencias de una IC negativa en adolescentes varones. Es claro que un número significativo de estos jóvenes ha modificado sus hábitos de alimentación y ejercicio con la intención de mejorar su composición corporal y, en consecuencia, su imagen. Sin embargo, una parte considerable de esta población está en riesgo de desarrollar trastornos relacionados con la IC, como la DM.

Por lo anterior, se subraya la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas desde edades tempranas que aborden estos riesgos. Es fundamental ofrecer a los adolescentes varones programas educativos que les permitan crear una percepción corporal saludable y evitar las conductas de riesgo asociadas a la insatisfacción con su imagen. Asimismo, se requiere un enfoque integral que incluya tanto a las instituciones educativas como a las familias y a los profesionales de la salud para garantizar una intervención efectiva y oportuna.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Fourth Edition Text Revision). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Panamericana.
- Amsterdam, J. U., Opperhuizen, A., & Hartgens, F. (2010). Adverse health effects of anabolic-androgenic steroids. *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, 57, 117-123.
- Antón, V. (2015). *Prevalencia de dismorfia y prácticas de riesgo asociadas a la misma en jóvenes de sexo masculino que practican musculación no competitiva*. <http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/1/4/TFN613.7%20An88.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Arellano, O., Vázquez, M., Fernández, T., & Saucedo-Molina, T. (2019). Drive for muscularity and disordered eating behaviors and its relationship with anthropometric indicators and physical activity in Mexican adolescent men. *Eat Weight Disord*, 24(4). doi: 10.1007/s40519-019-00736-2
- Ariza, P., e Infante, M. (2016). *Instagram: cuerpos transformados*. [Tesis de licenciatura. Pontificia Universidad Javeriana Bogotá]. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/35897>
- Baile, J. (2004). *IC: Perspectiva psicológica*. ACD.
- Baile, J. (2005). ¿Qué es la IC? Cuadernos del Marqués San Adrián. *Revista de humanidades*, (2), 53-70: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2010565&orden=69567&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=2010565>
- Behar A., R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(4), 319-334. [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272010000500007&script=sci_arttext)

- Bottamini, G., & Ste-Marie, D. M. (2006). Male voices on body image. *International Journal Mens Health*, 5(2), 109-32. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true%7B&%7Ddb=cin20%7B&%7DAN=2009346389%7B&%7Dsite=ehost-live%7B&%7Dscope=site>
- Cafri, G., Olivardia, R., & Thompson, J. (2008). Symptom characteristics and psychiatric comorbidity among males with muscle dysmorphia. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 374-379. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010440X08000096?token=33F3C2A18FBFFC1DC74C6DF53433C33295F6F2B162FBC4160003463529D30418394DAB62394B792BE37923364D143DFD&originRegion=us-east-1&originCreation=20220725144646>
- Canchala, E., y Jacqueline, X. (2015). Disfunciones familiares que tienen una influencia directa en la depresión, en los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del área de salud no. 9 [Tesis de licenciatura. Universidad Central del Ecuador]. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7555/1/T-UCE-0007-291c.pdf>
- Cash, T. F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology Science Practice*, 12(4), 438-442.
- Centers for Disease Control and Prevention (2022). *Acerca del índice de masa corporal para niños y adolescentes*. [https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens\\_bmi/acerca\\_indice\\_masa\\_corporal\\_ninos\\_adolescentes.html#:~:text=El%20%3%ADndice%20de%20masa%20corporal,pueden%20provocar%20problemas%20de%20salud.](https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/assessing/bmi/childrens_bmi/acerca_indice_masa_corporal_ninos_adolescentes.html#:~:text=El%20%3%ADndice%20de%20masa%20corporal,pueden%20provocar%20problemas%20de%20salud.)
- Cortez, D., Gallegos, M., Jiménez, T., Martínez, P., Saravia, S., Cruzat-Mandich, Z., Díaz-Castrillón, F., Behar, R., y Arancibia, M. (2016). Influencia de factores socioculturales en la IC desde la perspectiva de mujeres adolescentes. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2). [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-15232016000200116](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232016000200116)
- Chung, B. (2001). Muscle dysmorphia: a critical review of the proposed criteria. *Perspective Biological Medicine*, 44(4), 565-574.
- Cruz, R., Ávila, M., De la Cruz, M., Vázquez, R., y Mancilla, J. (2008). Restricción alimentaria y conductas de riesgo de trastornos alimentarios en estudiantes de Nutrición. *Psicología y Salud*, 18(2), 189-198.
- Escoto, C., Álvarez, G., Mancilla, J., Camacho, R., Franco, K., & Juárez, S. (2013). Psychometric properties of the Drive for Muscularity Scale in Mexican males. *Eating Weight and Disorders*, 18(1), 23-28.

- Gómez P, G. (1997). Alteraciones de la IC en una muestra de escolares mexicanos púberes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez, G. y Acosta G., M. V. (2000). IC como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: Una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11(1), 35-58.
- Gómez, G., Pineda, G., Lésperance, L., Hernández, A., León, H., y Platas A. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria restrictiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(2), 117-126.
- Gómez-Peresmitré, G., Saucedo-Molina, T., y Unikel, C. (2001). IC en los trastornos de la alimentación: La psicología social en el campo de la salud. En Calleja, N., y Gómez-Peresmitré, G. (Comp.). *Psicología social: investigación y aplicaciones en México*. Fondo de Cultura Económica.
- González, I., Fernández, J. G., Contreras, O. R., y Sokolova, M. (2018). Dismorfia Muscular: detección del uso-abuso de esteroides anabolizantes androgénicos en una muestra española. *Adicciones*, 30(4), 243-250. <https://doi.org/10.20882/adicciones.853>
- Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E., & Sb, A. (2010). Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Archives of Pediatric Adolescences Medicine*, 164-336.
- Hay, G. G. (1970). Dymorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 116, 399-406.
- Hernández, A. (2017). Detección de síntomas de dismorfia muscular en atletas [Tesis de doctorado. Universidad de Castilla la Mancha]. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/16479/TESIS%20Hern%C3%A1ndez%20Mart%C3%ADnez,%20Andrea.pdf?sequence=1>
- Hernández, A., González, I., y Contreras, O. (2017). La dismorfia muscular en diferentes deportes: fútbol, gimnasia, halterofilia, natación y triatlón. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(2). <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/16352>
- Janet, P. (1903). *Les obsessions et la psychasténie*. Felix Alcan.
- Kaplan, R.Y., Rosell, S.L., Enticott, P.G., & Castle, D. J. (2013). Own-body perception in body dysmorphic disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18(6), 594-614. doi:10.1080/13546805.2012.758878
- Klonoff, E., & Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: Implications for health behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 497-508. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/BF00844819.pdf>

- Lantz C., D., Rhea D., J., & Cornelius A., E. (2002). Muscle dysmorphia in elite-level power lifters and bodybuilders: a test of differences within a conceptual model. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 16, 649-655.
- Lopez, J., y Treasure, J. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria en adolescentes: Eating Disorders in adolescents: Description and management. *Revista Médica de la Clínica Condesa*, 22(1), 85-97.
- Lugo, N. (2019). *Obesidad en los adolescentes: Un factor socio cultural de nuevos estilos en el consumo de alimentos*. <https://fts.uas.edu.mx/wp-content/uploads/2020/05/NANCY-VANNESA-LUGO-MEDINA.pdf>
- Lugo-Salazar, K., & Pineda-García, G. (2019). Propiedades psicométricas del Test de Actitudes Alimentarias (EAT-26) en una muestra no clínica de adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 19(2), 1-16. <https://doi.org/10.18270/chps.v19i2.3141>
- Mancilla D., J. M., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez R., G., Franco P., K., Vázquez A., R., López A., X., y Acosta G., M. U. (2006). Trastornos del Comportamiento alimentario en México. En: J. M., Mancilla D. y G., Gómez Pérez-Mitré (eds). *Trastornos Alimentarios en Hispanoamérica*. Manual Moderno, pp. 123-167.
- Mayo Clinic (13 de diciembre de 2022). *Trastorno Dismórfico Corporal*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/body-dysmorphic-disorder/symptoms-causes/syc-20353938#:~:text=Descripci%C3%B3n%20general,ser%20visto%20por%20los%20dem%C3%A1s>
- McCreary, D. R., & Sasse, D. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American College Health*, 48, 297-304.
- Merlo, Y. (2019). *Prevalencia de pacientes con TDC en Hospital Otorrinofarmacológico de la Caja Nacional de Salud en el cuarto bimestre del año 2019*. <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/25062/TM-1721.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moreira, J., y Sanches, K. (2016). Prevalencia de transtorno dismórfico muscular em homens adultos residentes na fronteira oeste do Rio Grande do Sul. *Revista Brasileira de Nutrição Esportiva*, 10(58). <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA504724403&sid=google Scholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=19819927&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E62bd7729>
- Moreno, A., Sánchez, R., Duarte, J. M., Camastra, G., y Vivas, S. C. (2017). Dismorfofobia: un motivo de consulta oculto en dermatología. *Revista Argentina de Dermatología*, 98(4), 1-10. [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-300X2017000400007](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2017000400007)

- Morselli, E. (1886). Sulla dismorfofobia e sulla tafefobia. *Nollentino della Accademia di Genova*, 6, 110-119.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf;jsessionid=06A62E070B160D11FCE6CACED696B9B2?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=06A62E070B160D11FCE6CACED696B9B2?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2022). *BMI-for-age(5-19years)*. <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>
- Orrit, G. (2019). *Dismorfia Muscular: Factores de riesgo y protectores en adolescentes*. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=9wbwoh3hlmM%3D>
- Ortega Aguilar, E. (2008). *Evaluación del impacto de un programa de prevención primaria sobre factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en púberes mujeres de 12 a 14 años de una secundaria pública de Pachuca, Hidalgo*. [Tesis de Maestría. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/handle/231104/1698>
- Philips, J., & Drummond, M. (2001). An investigation into the body image perception, body satisfaction and exercise expectations of male fitness leaders: implications for professional practice. *Leis Studies*, 20(2), 95-105. <http://www.informaworld.com/10.1080/02614360121879>
- Pope, A., Mchale, S., y Craighead, W. (1996). *Mejora de la autoestima*. Barcelona.
- Pope, H. & Katz, D. (1987). Bodybuilder's psychosis. *Lancet*, 1(8537), 863-870.
- Pope, H., Gruber, A. J., Mangweth, B., Benjamin, B., De Col, C., Jouvent, R., & Hudson, J. I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1297-1301.
- Pope H., Katz, D., & Hudson J. (1993). Anorexia nervosa and "reverse anorexia" among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/0010440X9390066D?token=03DFA7E05D81FA5920E7082F9DAECDC39D5B491F7D5B3E0E01A604447E4FD0FE61CA941EBA484C1323678D16B8EABA14&originRegion=us-east-1&originCreation=20220725143255>
- Raich, R. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la IC. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 15-27. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1261/1144>

- Rodríguez, B., Oudhof, H., González, A., López, I., Unikel, C., y Becerril, M. (2008). CAR: prevalencia en mujeres de nivel superior del Estado de México. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 6, 159-170.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3(1), 32-37. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.3.1.32>.
- Santos M., J. (2022). *Psicopatología de la IC*. [https://www.researchgate.net/profile/Jose-Santos-Morocho/publication/358128769\\_Psicopatologia\\_de\\_la\\_imagen\\_corporal\\_definiciones\\_alteraciones\\_teorias\\_y\\_evaluacion/links/61f1709ec5e3103375c170b6/Psicopatologia-de-la-imagen-corporal-definiciones-alteraciones-teorias-y-evaluacion.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jose-Santos-Morocho/publication/358128769_Psicopatologia_de_la_imagen_corporal_definiciones_alteraciones_teorias_y_evaluacion/links/61f1709ec5e3103375c170b6/Psicopatologia-de-la-imagen-corporal-definiciones-alteraciones-teorias-y-evaluacion.pdf)
- Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Pearson. Prentice Hall.
- Trejo, M., Ortiz, T., Veloz, D. C., Solís, F., Mollinedo, F., y Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la IC asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. Dissatisfaction with body shape associated to the Body Mass Index in adolescents. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144-154.
- Unikel Santoncini, C., Nuño Gutiérrez, B., Celis de la Rosa, A., Saucedo Molina, T. J., Trujillo Chi, V., García Castro, F., y Trejo Franco, J. (2010). CAR: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de Investigación Clínica*, 62(5), 424-432. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>
- Vargas, W. V. (2017). *Prevención de Conductas de Riesgo Relacionadas con Insatisfacción Corporal en Hombres Adolescentes*. [Tesis de Maestría. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2613/Prevencion%20de%20conductas%20de%20riesgo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Mateo, C., Álvarez, G., y Ruíz, A. (2005). Trastornos del comportamiento alimentario y factores de riesgo en una muestra incidental de jóvenes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(1), 53-63.
- Villareal M. (2015). *Evaluación de un programa de prevención de factores de riesgo asociados a Dismorfia Muscular en estudiantes de una preparatoria pública de Pachuca, Hidalgo*. [Tesis de Maestría. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo].



# ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES

*Silvia Platas Acevedo\**  
*Gilda Gómez Peremitre\**  
*Gisela Pineda García\*\**  
*Rodrigo León\*\*\**  
*Andrea Ramos Sánchez\*\*\*\**

## INTRODUCCIÓN

La imagen corporal (IC) es un tema relevante e imperante durante la etapa de la adolescencia. En este período de desarrollo, los jóvenes experimentan cambios físicos significativos y comienzan a formar su identidad personal. La percepción que tienen de su propio cuerpo puede influir en su autoestima, su bienestar emocional y su salud en general. En los últimos tiempos, la IC durante la adolescencia ha sido señalada un problema de salud pública, ya que se ha observado que está asociada a una serie de conductas negativas para la salud. Muchos adolescentes se sienten presionados por los estándares de belleza idealizados y desarrollan una insatisfacción con su propio cuerpo al no poder alcanzar estos ideales. Esta insatisfacción con la IC puede llevar a la adopción de conductas alimentarias inapropiadas, como seguir dietas restrictivas o desarrollar trastornos alimentarios. Además, puede generar preocupación insistente por cómo se ve la persona físicamente, afectando tanto el bienestar emocional como la calidad de vida de los adolescentes. Por lo anterior, resulta crucial comprender y abordar la imagen corporal en esta etapa de la vida.

---

\* Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

\*\* Facultad de Medicina y Psicología, Universidad Autónoma de Baja California.

\*\*\* Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnología.

\*\*\*\* Escuela de Trabajo Social, Universidad Nacional Autónoma de México.

## IMAGEN CORPORAL

Es la percepción que tiene la persona sobre la propia imagen del cuerpo. La IC es la forma en que se representa nuestro cuerpo a sí mismo, y se encuentra influenciada por múltiples factores que pueden ser biológicos, individuales, culturales, sociales e históricos (Cash & Smolak, 2011; Vaquero-Cristóbal *et al.*, 2013).

La IC se puede entender como una representación visual que cada persona guarda en su mente sobre cómo se ve su cuerpo, junto con las actitudes y emociones que tiene con respecto a esta imagen corporal. Por ello, la IC no siempre se asemeja con lo que se ve u otros ven, pues está permeada de subjetividad. No es estática, pues de acuerdo con la etapa y el momento que se vive se irá modificando (Gómez-Peresmitré *et al.*, 2013).

Son tres los diferentes componentes vinculados al constructo multidimensional de la IC: el perceptivo, el cognitivo-afectivo y el conductual (Cash & Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990). El cognitivo-afectivo incluye los sentimientos, actitudes y valoraciones que el propio cuerpo genera. Este sentimiento de valoración personal depende de cómo uno percibe su imagen corporal, y es importante tener en cuenta que cada persona lo construye según su propia historia de vida, su entorno y el ideal que pretende alcanzar.

La construcción de la autoimagen comienza desde la infancia y se va desarrollando a lo largo de la adolescencia. Durante este proceso, las interacciones y vinculaciones que se establecen con las figuras más significativas, como padres, familiares y amigos, tienen un gran impacto en cómo cada individuo se valora a sí mismo. Si un niño o adolescente ha experimentado relaciones positivas, de apoyo y afecto, es probable que tenga una autoimagen saludable y se valore a sí mismo de manera positiva. Por otro lado, si las interacciones han sido negativas, abusivas o desvalorizantes, es más probable que se tenga una autoimagen negativa y baja autoestima. La autoimagen tiene un efecto directo en las acciones, pensamientos y sentimientos de una persona. Si alguien se valora a sí mismo y tiene una autoimagen saludable, es más probable que se sienta seguro, capaz y tenga una actitud positiva hacia sí mismo y hacia los demás. Esto suele manifestarse en la búsqueda de metas personales, la toma de decisiones asertivas y el establecimiento de relaciones saludables. Por el contrario, si alguien tiene una autoimagen negativa, es posible que se sienta inseguro, incapaz y tenga una actitud negativa hacia sí mismo. Esto puede llevar a acciones autodestructivas, pensamientos negativos y sentimientos de inferioridad. Estas características aumentan

la vulnerabilidad de la persona a enfrentar dificultades emocionales y problemas de salud mental.

El componente conductual hace referencia a las conductas causadas por la propia percepción corporal y los sentimientos que se generan, los cuales pueden llevar a conductas exhibicionistas o evitativas (en donde se expone el propio cuerpo ante los demás), y si a lo largo de su vida la persona ha logrado estar satisfecha o insatisfecha con su cuerpo (Raich, 2000, Vaquero-Chistóbal et al., 2013, Bosco y Burell, 2001, Sepúlveda et al., 2004).

Finalmente, el componente perceptivo es responsable de evaluar las dimensiones, el peso y la configuración física de las diferentes partes del cuerpo, pues al estar involucrados aspectos como actitudes, cogniciones y valoraciones del cuerpo, principalmente tamaño y peso, así como partes corporales específicas o la apariencia, todo esto lleva a sentirse satisfecho o insatisfecho, y a su vez genera que se perciban sobreestimaciones o subestimaciones, además de preocupación excesiva por la IC (Raich, 2000).

La autopercepción del cuerpo es la forma en que cada persona cimienta mentalmente la representación de su propio cuerpo, que puede acercarse o alejarse de un ideal, o incluso tomar direcciones muy distintas. La realidad física es la principal fuente de información en la interacción social. Aunque la IC y la apariencia física son dos conceptos diferentes, están relacionadas entre sí y es importante comprender la diferencia entre ambos. Baile (2002) señala que la autopercepción corporal tiene diferente importancia en el hombre y la mujer, ya que persiguen ideales distintos; sin embargo, la mayoría de las veces para alcanzarlos realizan conductas dañinas que implican riesgos para la propia integridad.

Al estudiar la IC es importante distinguir dos elementos esenciales: la forma en que se percibe el propio cuerpo y la concepción o idea acerca de cómo. La primera tiene que ver con el tamaño en que se percibe el cuerpo, pues en ocasiones se observa más grande de lo que es, o viceversa; esto lleva a la sobreestimación o subestimación corporal, y la concepción se encamina a la autoestima corporal; es decir, qué tan satisfecho o insatisfecho se está con el propio cuerpo (Mendieta-Izquierdo, 2014). La IC puede verse afectada de dos maneras, la primera cuando se da una distorsión de ésta, es decir, cuando hay una sobreestimación o subestimación de la IC, lo cual indica cierto grado de patología porque el individuo se aleja de la percepción real de su cuerpo; esto es característico de una persona anoréxica, quien tiende a

percibirse con sobrepeso (Olson & Zanna, 1990). La segunda es el factor satisfacción/insatisfacción, que es una discrepancia entre la figura actual y la ideal, este factor constituye la dimensión evaluativa predominante, y es una de las variables moderadas más importantes (Gómez-Peresmitré, 1997, 1998).

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma del cuerpo actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibido por el individuo (Williamson & Delin, 2000). Los cambios en la percepción de la IC y la insatisfacción con el propio cuerpo son predictores significativos en la gestación de problemas de salud, como aquellos relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Las percepciones y experiencias de la IC difieren tanto para los niños como para las niñas durante la adolescencia. Diversos estudios indican que ellas experimentan índices más elevados de insatisfacción corporal (Eisenberg et al., 2003; Lawler y Nixon, 2011; Kantanista et al., 2015; Xu et al., 2010).

## CONCEPTUALIZACIÓN DE LA IC

La IC es un resultado del aprendizaje gestado en las experiencias de vida. Las interacciones entre los diferentes factores neurofisiológicos, socioculturales y cognitivos contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la imagen corporal (Irvine et al., 2019). Diferentes factores como el género, la moda, los grupos de pares, las influencias educativas y familiares, la socialización en evolución y las alteraciones físicas (crecimiento del cabello, acné, desarrollo de los senos, menstruación, entre otras) colocan a los niños y adolescentes en un territorio desconocido con imágenes corporales vulnerables.

La socialización primaria tiene lugar temprano en la vida, y los niños en los primeros años se vuelven conscientes de su género, desde pequeños les imponen normas sociales, como la competitividad y el atletismo para los hombres, así como la belleza para las mujeres. Cuando los niños se percatan de la apariencia de su cuerpo, buscan influir en sus padres con el fin de obtener admiración y aprobación. Esta necesidad de aprobación crece al comenzar la escuela, exhibiendo una demanda de aceptación social.

Cash & Pruzinsky (1990) señala que la IC es un comportamiento aprendido; sin embargo, Smolak & Levine (2001) mencionan que los niños se centran en la apariencia, en el contexto de los juguetes con los que juegan, como las muñecas Barbie, que a pesar del tiempo han perdurado hasta las nuevas generaciones con un modelo ideal delgado. Conforme los niños crecen y socializan, comienzan a compararse con otros niños, especialmente con respecto a la apariencia; la forma del cuerpo se vuelve una consideración cada vez más importante, y va definiendo el comportamiento de los jóvenes.

El índice de masa corporal (IMC) en las y los adolescentes es uno de los principales factores de la alteración de la imagen y la insatisfacción corporales; estudios han demostrado que adolescentes delgados indican mayor satisfacción corporal, contrario a quienes padecen sobrepeso u obesidad mencionan estar insatisfechos con su IC (Trejo et al., 2010); asimismo, se encuentra relacionada con elementos emocionales y la autoestima. El IMC también es considerado un elemento para conocer la sobreestimación o subestimación que los adolescentes presentan; por lo tanto, es un punto de corte para conocer las diferentes formas en las que se autoperciben.

Se han establecido múltiples estilos y criterios de belleza a lo largo de la historia, lo que demuestra que la preocupación y relevancia de la imagen corporal y su aceptación no se limita a una región o período específico. Sin embargo, el problema surge cuando el deseo de cumplir con estos estándares establecidos y la obsesión por la IC llevan al desarrollo de comportamientos alimentarios riesgosos.

La adolescencia indica el paso de la niñez a la edad adulta y está asociada a cambios físicos y sociales; es un período crítico en el desarrollo de la IC, ya que se encuentra bajo el impacto de pares y padres. La relación entre padres e hijos tiene un impacto importante en el desarrollo de la insatisfacción con el cuerpo, ya que los padres transmiten mensajes sobre ideales de belleza corporal a sus hijos. Cuando las personas están más contentas con su cuerpo es menos probable que se planteen formas en las que deben adaptarse a ideales de belleza para recibir la aprobación de los demás.

La influencia de los padres en la percepción corporal de los adolescentes es una variable de gran importancia en su autopercepción. Factores como el ambiente emocional y la crianza democrática, en los que los padres brindan calidez emocional, muestran afecto y fortalecen la disciplina de manera justa, contribuyen a que los adolescentes crezcan con seguridad en sí mismos, saludables, con habilidades de inteligencia emocional y una alta autoestima, a diferencia de sus compañeros que son

criados en entornos hostiles. Los padres que no brindan apoyo y critican a sus hijos, se burlan o expresan insatisfacción con el cuerpo de sus hijos tienen un impacto negativo en la IC de los adolescentes (Michael et al., 2014).

En los niños pequeños, la familia influye más que los amigos en el desarrollo de la IC. No obstante, a medida que los niños crecen, dicha influencia se reduce y las respuestas de sus compañeros adquieren mayor importancia que las de la familia. Conforme los adolescentes van madurando, tanto física como emocionalmente, la identificación con el estereotipo de su mismo género se intensifica. Para las niñas, este estereotipo enfatiza la importancia del atractivo físico delgado como una dimensión evaluativa clave del éxito (Lawler y Nixon, 2011; Stice et al., 2000, Tatangelo & Ricciardelli, 2013); mientras que para algunos niños se enfatiza un ideal que resalta una estructura mesomórfica que valora la musculatura sobre la delgadez, como es demostrado en diversas investigaciones (McCreary & Sasse, 2000; Ricciardelli & McCabe 2001; Smolak & Levine, 2001).

Michael et al. (2014) realizaron un estudio donde se examinaron aspectos generales de las relaciones entre pares que podrían estar asociados a las alteraciones de la IC. Los hallazgos revelaron que las adolescentes experimentaron temor a la evaluación negativa por parte de sus pares, lo cual está asociado con problemas de imagen corporal. Por otro lado, en el caso de los hombres, tener buenas relaciones con sus compañeros no se vincula a alteraciones en la IC. Para ambos sexos, tener una buena relación social con sus pares y el temor a una evaluación negativa de su persona está relacionado con la autoestima física (Fox & Farrow, 2009).

Las interrelaciones de padres e hijos en la etapa adolescente resultan de gran importancia para la percepción y creación de la propia imagen de los adolescentes, dado que durante esta etapa se observan y presencian procesos de cambios físicos, emocionales, ideológicos y la búsqueda de identidad; las burlas y el rechazo pueden conducir a una percepción errónea de la IC, lo que afectará la autoestima y la seguridad que posean los adolescentes (Ata et al., 2007; Duno y Acosta, 2019; Michael et al., 2014).

En su estudio, Kenny et al. (2017) examinaron las interacciones entre compañeros y cómo éstas influyen en la percepción de la IC corporal, identificando varias categorías relevantes, entre las cuales se incluyen:

*Modelado de pares:* refiere al anhelo por ser como sus compañeros, donde se engloban dos subcategorías como aquellas razones por las que desean parecerse a sus similares, pues al suceder esto la inclusión es mayor, ya que mantiene la amistad y mejora la aprobación y aceptación entre pares; además, aumenta la autoestima y la confianza en sí mismos, y disminuyen las burlas hacia aquellos que son similares entre sí; aquí también se encuentran las razones por las cuales los adolescentes se comparan con otros: las mujeres lo hacen respecto a su peso y tamaño de la ropa, mientras que los hombres se enfocan al estilo de cabello, musculatura y habilidad deportiva.

*Presión para conformarse:* son las normas de apariencia y expectativas para que los adolescentes cumplan con sus compañeros, cuentan con tres subcategorías: ideales, reglas y motivaciones de apariencia. Los adolescentes enfrentan la presión de adaptarse a los estándares y normas de apariencia mostrada por sus pares, los cuales difieren según el género.

*Comportamientos relacionados con la apariencia:* son aquellas acciones que los adolescentes realizan para encajar en los ideales de apariencia, aquí se encuentran comportamientos que comprometen la salud, como la restricción de alimentos, uso de purgantes, ejercicio excesivo y uso de sustancias para aumentar la musculatura corporal; estos comportamientos relacionados con la apariencia frecuentemente se ejercen como acciones grupales.

*Vigilancia entre pares:* es otro mecanismo de influencia entre compañeros que afecta en cómo se ven a sí mismos y la forma en la que se comportan frente a otros, dando lugar a conductas que estén dentro de las reglas que las y los adolescentes van marcando en su contexto.

*Incumplimiento:* hace referencia a aquellos adolescentes que no buscan obedecer o se desvían de las normas e ideales de apariencia colectivos, por lo que presentan un mayor riesgo de ser objeto de críticas y atención negativa. Las burlas de compañeros ocurren por diversas razones que se relacionan con la apariencia; los adolescentes con sobrepeso u obesidad son quienes más sufren estigmatización y son objeto de burlas y exclusión. La exclusión de pares se da por no cumplir con las reglas e ideales colectivos, nuevamente el exceso de peso corporal es un componente importante para ser excluidos por sus compañeros.

*Las consecuencias para la salud:* derivan de la preocupación excesiva por la IC, puede provocar comportamientos dañinos para la salud, como autolesiones, atracones de comida, aislamiento social, conductas extremas de pérdida de peso o aumento

muscular; dichas acciones y comportamientos provocan en las y los adolescentes la necesidad de encajar en los estándares, por lo que recurren a estas conductas de riesgo que afectan su salud durante esa etapa y en la adultez.

*Influencias positivas de los compañeros:* así como los aspectos negativos intervienen en la IC de los jóvenes, las opiniones positivas también tienen un gran peso entre los pares; así, se identifican dos subcategorías: el estímulo de los compañeros, ya sea para perder peso, ponerse en forma, ser más fuerte o musculoso, representa una influencia positiva entre pares, principalmente en hombres, pues al mostrar un apoyo y acompañamiento durante la pérdida de peso, los adolescentes adquieren la disciplina de manera positiva, así como los elogios, opiniones y consejos de los compañeros.

Para las y los adolescentes, los vínculos que crean en esta etapa resultan de vital importancia, ya que es aquí donde comienzan a comprender la aceptación propia, y por parte de otros y la sociedad les colocan una gran presión por cumplir con estándares y estereotipos no sólo físicos o de belleza, sino también sociales, económicos y políticos, donde se les hace hincapié en que deben conocer y actuar de cierta manera.

Por esta razón, los lazos sociales que buscan integrar se vuelven un pilar en su formación y crecimiento personal; aunado a esto, si los vínculos se dan de manera sana y denotan aceptación estarán creando una red social de apoyo para futuras problemáticas que devienen con la edad, estas redes les servirán para aumentar su autoestima y fomentar la aceptación de su IC, disminuyendo la aparición de diversas alteraciones relacionadas con ésta. Por otro lado, si los adolescentes tienen dificultades para establecer vínculos sociales, es más probable que experimenten una mayor prevalencia y riesgo de desarrollar trastornos de la IC y los problemas asociados, lo cual puede resultar en una falta de aceptación o insatisfacción con su cuerpo.

En ambas esferas sociales, ya sea con sus padres o con los pares, es necesario contemplar otras variables como la violencia, de la cual pueden o no ser víctimas, pues este entorno resulta dañino y con graves repercusiones en el desarrollo de las y los adolescentes.

Como resultado de situaciones conflictivas entre adolescentes y sus padres o compañeros, se desencadenan procesos sociales cuando no se cuenta con una red de apoyo social sólida y bien establecida. Estos procesos pueden incluir violencia, acoso escolar, discriminación, exclusión o aislamiento social, entre otros. Para contrarrestar los efectos y promover un cambio en la autopercepción de la IC del adolescente, es necesario abordar estas cuestiones desde una perspectiva individual, grupal y familiar.



El objetivo es detectar la percepción y la satisfacción de la IC en adolescentes de secundaria, y examinar las diferencias en función del sexo y tipo de escuela.

## METODOLOGÍA

### *Diseño*

El estudio se llevó a cabo utilizando un enfoque de diseño no experimental, de naturaleza transversal y con una muestra no seleccionada aleatoriamente y por conveniencia.

### *Participantes*

Se trabajó con una muestra no probabilística con una  $N = 97$  adolescentes provenientes de escuelas públicas y privadas de nivel medio superior (55 hombres y 42 mujeres); los adolescentes aceptaron participar voluntariamente. La edad de los participantes fue de 11 a 17 años, con una media de 13 (DE. 90). Se excluyó a los adolescentes que manifestaron tener alguna enfermedad y/o se encontraban tomando medicamento.

### *Instrumentos*

Se utilizó un estudio sociodemográfico para obtener información detallada de aspectos como: edad, género y ocupación de ambos progenitores.

*Índice de Masa Corporal:* el IMC de cada estudiante se obtuvo al dividir el peso en kilogramos entre la altura en metros al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

*Imagen Corporal:* para evaluar la satisfacción/insatisfacción con la IC, se presentaron en dos ocasiones nueve figuras que abarcaban un rango de peso, desde el más delgado hasta el obeso (Gómez-Peresmitré et al., 2023). En la primera, se investigó la figura actual, mientras que en la segunda se exploró la figura ideal. Se obtuvo la discrepancia entre ambas figuras, utilizando una fórmula específica. Si la diferencia era igual a cero, indicaba satisfacción con la IC. La discrepancia positiva señalaba insatisfacción

debido al deseo de ser más delgado, mientras que una diferencia negativa demostraba insatisfacción por querer ser más corpulento (Gómez-Peresmitré y Acosta, 2000).

La alteración de la IC se obtuvo a partir de la variación en la percepción de la IC, se midió comparando la figura actual (clasificada en cinco categorías: 1 = muy bajo peso, 2 = bajo peso, 3 = peso normal, 4 = sobrepeso y 5 = obesidad) con el IMC. Si la diferencia era igual a cero indicaba que no había cambios en la percepción corporal. Una diferencia positiva advertía una sobreestimación del cuerpo, mientras que una diferencia negativa expresaba una subestimación corporal.

### *Procedimiento*

Se solicitó la colaboración de los directivos de las escuelas, y se informó a los estudiantes y sus padres el propósito de la investigación y la relevancia de su participación. Se pidió a los estudiantes que participaran de manera voluntaria, previo consentimiento informado, lo anterior de acuerdo con los principios éticos utilizados para la investigación en psicología, especialmente en lo que respecta a procedimientos no intrusivos (SMP, 2002).

### *Análisis estadísticos*

Para obtener los resultados se empleó el software IBM, SSPS versión 22 (IBM, CDMX) diseñado para Windows. Se obtuvieron estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas, y el ANOVA factorial para establecer las diferencias entre la IC de acuerdo con el peso y la prueba t de Student para establecer diferencias de IC por tipo de escuela.

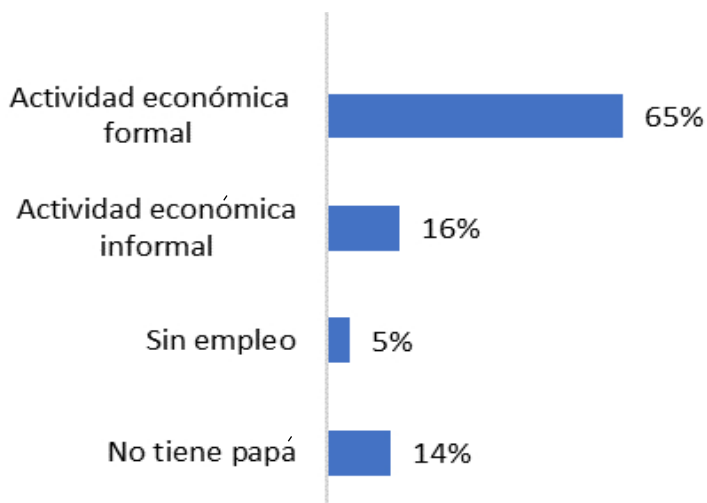
## RESULTADOS

A partir del objetivo general que fue investigar la percepción de la IC y obtener diferencias en función del peso y del tipo de escuela, se llevó a cabo una exploración de algunas preguntas sociodemográficas para obtener información sobre las características

de la muestra. Los análisis estadísticos arrojaron que 57% de los participantes fueron hombres y 43%, mujeres; además, se demostró que 28% de la población pertenecía a escuelas privadas, mientras que 32% asistía a escuelas públicas.

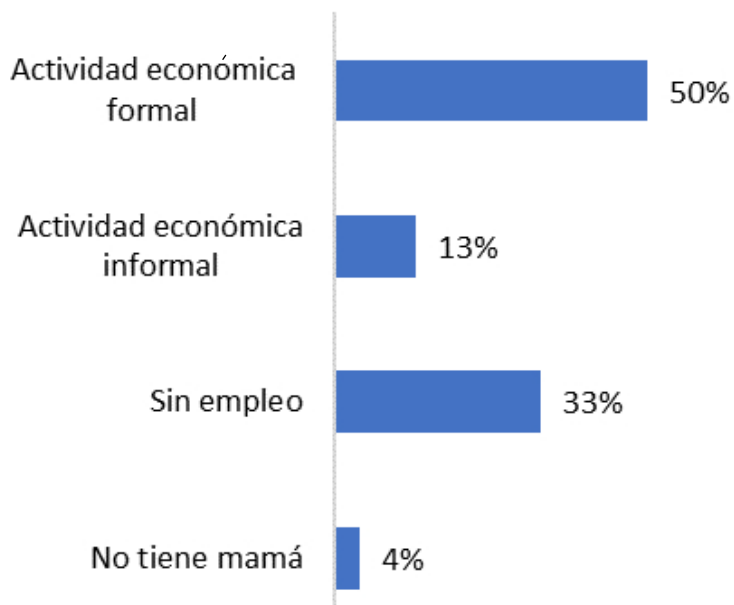
En relación con la ocupación de los padres, como puede verse en las gráficas 1 y 2, los porcentajes mayores fueron en ambos casos (madre y padre) actividad económica formal; es decir, trabajos establecidos y remunerados. En el caso de las madres, 33% no tenía un empleo, mientras que en caso de los hombres sólo 5% no contaba con un trabajo.

Gráfica 1. Distribución por porcentaje de acuerdo con la ocupación del padre



Fuente: elaboración propia.

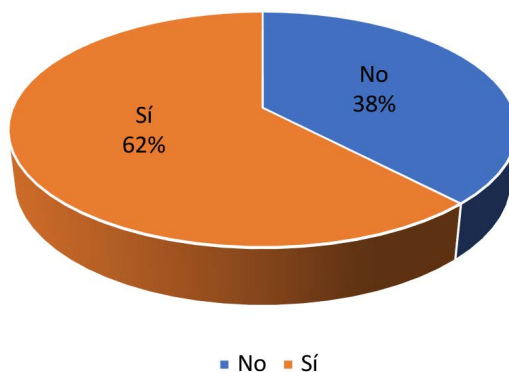
**Gráfica 2. Distribución por porcentaje de acuerdo con la ocupación de la madre**



Fuente: elaboración propia.

Se preguntó a los adolescentes si les preocupaba el peso corporal, la respuesta fue afirmativa (véase la gráfica 3).

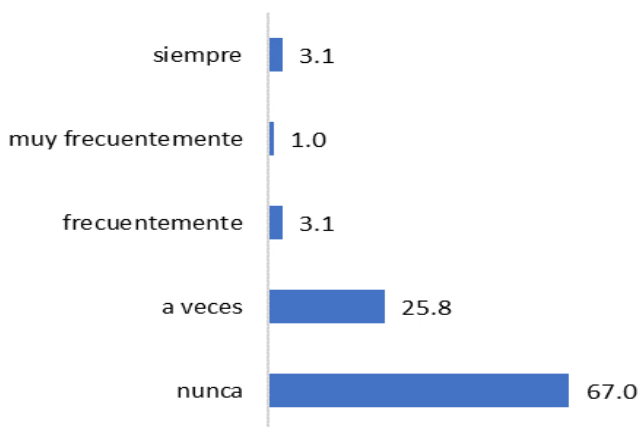
Gráfica 3. Distribución porcentual de acuerdo con la preocupación por el peso corporal



Fuente: elaboración propia.

Asimismo, se preguntó a los adolescentes si se percibían con exceso de peso a pesar de que sus conocidos mencionaban verlos delgados. Como puede verse en la gráfica 4, 26% señaló a veces estarlo y 3% respondió frecuentemente y siempre.

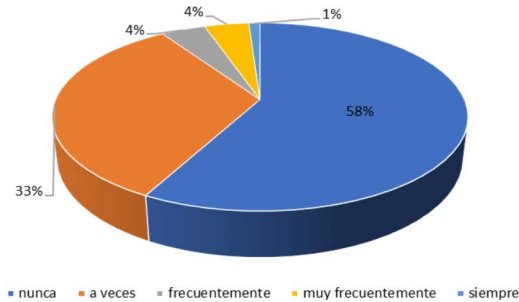
Gráfica 4. Distribución porcentual de la variable Me veo gordo/a a pesar...



Fuente: elaboración propia.

Para la pregunta ¿Me disgusta la forma de mi cuerpo? es importante resaltar que 33% de los participantes eligieron que a veces sienten incomodidad, mientras que 4% eligió la respuesta frecuentemente y muy frecuentemente (véase la gráfica 5).

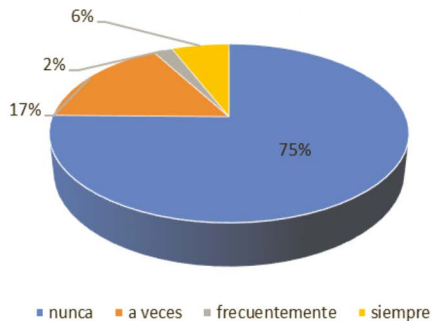
**Gráfica 5. Distribución por porcentaje de acuerdo con disgusto de la forma del cuerpo**



Fuente: elaboración propia.

Para la pregunta ¿Evito verme al espejo?, 17% indicó que a veces realiza esta conducta, mientras que 6% reportó que siempre lo hace. El porcentaje menor fue para la respuesta frecuentemente.

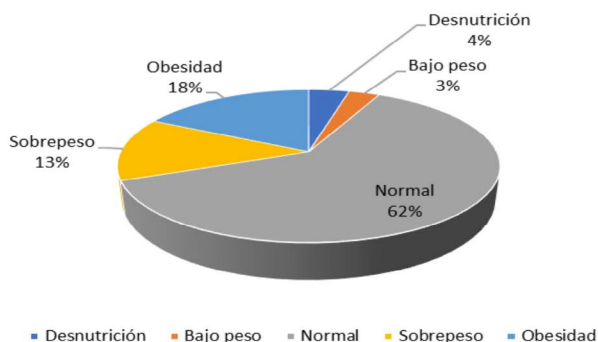
**Gráfica 6. Distribución porcentual de la variable Evito verme al espejo**



Fuente: elaboración propia.

En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC), como puede verse en la gráfica 7, se demostró que 31% de la muestra presentaba un exceso de peso corporal, mientras que para 7% este peso estaba por debajo de lo considerado normal. Estos resultados son consistentes con los datos reportados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut).

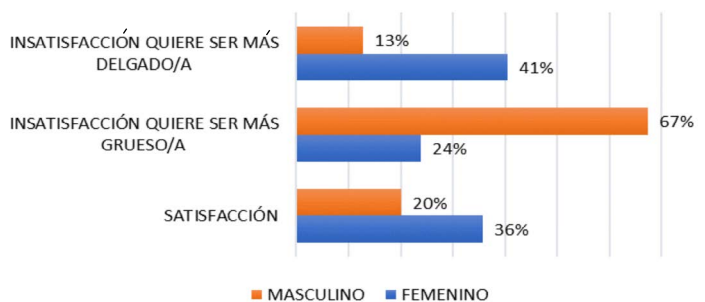
**Gráfica 7. Distribución por porcentaje de acuerdo con el IMC**



Fuente: elaboración propia.

Para la variable Satisfacción/insatisfacción corporal se observó que los porcentajes mayores fueron para la opción Querer estar más delgada para el grupo de mujeres en 41%, mientras que 67% de los hombres desean ser más gruesos. El mayor porcentaje (36%) para la categoría Satisfacción con la IC fue dado por las mujeres (véase la gráfica 8).

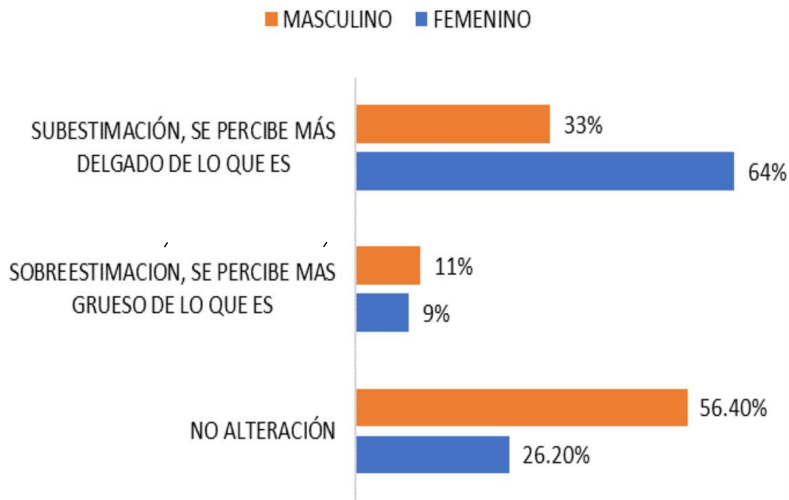
**Gráfica 8. Distribución por porcentaje para Satisfacción/Insatisfacción con la IC**



Fuente: elaboración propia.

Para la variable Alteración de la IC, ésta fue mayor para el grupo de hombres (56%) en su categoría no alterada, con respecto a las mujeres quienes lo hacen en un porcentaje menor (26%). En porcentajes muy similares sobreestiman ambos grupos.

**Gráfica 9. Distribución porcentual de la variable alteración de la IC**



Fuente: elaboración propia.

El análisis de varianza factorial (ANOVA factorial) permitió obtener las diferencias entre los grupos según la categoría de peso corporal (bajo peso, normopeso y peso elevado) en relación con las variables de la IC, Satisfacción-insatisfacción con la IC, Disgusto hacia la forma del cuerpo y Evitar verse en el espejo. Así, se observan diferencias estadísticamente significativas en la variable alteración  $F(2) = 28.5$   $p = .000$ ; y Me disgusta la forma de mi cuerpo  $F(2) = 5.54$   $p = .000$ . Con respecto a la satisfacción con la IC, mostró una probabilidad marginal  $F(2) = 1.40$   $p = .06$ . Sin embargo, las variables Me veo gordo/a y Evito verme al espejo no mostraron diferencias estadísticamente significativas.



Tabla 1. ANOVA Factorial variables imagen corporal por categoría de peso

		<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Satisfacción_ insatisfacción IC	inter grupos	2.80	2	1.40	2.79	.06
	intra grupos	47.15	94	.50		
	Total	49.95	96			
Me disgusta la forma de mi cuerpo	inter grupos	9.09	2	4.54	7.29	.001
	intra grupos	58.57	94	.62		
	Total	67.67	96			
Evito verme en el espejo	inter grupos	4.24	2	2.12	2.08	.131
	intra grupos	95.80	94	1.01		
	Total	100.04	96			
Alteración_IC	inter grupos	32.84	2	16.42	28.55	.000
	intra grupos	54.06	94	.57		
	Total	86.90	96			

Fuente: elaboración propia.

Asimismo, la prueba t para muestras independientes por tipo de escuela, arrojó diferencias estadísticamente significativas para la variable Evito verme al espejo  $t(92)2.7 p = 0.008$ , siendo la media del grupo de escuela pública ligeramente mayor ( $M = 1.57$ ) en comparación con la escuela privada (véase la tabla 2).

**Tabla 2. t de Student para la imagen corporal por tipo de escuela**

		<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig.</i> ( <i>bilateral</i> )	<i>Tipo de Escuela</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>
Satisfacción	varianzas iguales	.006	.93	-.76	95	.44	Privada	27	.88	.69
Insatisfacción	varianzas diferentes			-.78	49	.43	Pública	70	1.01	.73
Me disgusta la forma de mi cuerpo	varianzas iguales	3.246	.075	-1.24	95	.21	Privada	27	1.40	.57
	varianzas diferentes			-1.51	75	.13	Pública	70	1.64	.91
Evito verme en el espejo	varianzas iguales	12.217	.001	-1.85	95	.06	Privada	27	1.14	.36
	varianzas diferentes			-2.72	92	.008	Pública	70	1.57	1.16
Alteración_IC	varianzas iguales	.559	.457	-1.64	95	.104	Privada	27	1.77	.97
	varianzas diferentes			-1.60	45	.115	Pública	70	2.12	.93

Fuente: elaboración propia.

## Discusión

El objetivo principal fue investigar la percepción y la satisfacción de la IC en adolescentes de secundaria, y examinar si existen diferencias de acuerdo con el peso y el tipo de escuela. Los resultados obtenidos en este estudio demuestran un patrón consistente con investigaciones anteriores, en la cual las niñas experimentan una creciente insatisfacción con sus cuerpos durante la adolescencia a medida que se alejan del ideal de delgadez. Por otro lado, los niños tienden a estar más satisfechos conforme se acercan al ideal mesomórfico, como han señalado investigaciones previas (Smolak et al., 2001).

En nuestro estudio actual, hubo diferencias estadísticamente significativas en relación con el IMC y la insatisfacción corporal en los adolescentes, lo cual está en línea con investigaciones previas (Barker & Galambos, 2003; Presnell et al., 2004).

Algunos análisis han señalado que el IMC es un factor constante que permite predecir la insatisfacción corporal sin importar el peso de las personas (Field et al., 2001). Es importante tener en cuenta que el aumento del peso corporal puede alejar el cuerpo del ideal, lo que lleva a la insatisfacción (McCarthy, 1990). Una de las variables que mostraron diferencias fue “Me disgusta la forma de mi cuerpo”, lo cual puede estar directamente asociado con la insatisfacción que experimentan los adolescentes al no cumplir con los modelos de delgadez socialmente presentados como ideales e inalcanzables.

En este estudio, las niñas mostraron índices más altos de insatisfacción corporal que los niños. Nuestros datos sugieren que un número considerable de adolescentes experimenta insatisfacción corporal, y las variables que aumentan el riesgo son similares independientemente del género. Debido a que la insatisfacción corporal es una preocupación presente en los adolescentes y está asociada con una angustia emocional significativa, es importante evaluar la satisfacción o la IC para desarrollar proyectos de intervención adecuados.

## REFERENCIAS

- Ata, R. N., Ludden, A. B., & Lally, M. M. (2007). The effects of gender and family, friend, and media influences on eating behaviors and body image during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(8), 1024-1037. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10964-006-9159-x>
- Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resources factors. *The Journal of Early Adolescence*, 23(2), 141-165. <https://doi.org/10.1177/0272431603023002002>
- Baile, J. I. (2002). *Diseño, construcción y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes*. [Tesis Doctoral, Universidad Pública de Navarra].
- Bosco, J. y Burell V. (Eds.). (2001). *Danza y Medicina: Las actas de un encuentro*. Librerías Deportivas Esteban Sanz, S. L.
- Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention*. Guilford press.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: development, deviance and changes*. Guilford Press.
- Duno, M., y Acosta, E. (2019). Percepción de la imagen corporal en adolescentes

- universitarios. *Revista chilena de nutrición*, 46(5), 545-553. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000500545>
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer D., y Story M. (2003). Asociaciones de burlas basadas en el peso y bienestar emocional entre adolescentes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 733-738.
- Field, A. E., Camargo, Jr, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G.A. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60. <https://doi.org/10.1542/peds.107.1.54>
- Fox, C. L., & Farrow, C. V. (2009). Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying. *Journal of Adolescence*, 32, 12871301.
- Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 14, 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante: “sentirse atractivo” o “ser atractivo”? *Psicología y Ciencias Sociales*, 2, 27-33.
- Gómez Peresmitré, G., y Acosta, M. V. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud* 11(1): 35-58.
- Gómez Peresmitré, G., León, R., Platas, S., Lechuga, H. M., y Cruz, D. (2013). Realidad virtual y psicoeducación. Formatos de prevención selectiva en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4, 23-30.
- Gómez-Peresmitré, G., Platas-Acevedo, R. S., León-Hernández, R., Pineda-García, G., y Guzmán-Saldaña, R. (2023). Psychometric Assessment of an Online Self-Test Measuring Risky Eating Behavior, Depression, Social Anxiety, and Self-Injury in Mexican Adolescents. *International Journal of Environmental. Research Public Health*, 20, 399. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010399>
- Irvine, K. R., McCarty, K., McKenzie, K. J., Pollet, T. V., Cornelissen, K. K., Tovée, M. J., y Cornelissen, P. L. (2019). La imagen corporal distorsionada influye en el esquema corporal en individuos con actitudes corporales negativas. *Neuropsicología*, 122, 38-50. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2018.11.015>
- Kantanista A., Osiński W., Borowiec J., Tomczak M., & Król-Zielińska M. (2015). Body image, BMI, and physical activity in girls and boys aged 14-16 years. *Body Image*, 15, 40-43. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.05.001>

- Kenny, U., O'Malley-Keighran, M.-P., Molcho, M., & Kelly, C. (2017). Peer Influences on Adolescent Body Image: Friends or Foes? *Journal of Adolescent Research*, 32(6), 768-799. <https://doi.org/10.1177/0743558416665478>
- King I. C. C. (2018). Body image in pediatric burns: a review. *Burns & trauma*, 6(12). <https://doi.org/10.1186/s41038-018-0114-3>
- Lawler, M., y Nixon, E. (2011). Insatisfacción corporal entre niños y niñas adolescentes: los efectos de la masa corporal, la cultura de la apariencia de los compañeros y la internalización de los ideales de apariencia. *Revista de Juventud y Adolescencia*, 40, 59-71.
- McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2004). Weight and Shape Concerns of Boys and Men. In J. K. Thompson (Ed.). *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 606-634). John Wiley & Sons, Inc.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 205-215.
- McCreary, D. R., & Sasse, D. K. (2000). An exploration of the drive for muscularity in adolescent boys and girls. *Journal of American college health: J of ACH*, 48(6), 297-304. <https://doi.org/10.1080/07448480009596271>
- Mendieta-Izquierdo, G. (2014). Percepción de cuerpo e imagen corporal masculina: una revisión narrativa. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(1), 17-30. <https://doi.org/10.18270/chps.v14i1.1342>
- Michael, S. L., Wentzel, K., Elliott, M. N., Dittus, P. J., Kanouse, D. E., Wallander, J. L., Pasch, K. E., Franzini, L., Taylor, W. C., Qureshi, T., Franklin, F. A., & Schuster, M. A. (2014). Parental and peer factors associated with body image discrepancy among fifth-grade boys and girls. *Journal of youth and adolescence*, 43(1), 15-29. <https://doi.org/10.1007/s10964-012-9899-8>
- Olson, J. M., & Zanna, M. P. (1990). *Self-inference processes: The Ontario symposium*. Vol. 6, pp. 17-41. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Presnell, K., Bearman, S.K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 389-401.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Ediciones Pirámide.
- Ian C. C. King (2018). Body image in paediatric burns: a review. *King Burns & Trauma*, 6(12). <https://doi.org/10.1186/s41038-018-0114-3>
- Ricciardelli, L. & McCabe, M. (2001). *Self-Esteem and Negative Affect as Moderators of Sociocultural Influences on Body Dissatisfaction, Strategies to Decrease Weight, and Strategies*

- to Increase Muscles Among Adolescent Boys and Girls. Sex Roles, 44, 189-207. <https://doi.org/10.1023/A:1010955120359>*
- Smolak, L., & Levine, M. P. (2001). Body image in children. In J. K. Thompson & L. Smolak (Eds.). *Body image, eating disorders, and obesity in youth: Assessment, prevention, and treatment* (pp. 41-66). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10404-002>
- Smolak, L., Levine, M. P., & Thompson, J. K. (2001). The use of the sociocultural attitudes towards appearance questionnaire with middle school boys and girls. *The International journal of eating disorders, 29*(2), 216-223. [https://doi.org/10.1002/1098-108x\(200103\)29:2<216::aid-eat1011>3.0.co;2-v](https://doi.org/10.1002/1098-108x(200103)29:2<216::aid-eat1011>3.0.co;2-v)
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. Trillas.
- Sepúlveda, A. R., León, J. A., y Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud, 15*(1), 55-74. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180617820003>
- Stice, E., Telch, C. L., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological Assessment, 12*(3), 252. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.12.3.252>
- Tatangelo, G. L., & Ricciardelli, L. A. (2013). A qualitative study of preadolescent boys' and girls' body image: gendered ideals and sociocultural influences. *Body Image, 10*(4), 591-598. doi: 10.1016/j.bodyim.2013.07.006.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Pergamon Press.
- Trejo P. M., Castro D., Facio A., Mollinedo F, Valdez G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería. 26*(3): 144-154. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192010000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300006)
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F, Muyor, J. M., y López-Miñarro, P. Á. (2013). Imagen Corporal; Revisión Bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria, 28*(1), 27-35. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226055004>
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A, McCabe, M. P., & Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image, 7*(2), 156-164. doi: 10.1016/j.bodyim.2009.11.003.
- Williamson, S., & Delin, C. (2000). Young Children's Figural Selections: Accuracy of Reporting and Body Size Dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders, 29*, 80-84.

# IMAGEN E INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LA PERCEPCIÓN DEL IMC SEGÚN EL SEXO

*Mónica Lizbeth Bautista Rodríguez\**  
*Rosalinda Guadarrama Guadarrama\**  
*Marcela Veytia López\**  
*Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza\*\**

## INTRODUCCIÓN

La imagen corporal (IC) es un constructo psicológico que hace alusión a la representación consciente que nuestra mente construye de nuestro propio cuerpo (Moncada, 2010; Schilder, 1935). Actualmente, la estética corporal idealizada en las sociedades occidentales es la esbeltez, en el caso de las mujeres, y para los hombres, la musculatura (López et al., 2018; Bautista-Díaz et al., 2017), representaciones que han sido divulgadas de manera exhaustiva por los medios de comunicación masiva.

La IC puede construirse a partir de la misma representación consciente del cuerpo; sin embargo, puede no estar relacionada necesariamente con la apariencia real, siendo de importancia para su construcción el valor y la actitud que el individuo tiene y hace sobre su propio cuerpo (Rodríguez, 2015; Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Para su definición se han incluido diversas características, encontrando que la IC está determinada socialmente y relacionada con los sentimientos de autoconciencia. Es un concepto volátil y dinámico, el cual es fácilmente modificado en diversas ocasiones a lo largo de la vida. E influye en la forma en que percibimos el mundo a partir de lo que sentimos y pensamos de nuestro cuerpo (Baile, 2003).

La IC se constituye por cuatro aspectos principales: 1) perceptual: observación del cuerpo completo o bien alguna parte en específico; 2) cognitivo: cómo el individuo valora su cuerpo; 3) afectivo: qué actitud y sentimientos tiene el sujeto sobre el cuerpo, y 4) conductual: cómo se comporta la persona respecto a su cuerpo a partir de la percepción que tiene del mismo (De la Serna, 2004; Thompson et al., 2002).

---

\* Instituto de Estudios Sobre la Universidad, Universidad Autónoma del Estado de México.

\*\* Universidad Autónoma de Coahuila.

Algunos autores han concluido que la imagen corporal suele ser más alterable durante la infancia y adolescencia debido a problemas de autoestima derivados de los cambios que experimenta el cuerpo (García-Fernández y Garita-Azofeifa, 2007; López et al., 2018; Trejo et al., 2010; Vaquero-Cristóbal et al., 2013), relacionándose con el inicio de la insatisfacción corporal en la edad temprana. Sin embargo, es importante estudiar las variables en adultos, ya que se ha señalado que un buen estado de salud se relaciona positivamente con mayor satisfacción de la imagen corporal, y al contrario (Urrutia et al., 2010).

La alteración de la imagen corporal sucede cuando los individuos hacen juicios de valor que no coincidan con la forma y tamaño de su cuerpo real (De la Serna, 2004). Generalmente, contrastan su apariencia física con un ideal (León et al., 2018), dando como resultado una autoimagen positiva o negativa.

Entre los factores relacionados con la presencia de insatisfacción corporal se encuentra el IMC (índice de masa corporal) (Olivia-Peña et al., 2016). Inclusive diversos estudios han encontrado relación entre la percepción de la imagen corporal y la presencia de sobrepeso y obesidad (López et al., 2018; Magallares et al., 2016; Olivia-Peña et al., 2016), señalando la asociación entre la silueta corporal con el IMC. Además, se ha demostrado que las siluetas corporales son un instrumento fiable y efectivo para la clasificación del índice de masa corporal (Sánchez-Castillo et al., 2018).

Por lo tanto, debido a la importancia del tema, el objetivo de esta investigación fue determinar la relación existente entre la imagen y la insatisfacción corporal con el IMC en adultos mexiquenses de acuerdo con el sexo.

## METODOLOGÍA

### *Participantes*

El estudio es de tipo observacional, analítico, transversal y retrospectivo. La muestra fue no probabilística, de tipo intencional, obteniendo una muestra total de 452 adultos (170 hombres y 282 mujeres), de entre 30 a 59 años ( $M = 38.91$ ,  $DE = 8.20$ ), residentes de Toluca, Estado de México.



### *Instrumentos*

*Siluetas corporales* de Stunkard, Sørensen, & Schulsinger (1983): permite medir la IC; dicho instrumento consta de nueve siluetas corporales para hombre y mujer, que van desde muy delgadas a muy obesas.

El instrumento permite conocer la imagen actual, la imagen deseada y la discrepancia entre ellas, la cual se interpreta como una medida de insatisfacción de la IC. La discrepancia está dada por la diferencia entre la imagen deseada y la actual, siendo satisfacción cuando existe un valor igual a 0; si la discrepancia tiene numeración positiva, el sujeto desea ser más grande; si la discrepancia muestra numeración negativa, entonces desea ser más delgado.

Para la clasificación del IMC según las siluetas corporales en adultos mexicanos, se utilizaron los parámetros establecidos por Kaufer et al. (2006), los cuales presentan un coeficiente de correlación de 0.7, explicando 49.3% de la varianza en hombres y 58.7% en mujeres:

- Sobrepeso: siluetas 4 a 6
- Obesidad: siluetas 7 a 9

### *Índice de Masa Corporal*

El IMC se calculó a partir de la información autoadministrada (referida) por los participantes; es decir, se preguntó por su peso y estatura actual (en el momento de la recogida de los datos), y se clasificó según las categorías presentadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995). Bajo peso < 18.5 kg/m<sup>2</sup>, peso normal de 18.5 a 24.9 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso de 25.0 a 29.9 kg/m<sup>2</sup>, obesidad tipo 1 de 30.0 a 34.9 kg/m<sup>2</sup>, obesidad tipo 2 de 35.0 a 39.9 kg/m<sup>2</sup> y obesidad tipo 3 mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup>.

### *Procedimientos*

El presente estudio se realizó en muestra adulta mexiquense. Debido a que se hizo durante la pandemia de COVID-19, los datos fueron obtenidos mediante un

formulario de Google Forms, en donde se preguntaba el peso en kilogramos y la estatura en metros. Posteriormente, mediante las siluetas corporales, el participante eligió la que más se parecía a su cuerpo y la que le gustaría que se pareciera su cuerpo. Cabe señalar que se cumplieron los principios éticos marcados para la investigación.

### *Análisis estadísticos*

Los resultados se obtuvieron por medio del paquete estadístico SPSS versión 21. Se utilizó media y desviación estándar como medidas principales de la estadística descriptiva. En el caso de las variables numéricas se usó una correlación de Pearson para el IMC, referido frente al encontrado por las siluetas corporales. Para las variables categóricas se realizó distribución de frecuencias y Chi cuadrada; es decir, para el caso de categorías de IMC, categorías de satisfacción corporal tanto en hombres como en mujeres.

## RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 170 hombres y 282 mujeres, con una media de edad de  $38.91 \pm 8.20$ . En la tabla 1 se observa que la muestra total se encontró en la clasificación de sobrepeso según el IMC referido (de 25.0 a 29.9 kg/m<sup>2</sup>).

**Tabla 1. Características antropométricas e IMC referido**

<i>Variables</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Edad	38.91 ± 8.68	38.91 ± 7.91	38.91 ± 8.20
Peso	76.70 ± 10.90	67.02 ± 12.66	70.66 ± 12.90
Estatura	1.70 ± .06	1.59 ± .06	1.63 ± .08
imc referido	26.46 ± 3.49	26.50 ± 5.07	26.48 ± 4.54

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 2 se observa que, con respecto a la clasificación del estado nutricional, 45.9% de los hombres refieren presentar sobrepeso, mientras que únicamente 17.1% indica tener algún tipo de obesidad (específicamente tipo 1 y 2). Por otro lado, 43.3% de las mujeres señalan que su peso es normal, mientras que 20.2% refirió padecer algún tipo de obesidad, siendo el tipo 1 el más común en la muestra en general.

**Tabla 2. Frecuencias del IMC referido**

<i>IMC</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Bajo peso	1 (0.06%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)
Peso normal	62 (36.5%)	122 (43.3%)	184 (40.7%)
Sobrepeso	78 (45.9%)	103 (36.5%)	181 (40.0%)
Obesidad tipo 1	25 (14.7%)	44 (15.6%)	69 (15.3%)
Obesidad tipo 2	4 (2.4%)	11 (3.9%)	15 (3.3%)
Obesidad tipo 3	0 (0.0%)	2 (0.7%)	2 (0.5%)
<i>Total</i>	<i>170 (100%)</i>	<i>282 (100%)</i>	<i>452 (100%)</i>

Fuente: elaboración propia.

La tabla 3 muestra las frecuencias obtenidas de la discrepancia entre la imagen corporal deseada y la actual. Se observa que, aproximadamente, un cuarto de la muestra total mencionó sentir satisfacción con su cuerpo, siendo los hombres quienes presentaron mayor satisfacción con respecto a las mujeres (27.6% vs. 19.1%). En el caso de la insatisfacción corporal, la mayoría desea tener un cuerpo más pequeño que el percibido actualmente.

**Tabla 3. Frecuencias de satisfacción corporal**

<i>Variables</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Satisfacción	47 (27.6%)	54 (19.1%)	101 (22.3%)
Insatisfacción	123 (72.4%)	228 (80.9%)	351 (77.7%)
Más grande	9 (5.3%)	22 (7.8%)	31 (6.9%)
Más pequeño	114 (67.1%)	206 (73.0%)	320 (70.8%)
<i>Total</i>	<i>170 (100%)</i>	<i>282 (100%)</i>	<i>452 (100%)</i>

Fuente: elaboración propia.

Se observó relación estadísticamente significativa ( $p = .000$ ) entre los valores de IMC referido; es decir, el registrado por los participantes en el cuestionario y el obtenido por las siluetas (tabla 4), a partir de las categorías de Kaufer et al. (2006), mencionadas anteriormente.

**Tabla 4. Correlación entre el IMC referido y el obtenido por las siluetas**

<i>Variables</i>	<i>IMC siluetas</i>		
	Hombre	Mujer	Total
IMC referido	.522 (p=.001)	.556 (p=.001)	.539 (p=.001)

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 5 se observa la asociación entre el IMC referido y el obtenido por el instrumento de siluetas, tanto en hombres como en mujeres. Se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas ( $p = .000$ ).

**Tabla 5. Chi cuadrada para IMC referido y el obtenido por las siluetas**

Hombres ( $x^2 = 52.30$ ; $p = .001$ )				
<i>imc referido</i>	<i>imc siluetas</i>			<i>TOTAL</i>
	<i>Peso normal</i>	<i>Sobrepeso</i>	<i>Obesidad</i>	
Bajo peso	0	1	0	1
Peso normal	6	52	4	62
Sobrepeso	0	48	30	78
Obesidad 1	0	6	19	25
Obesidad 2	0	1	3	4
Obesidad 3	0	0	0	0
<i>TOTAL</i>	6	108	56	170
Mujeres ( $x^2 = 108.25$ ; $p = .001$ )				
<i>imc referido</i>	<i>imc siluetas</i>			<i>TOTAL</i>
	<i>Peso normal</i>	<i>Sobrepeso</i>	<i>Obesidad</i>	
Bajo peso	26	92	3	121
Peso normal	2	73	28	103
Sobrepeso	1	16	27	44
Obesidad 1	0	1	10	11
Obesidad 2	0	1	1	2
Obesidad 3	0	0	0	0
<i>TOTAL</i>	29	183	69	281

Fuente: elaboración propia.

## DISCUSIÓN

En México, 36.0% de la población mayor a 20 años y considerada como adulta tiene sobrepeso, mientras que 38.1% padece obesidad de acuerdo con las prevalencias presentadas por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) (Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2020); es decir, con una prevalencia combinada de 74.1% (entre sobrepeso y obesidad). Los hombres muestran mayor prevalencia de sobrepeso que las mujeres (40.6 y 35.8%, respectivamente); por el contrario, ellas presentan mayores prevalencias de obesidad (40.2 vs. 31.5%) (INSP, 2020).

En los resultados obtenidos en la presente investigación se observa que los participantes hombres refirieron encontrarse en una categoría de sobrepeso. Mientras que la mayoría de las mujeres indicaron situarse entre las categorías de peso normal y sobrepeso de acuerdo con el IMC. Es importante señalar que son ellas quienes tienen mayor distorsión corporal frente a ellos (Bautista-Díaz et al., 2017).

La insatisfacción de la imagen corporal ha tomado importante sentido en la actualidad, pues se ha relacionado con la distorsión del cuerpo, el miedo a tener obesidad y la restricción y percepción al comer (Aceves et al., 2011).

El 77.7% de los participantes del estudio mencionaron tener insatisfacción corporal, con una mayor tendencia a desear un cuerpo más pequeño. Se encontró, además, que las mujeres suelen presentar mayor insatisfacción, resultados que concuerdan con los reportados por Aceves et al. (2011), León et al. (2018), Pérez et al. (2020) y Soto et al. (2015) en población adolescente y universitaria, siendo ésta la más frecuente en el estudio de las presentes variables.

Actualmente, la cultura favorece en muchos sentidos a la imagen corporal estereotipada (Olivia-Peña et al., 2016). El ideal de delgadez en las mujeres y de un cuerpo musculoso en los hombres se ha convertido en un símbolo que se relaciona con el éxito y la independencia (Bautista-Díaz et al., 2017).

Si bien, se ha documentado que aun cuando el IMC es utilizado con mayor frecuencia para el diagnóstico de obesidad, suele clasificar con peso normal a quienes tienen un alto porcentaje de grasa corporal (Bauce, 2022). Sin embargo, se ha encontrado que mantiene una relación significativa con la percepción de la IC. Uribe-Carvajal et al. (2018) estudiaron la percepción del peso corporal y el peso real en adultos mexicanos, en donde concluyeron que más de 90% de la muestra subestimó

su peso. En población adolescente, los estudios muestran una condición similar; es decir, que se perciben con un IMC menor al que tienen en realidad (Pérez et al., 2020; Soto et al., 2015). Situación que resulta cada vez más relevante, puesto que los jóvenes no precisan una percepción real de su cuerpo, la cual va tomando más validez al llegar a la edad adulta.

Los resultados del presente estudio muestran que los participantes perciben su IMC de una manera diferente a la percepción de su imagen corporal, siendo que la mayoría se identifica más delgado en relación con la percepción de su silueta corporal.

El estudio de las variables en población adolescente y universitaria está orientado a la búsqueda de medidas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones psicológicas y de percepción, debido a la vulnerabilidad que presenta dicha población frente a la sociedad. Sin embargo, se sugiere que se indague más en población adulta, puesto que los programas y estrategias de promoción de la salud no tienen que ir dirigidas únicamente con el objetivo de mejorar la percepción de la IC en población joven.

## REFERENCIAS

- Aceves, P. J., García, V. S., y González, P. A. (2011). Insatisfacción de la imagen corporal y autopercepción en adolescentes de una escuela secundaria. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(4), 128-132.
- Baile, A. J. (2003). ¿Qué es la imagen corporal? *Revista de humanidades "Cuadernos del Marqués de San Adrián"*, 2, 53-70.
- Bauce, G. (2022). Índice de masa corporal, peso ideal y porcentaje de grasa corporal en personas de diferentes grupos etarios. *Revista Digital de Postgrado*, 11(1), 2244-2761. DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2022.11.1.e331>
- Bautista-Díaz, M. L., Galván-Juárez, A. K, Martínez-Fernández, I. E., Álvarez-Ríos, A. J., y García-Cruz, R. (2017). Ideal Corporal Masculino: Percepciones de estudiantes universitarios de nutrición. *European Scientific Journal*, 13(26). [doi.org/10.19044/esj.2017.v13n26p1](https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n26p1)
- De la Serna, P. I. (2004). Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 1-2. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1148300>

- García-Fernández, L., y Garita- Azofeifa, E. (2007). Relación entre la insatisfacción de la imagen corporal, autoconcepto físico, índice de masa corporal y factores socioculturales en mujeres adolescentes costarricenses. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*, 5(1), 9-18. DOI: <https://doi.org/10.15517/pensarmov.v5i1.356>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19*. Resultados Nacionales.
- Kaufer-Horwitz, M., Martínez, J., Goti-Rodríguez, L. M., & Ávila-Rosas, H. (2006). Association between measured BMI and self-perceived body size in Mexican adults. *Annals of human biology*, 33(56), 536-545. DOI: 10.1080/03014460600909281
- León, M. P., González, I., Fernández J. G., y Contreras, O. (2018). Percepción del tamaño corporal e insatisfacción en niños de 3 a 6 años: una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 34(1), 173-183. DOI: <https://doi.org/10.6018/analesps.34.1.275931>
- López, S. G., Díaz, S. A., y Smith, L. (2018). Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. *Anales de Psicología*, 34(1), 167-172. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781>
- Magallares, A., Carbonero-Carreño, R., Ruíz-Prieto, I., & Jauregui-Lobera, I. (2016). Beliefs about obesity and their relationship with dietary restriction and body image perception. *Anales de Psicología*, 32(2), 349-354. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.215251>
- Moncada, J. J. (2010). Ejercicio físico, funcionamiento cerebral e imagen corporal. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 57-74. DOI: <https://doi.org/10.22544/rcps.v29i43.05>
- Olivia-Peña, Y., Ordóñez-Luna, M., Santana-Carvajal, A., Marín-Cárdenas, A. D., Andueza, P. G., y Gómez, C. I. (2016). Concordancia del IMC y la percepción de la imagen corporal en adolescentes de una localidad suburbana de Yucatán. *Revista Biomédica*, 27(2), 49-60. <http://www.revbiomed.uady.mx/pdf/rb162722.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (28 de febrero de 1995). *El estado físico: uso e interpretación de la antropometría: informe de un comité de expertos de la OMS*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9241208546>
- Pérez, I. O., Fernández, C. M., Aranda, G. I., Ávila, E. M., y Cruz, B. R. (2020). Comparación entre la percepción corporal y el índice de masa corporal en estudiantes de secundaria de dos municipios de Yucatán. *Horizonte sanitario*, 19(1), 115-126. DOI: 10.19136/hs.a19n1.3548
- Rodríguez, C. D. (2015). Artículo de revisión: Generalidades de la Imagen Corporal. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(2), 279-287. DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49387>

- Sánchez-Castillo, S., López-Sánchez, G. F., Ahmed, M. D., y Díaz-Suárez, A. (2018). Imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes indios de 8 a 15 años. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 19(1), 20-32.
- Schilder, P. (1935). *Image and appearance of the human body*. Routledge.
- Stunkard, A. J., Sorenson, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. In S. S. Kety, L. P. Rowland, R. L. Sidman, & S. W. Matthysse (Eds.), *Genetics of neurological and psychiatric disorders*.
- Soto, R. M., Marín, F. B., Aguinaga, O. I., Guillén-Grima, F., Serrano, M. I., Canga, A. N., De Mendoza C. J., Stock, C., Kraemer, A., y Annan, J. (2015). Análisis de la percepción de la imagen corporal que tienen los estudiantes universitarios de Navarra. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2269-2275. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.5.7418>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (2002). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. American Psychological Association.
- Trejo, O. P., Castro, V. D., Facio, S. A., Mollinedo, M. F., y Valdez, E. G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 144-154. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300006&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000300006&script=sci_abstract)
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Mayor, J. M., y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. DOI: 10.3305/nh.2013.28.1.6016
- Urrutia, S., Azpillaga, I., Luis de Cos, G., y Muñoz, D. (2010). Relación entre la percepción de estado de salud con la práctica físico deportiva y la imagen corporal en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 10(S), 51-56.
- Uribe-Carvajal, R., Jiménez-Aguilar, A., Morales-Ruan, M. C., Salazar-Coronel, A. A., y Shamah-Levy, T. (2018). Percepción del peso corporal y de la probabilidad de desarrollar obesidad en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*, 60, 254-262. <https://doi.org/10.21149/8822>



## **TERCERA PARTE**

# DESAFÍOS EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO



# APORTACIONES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD A LA VIOLENCIA INTERPERSONAL EN LA PAREJA

*Gabriela Josefina Saldívar Hernández\**

*Areli Moreno Reyes\**

*Jonathan Giovanni Trejo Arizmendi\**

## INTRODUCCIÓN

La tendencia actual sanitaria se centra más en prevenir enfermedades y promover estilos de vida saludables. La psicología no se ha quedado fuera de esta tendencia, por lo que ha realizado contribuciones teóricas en los campos de la investigación e intervención, así como formas de incorporar al “hecho psicológico”, lo biológico y lo sociocultural en ámbitos sanitarios. Para poder realizar estas metas ha procurado abandonar los enfoques centrados en un individuo, que es característico de la psicología clínica. Desde allí la psicología se integra al conjunto de las ciencias de la salud al aplicar un “saber hacer y un saber estar”, ya que, paulatinamente, los conocimientos derivados de las investigaciones y experiencias, la necesidad de contextualizar las prácticas y el incremento de psicólogos involucrados en el área, determinan las condiciones para la institucionalización de la psicología.

Uno de los objetivos de la psicología de la salud es conocer la interacción entre los conocimientos y prácticas relacionados con los factores biopsicosociales implicados en salud-enfermedad y desde allí diseñar, programar y evaluar estrategias de intervención para proteger, promover y acrecentar la salud. También prevenir, tratar y rehabilitar en el estado de enfermedad. Por ende, trasciende el conjunto de las enfermedades mentales y centra su enfoque en los ámbitos individual, familiar y social-comunitario, al tiempo que estudia los factores subjetivos que intervienen (Sánchez y Estevez, 2022).

La psicología de la salud en ámbitos sanitarios ha sido de gran relevancia; entre sus aportaciones está el evidenciar que a veces el personal que labora en una institución no sabe detectar la violencia que sufren muchas usuarias. Los profesionales de la

---

\* Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.

salud son clave para la detección y denuncia de los casos, además de promover y coordinar estrategias efectivas para abordar y tratar la violencia contra la mujer (Vives-Cases *et al.*, 2015). A nivel internacional se han desarrollado capacitaciones con el fin de que los profesionales de la salud tengan las herramientas y habilidades para detectar posibles casos de violencia hacia la mujer (Kalra *et al.*, 2021). Investigaciones internacionales han evidenciado que las víctimas de violencia de pareja no hablan sobre el tema, y el personal sanitario en ocasiones es el más indicado para preguntar directamente (Keynejad *et al.*, 2020), por lo cual es una pieza clave para la detección de la violencia al realizar la entrevista. Una manera de convencer a la posible víctima para que hable es mencionarle que sus datos y respuestas serán confidenciales y sin presencia de personas, como familiares u otros acompañantes.

El personal sanitario que realiza las entrevistas tiene que estar capacitado para ser empático, no emitir ningún tipo de juicios de valor y ser cuidadoso en la entrevista. Uno de los primeros pasos en la capacitación de este tipo de problemática es validar la experiencia de las mujeres, evaluar el riesgo actual, dar opciones de atención complementaria, enviar los posibles casos a los servicios requeridos y, por último, hacer un seguimiento del caso (Gosangi *et al.*, 2021). Las instituciones de salud también tienen que contar con programas para trabajar con la comunidad a un nivel intersectorial; de esta manera, se permite la colaboración e integración con otros servicios, como la procuración de justicia, vivienda, agencias locales o de desarrollo social (Satyen *et al.*, 2019).

La Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005 es una herramienta que permite al personal sanitario evaluar la violencia familiar y sexual contra las mujeres. Esta norma menciona que el personal sanitario que haga el primer contacto con pacientes, independientemente del nivel de atención, tendrá que ser capacitado en sensibilización, prevención y atención sobre el tema. Es decir, no sólo menciona que el personal que trabaja en hospital o clínicas tengan que recibir esta capacitación, sino también el personal sanitario que labora en ámbitos comunitarios (Secretaría de Salud, 2009).

El fenómeno de la violencia es tan amplio como la sociedad misma y así se integra a los individuos como parte de ellos, transmitiéndose de generación en generación; se ha ejercido como medio de poder y de destrucción, y en ocasiones, el individuo llega a considerarla como parte complementaria de él. Para visualizar la violencia basta con ver los titulares de los medios de comunicación al presentar los sucesos violentos que ocurren en la humanidad (como guerras, atentados, secuestros, asesinatos, el no

respetar los derechos humanos, etc.). La violencia se vive como parte de la cotidianidad y normalidad en muchos ámbitos de desarrollo del ser humano, como la calle, la escuela, el trabajo y en la familia (Secretaría de Salud, 2009).

La violencia es un problema de salud pública que tiene efectos multidimensionales y multifacéticos para las sociedades modernas. Es también un factor de riesgo psicosocial, dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples y diversificadas en el nivel social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003, 2005, 2013, 2024).

Al referirse a la violencia es muy común que se le llame también agresión, ambos términos son usados como iguales, pero es importante distinguirlos. La agresión es un aspecto considerado inherente tanto de los seres humanos como de los animales (Carrasco y González, 2006); se entiende por “agresión una acción de defensa, en donde esta es la respuesta que conduce a provocar un daño en otro ser u organismo, aunque esta no es su finalidad el daño es inevitable” (Buss en Carrasco y González, 2006). Por otro lado, la violencia implica un abuso de poder en el que se transgreden, por lo menos, uno o dos derechos humanos fundamentales (Amurrio et al., 2010); se puede decir que la violencia es todo acto físico, psicológico y sexual, en el cual la persona que violenta puede dañar a otra persona; además, en algunos casos quien ejerce cualquier tipo de violencia es porque demanda que se le reconozca su superioridad.

En general, todos ostentamos ser parte de una dinámica de violencia, pues es un instrumento de poder y se puede presentar en diversas formas. Ante la magnitud del problema hace más de dos décadas se realizó a nivel internacional un informe mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2003), en donde se mencionan tres tipos de violencia: la autoinfligida, la colectiva y la interpersonal. Esta última será el foco de nuestra atención.

La violencia interpersonal es el foco de inicio para comprender a fondo el tema que nos atañe. Es aquella que se ejerce física, emocional y/o sexual entre dos o más personas que comparten o no un vínculo sanguíneo, se divide en dos subcategorías: 1) Comunitaria: se da fuera del hogar, entre personas que no comparten un vínculo sanguíneo y las cuales pueden o no conocerse, y 2) Intrafamiliar o de pareja: se da dentro del hogar, entre individuos que comparten vínculos consanguíneos o que se relacionan entre sí de manera emocional, sin tener dichos lazos (Barreras-Gil y Salazar-Ruiz, 2017). Para fines de este trabajo se considera la violencia interpersonal en la pareja.

La violencia en la pareja es un fenómeno mundial, en donde no importa el grupo social, económico, religioso o cultural. Es un ejercicio de poder que se da entre las parejas que atentan contra la integridad de las mujeres, es decir, la asimetría entre los géneros está presente (Ramírez-Rodríguez, 2006). Si bien es cierto que la violencia no es un padecimiento como tal, sino una consecuencia. Por lo anterior, es notorio que los riesgos a la salud en la mujer sean un reflejo de una relación social que afecta más a ella que al varón.

Recientemente, algunos estudios han evidenciado que dependiendo del tipo de población en la cual se estudió la violencia en pareja, se puede encontrar un tipo de violencia bidireccional o mutua, como por ejemplo en los adolescentes o jóvenes (Trujano et al., 2009), pero la realidad es que es más frecuente que las mujeres sigan siendo víctimas directas o indirectas de sus parejas.

La violencia en la pareja se puede vivir en cualquier etapa de la vida; es decir, en una relación estable (personas que cohabitan) como el matrimonio, unión libre, etc.) y relaciones de noviazgo/amistad (personas que no cohabitan) entre adolescentes y jóvenes. A continuación, se abordarán las principales diferencias entre las parejas que cohabitan y las que no, para observar más ampliamente el fenómeno.

## VIOLENCIA EN PAREJAS QUE COHABITAN

Como se mencionó anteriormente, las mujeres sufren más este fenómeno en sus relaciones de pareja, las cuales tienen como peculiaridad la ejecución de cualquier acción violenta de manera directa o indirecta por parte de la pareja, que busca causar daño, herir, controlar, minimizar y ofender a la persona en torno a aspectos sexuales, físicos y emocionales (Cortés-Ayala et al., 2015). Dentro de este aspecto, se encuentran inmersos cuatro tipos de violencia: 1) *psicológica*: emplea la palabra con la intención de intimidar y/o minimizar a la pareja, lo cual puede provocar diversos trastornos que afectan la salud mental (González-Ortega et al., 2008); 2) *física*: cualquier acción que implique un daño dirigido al cuerpo de la mujer, llegando a causar lesiones, fracturas e incluso hasta la muerte (Olsen et al., 2020); 3) *sexual*: son las acciones que van dirigidas principalmente a exigir e incluso forzar a tener relaciones sexuales, también incluye la prostitución de la pareja, obligándola a mantener relaciones con otras personas (Rodríguez, 2007), y 4) *económica*: su objetivo es producir una dependencia

económica en la pareja o ejercer un control financiero sobre los recursos económicos de la misma, llegando al despojo de todas sus pertenencias (Olsen et al., 2020).

La violencia contra las mujeres en sus relaciones de pareja ha sido objeto de estudio desde el siglo pasado en el mundo, pero la pandemia de COVID-19 evidenció la falta de programas que ayuden a erradicarla. Este acontecimiento mundial hace evidente que los programas de prevención o atención a las mujeres que han sufrido violencia tienen que ser diseñados desde una metodología con perspectiva de género (Sánchez et al., 2020).

Cuando se trabaja con perspectiva de género se debe tener claro que el género hace referencia a las creencias culturales construidas socialmente sobre la asimetría que existe entre hombres y mujeres, y que sirve para justificar la desigualdad. Por otra parte, la violencia de género puede ser ejercida por cualquiera de los géneros, pero los estudios han evidenciado que la más documentada es la que se practica hacia las mujeres; por lo tanto, para fines de este trabajo se llamará violencia de género a la ejercida por los hombres hacia las mujeres, ya que éstos están apoyados por las normas y valores que les dan privilegios e impunidad (Bedregal et al., 1991; Frías, 2013).

En la pareja la violencia compone un grave conflicto social que refleja el gran fracaso de nuestra sociedad con respecto a la integridad física, sexual y psicológica de las personas. Este es un problema que no sólo abarca al ámbito sanitario, sino también a las instituciones legislativas y educativas encargadas de cuidar los valores de equidad, dignidad y derecho a la libertad.

Existen varios modelos teóricos que abordan este fenómeno, en donde se proponen teorías asentadas en problemas de tipo individual que investigan alteraciones de la personalidad, disposiciones biológicas o experiencias violentas a temprana edad que puedan explicar reacciones de violencia a futuro; por lo anterior, se puede mencionar que la violencia es un fenómeno multifactorial que se ha intentado explicar a través del modelo ecológico de Bronfenbrenner, el cual permite observar la multiplicidad de factores dentro de los contextos sociales en que la violencia contra la mujer se produce y reproduce (Cortés-Ayala et al., 2015; López et al., 2013). Este modelo fue planteado por Heise en 1994 y retomado por la OMS (2003); se caracteriza por manejar cinco niveles que abordan los contextos relacionales en los que la persona está inmersa, además de los factores de riesgo y las consecuencias que traen consigo (Olivares y Incháustegui, 2011), los cuales son:

### *Contexto individual*

En este nivel se encuentran los factores biopsicosociales del sujeto, vivencias individuales y actitudes violentas que pueden adoptar de pequeños y que tomarán un valor significativo en edades más avanzadas. Entre los factores de riesgo que se han encontrado están: 1) la edad (personas más jóvenes son las que tienen más riesgo); 2) bajo nivel de educación; 3) ser testigo o víctima de violencia familiar en la niñez; 4) consumo de alcohol o drogas; 5) haber desarrollado un trastorno de la personalidad límite; 6) aceptar la violencia como algo normal, y 7) tener historias anteriores de violencia en pareja.

### *Microsistema*

En este nivel la violencia se presenta dentro del marco familiar y relacional del sujeto. Los riesgos asociados a la violencia ejercida hacia la mujer en pareja son: 1) el conflicto o la insatisfacción dentro de la relación; 2) el dominio del hombre en la familia; 3) las dificultades económicas para solventar las necesidades familiares, y 4) la desigualdad en el nivel educativo.

### *Mesosistema o exosistema*

En este nivel se integra la vivencia, el desarrollo y las relaciones que tiene el individuo dentro del contexto comunitario, como la vecindad, escuela, trabajo, iglesia, etc. Los factores de riesgo son: 1) el bajo nivel socioeconómico de la mujer; 2) La normalidad de la violencia dentro de la comunidad en donde se acepta violentar a las mujeres en las relaciones de pareja; 3) el hacinamiento familiar, y 4) el desempeño laboral por parte de la mujer.

### *Macrosistema*

En este nivel se integran las leyes, la cultura, el sistema económico y el contexto social. Los factores de riesgo son: 1) los ideales sociales de género como el machismo; 2) los



castigos débiles y el escaso seguimiento de casos sobre violencia hacia la pareja; 3) considerar a la violencia como forma de resolución de un conflicto, y 4) el fácil acceso a armas blancas o de fuego.

### *Cronosistema*

En este nivel se integra el momento histórico en el que el fenómeno de la violencia está presente, se caracteriza por justificar actos de violencia a través de ideologías que dotan de significaciones imaginarias a la sociedad (Olivares y Incháustegui, 2011). Las guerras y los conflictos o alteraciones sociales pueden también afectar las relaciones interpersonales de los individuos (OMS, 2003). En un estudio realizado, el Institute for Economics and Peace (2016) situó a México en el lugar 141 a nivel mundial en donde se le calificó como un lugar no apto para tener calidad de vida. Los motivos para calificar al país en esta posición son: el narcotráfico, el feminicidio y la violencia, ya que son fenómenos de orden social que afectan las relaciones interpersonales de los sujetos.

Este bajo índice en la calidad de vida impacta en diferentes áreas en las mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas, originando consecuencias en su salud mental, física y sexual. Respecto a la segunda, la violencia les puede ocasionar daños como hematomas, desgarros, fracturas, traumatismos, etc. En relación con la primera, ellas pueden llegar a tener ansiedad, depresión, fobias, ideas suicidas, intento de suicidio o suicidio, trastorno de estrés postraumático, etc. Por último, las consecuencias en la salud sexual y reproductiva se refieren principalmente a situaciones que ponen en riesgo la reproductividad de la mujer, como violencia durante el embarazo, abortos, infecciones de transmisión sexual como VIH, disfunción sexual, entre otras. Los homicidios y otras causas de mortalidad son también consecuencia de vivir en sociedades con poca calidad de vida. Todas estas repercusiones son considerables, ya que la violencia es un fenómeno que se presenta en porcentajes cada vez más altos en el mundo (OMS, 2003; 2013).

A nivel internacional, la violencia doméstica contra las mujeres presenta porcentajes entre 15 y 71% (OMS, 2005). En un estudio realizado por la OMS (2013) se presentan porcentajes entre 6 a 75% de cualquier tipo de violencia sufrido por las mujeres a manos de sus parejas. Los porcentajes obtenidos de las diferentes encuestas

en México indican que este tipo de violencia fluctúa entre 33% en las mujeres derechohabientes de servicios de salud y 46% en mayores de 15 años. Estos datos son apenas una estimación de la situación real de México, un ejemplo de ello es el Estado de México, donde los porcentajes oscilan entre 45.6 y 57% (Cortés-Ayala et al., 2015). Lo anterior, ofrece una mirada sobre la similitud que tiene México a nivel internacional.

Los datos reportados por la última Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (Endireh, 2022) señalan que 70.1% de las participantes de 15 años y más han experimentado, alguna vez en su vida, al menos algún tipo de violencia (física, psicológica, sexual, económica, patrimonial y/o de discriminación). La violencia psicológica fue la que mayor prevalencia obtuvo (51.6%). Así mismo, se identifican en esta encuesta los ámbitos en donde las mujeres han experimentado violencia, siendo el comunitario el más frecuente con 45.6%, seguido por la pareja con 39.9%, el escolar con 32.3%, el laboral con 27.9% y el familiar con 11.4%. Estos datos evidencian que la violencia en la pareja sigue siendo uno de los entornos con mayor incidencia. Los tipos de violencia identificada en esta encuesta y su prevalencia son las siguientes: psicológica con una prevalencia de 35.4%, económica con 19.1%, física con 16.8% y, por último, la violencia sexual con 6.9 por ciento.

Como consecuencia de la emergencia sanitaria del COVID19, en esta misma encuesta se encontró que 15.4% de las mujeres de 15 años y más mencionaron haber experimentado al menos algún tipo de violencia por parte de su pareja; además, señalaron que esta situación había aumentado durante la pandemia. La violencia que sufren las mujeres por parte de su pareja tiene costos directos e indirectos que impactan no sólo en la calidad de vida de las víctimas, sino también en el desarrollo de nuestro país.

Por lo tanto, diversos estudios a nivel internacional hacen hincapié en que la prevención es una de las mejores estrategias para erradicar el fenómeno de la violencia en la pareja (Villagrán et al., 2024); por ello, es mejor trabajar la prevención desde las primeras relaciones amorosas de los individuos; es decir, desde el noviazgo, o como algunos autores las llaman “parejas que no cohabitan” (Leviton et al., 2015). En el siguiente apartado se presentan algunas de las consecuencias de la no prevención de la violencia en el noviazgo.

### *Violencia en el noviazgo*

Existe un sinnúmero de definiciones de noviazgo, algunos autores lo consideran como una relación social explícitamente acordada entre dos personas para acompañarse en las actividades recreativas y sociales, y en la cual se expresan sentimientos amorosos y emocionales a través del cuerpo o la palabra (Vázquez & Castro, 2008). En algunas culturas el noviazgo es una etapa de experimentación y exploración de la sexualidad, del enamoramiento, del juego, del flirteo y la aventura de conocer a otra persona. También permite a los individuos crecer psicológicamente y en ocasiones puede ser el comienzo de una relación con fines de establecerse con otra persona. Sin embargo, algunas veces el noviazgo no se vuelve una experiencia agradable cuando surgen experiencias de algún tipo de violencia que no permiten construir una relación saludable.

El noviazgo se puede considerar como un periodo de confrontación en donde se hacen acuerdos y se cuestionan o reacomodan expectativas de lo que se quiere en una relación. Asimismo, permite tener una serie de experiencias para el desarrollo y futuro de una pareja. La violencia que se ejerce durante el noviazgo es un fenómeno que se ha estudiado menos que la violencia marital. Las investigaciones relacionadas con el tema mencionan que su incidencia puede ser más elevada de lo que se piensa; por ejemplo, se ha detectado que entre 17 y 67% de las mujeres y entre 9 y 35% de los hombres mencionan haberla experimentado alguna vez en sus relaciones de noviazgo (Babcock et al., 2016).

A nivel internacional, desde hace más de tres décadas se han estudiado las consecuencias psicológicas, físicas y sexuales en diferentes grupos de edad, estatus socioeconómico, etnia, escolaridad, etc., encontrando que los daños ocasionados son iguales que los de las parejas que cohabitan (Dosil et al., 2020).

La violencia psicológica es de las más ejercidas en las relaciones de noviazgo, y su consecuencia es el desajuste de varias áreas en la vida de las mujeres, por ejemplo a nivel interpersonal pueden tener baja autoestima; en relación con su salud mental existe la posibilidad de desarrollar depresión o ansiedad, que son de los padecimientos más comunes; también es posible observar conductas de riesgo como el consumo de alcohol, inicio temprano de las relaciones sexuales o bajo rendimiento escolar. La violencia durante el noviazgo puede ser un precursor de la violencia durante la vida marital (Hokoda et al., 2006; Rivera-Rivera, 2006; Rodríguez, 2007; Saldívar, 2006; Villagrán et al., 2024).

Como se mencionó anteriormente, los tipos de violencia en el noviazgo son los mismos que se sufren en las relaciones de pareja establecida que cohabita; además, pueden ser ejercidos o sufridos por mujeres y hombres (Dokkedahl & Elklit, 2019).

En México sólo se ha realizado una Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo (Envinov, 2007) como resultado del trabajo colaborativo entre el Instituto de la Juventud (Injuve) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2008), en donde se encuestó a jóvenes solteros de 15 a 24 años. Los resultados arrojaron que 76% mencionó haber sufrido violencia psicológica por parte de su pareja, 16.5% señaló haber tenido un evento de violencia sexual durante su relación y, por último, 15% indicó haber recibido por lo menos un incidente de violencia física. Esta encuesta es el antecedente de muchas otras investigaciones que se han realizado en diferentes muestras de estudiantes que van desde la secundaria (adolescencia), escuelas de nivel medio superior y superior. Pero desgraciadamente, aunque existe mucha información relacionada con el tema de violencia en el noviazgo son pocos los avances que se tienen en materia de política pública y legislativa, ya que hasta el momento se castiga más los actos violentos intrafamiliares en parejas casadas que a las que están en una relación de noviazgo (Valdez-Santiago *et al.*, 2013).

#### VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN LA SECUNDARIA

Durante esta etapa, la violencia que ocurre dentro de las relaciones difiere en interpretaciones e intensidad según el género. Diversos estudios han mostrado que los hombres ejercen con más frecuencia actos violentos hacia sus parejas mujeres; sin embargo, recientemente se ha encontrado que ellas cometen de igual forma actos violentos hacia ellos (Dokkedahl & Elklit, 2019; Duval *et al.*, 2020; Malhotra *et al.*, 2015; Olsen *et al.*, 2020).

Desde una perspectiva de desarrollo, la presencia de conductas violentas durante el noviazgo es diferente a la que se observa en parejas con más edad; es decir, la violencia psicológica es más frecuente en adolescentes que asisten a la secundaria, y conforme avanza la escolaridad, también va escalando la experiencia de violencia; así, se ha observado en el nivel medio superior más violencia psicológica y física, y a nivel superior, más violencia sexual aparte de la psicológica y física (Saldívar *et al.*, 2008; Saldívar y Romero, 2009; Saldívar *et al.*, 2015; Saldívar *et al.*, 2022a).

La inexperiencia en comunicación efectiva que caracteriza a la adolescencia es considerada como uno de los factores que contribuye al uso de conductas agresivas (físicas o verbales) como formas de afrontamiento pobres para expresar sentimientos (Laursen & Collins 1994; Marshall et al., 2023).

En un estudio sobre violencia y salud mental a nivel secundaria, se aplicó una encuesta a 870 estudiantes de una escuela pública, hombres y mujeres con edades entre 12 y 16 años, donde se les preguntó quiénes estaban en una relación de noviazgo en ese momento y 89.5% contestó estar en esa situación; además, mencionaron que el tiempo aproximado que duraron con su pareja fue de un mes (45.1%) (Saldívar et al., 2022a). En ese mismo estudio los participantes indicaron haber recibido o ejercido violencia mutua o direccional (44.1%).

Los estudios realizados en muestras escolares de secundaria han demostrado que la complejidad del fenómeno hace necesaria la implementación de programas de intervención y prevención para ir erradicando el fenómeno (Lester et al., 2017; Saldívar et al., 2022ab). Aunque en la actualidad se han hecho programas de intervención sobre violencia en el noviazgo, son muy pocos los análisis que cuentan con una evaluación del programa. En un estudio realizado en 113 estudiantes de secundaria con una media de edad de 12.5 años (DE = .55), que evaluó los cambios producidos en las áreas del conocimiento, las actitudes y habilidades con un diseño pretest-postest con grupo control (n = 66) y grupo experimental (n = 47), se detectó una disminución de las conductas de violencia en el noviazgo después de implementar un programa de intervención sobre el tema (Saldívar et al., 2022b).

La importancia de estudiar el fenómeno de la violencia en las relaciones de pareja en personas que no cohabitan en grupos escolares de secundaria, de media superior y superior nos permite visualizar y validar que: a) los informes retrospectivos de mujeres maltratadas señalan que durante el noviazgo han sido víctimas, b) el estudiar estas poblaciones puede ayudar a la comprensión del fenómeno de la violencia en las relaciones íntimas y c) la violencia en cualquier etapa de la vida de las personas produce lesiones y sufrimiento (Corral, 2009).

En los siguientes apartados se abordará la violencia en los niveles escolares de educación media superior y superior.

## VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN NIVEL MEDIO SUPERIOR

En esta etapa escolar los sujetos ya han tenido más parejas que durante la secundaria y empiezan a tener más vida sexual, por lo cual es importante la información que se les proporcione sobre el tema (Saldívar y Romero, 2009). El embarazo no deseado en esta etapa escolar es una de las consecuencias que podría traer la violencia, ya que en algunas ocasiones las parejas (generalmente los hombres) presionan psicológicamente a su contraparte para tener relaciones (Saldívar, 2010). A nivel nacional, la encuesta de deserción en la educación media superior (ENDEMS, 2012) encontró que 11.8% de las estudiantes abandonan la escuela por embarazo.

En un estudio realizado en 187 estudiantes de nivel medio superior con una media edad de 18.3 años, encontró diferencias significativas entre hombres y mujeres, en donde éstas identificaron más la violencia física y económica en comparación con los varones. Este mismo estudio observó que en el inicio sexual de los estudiantes había estado presente la violencia por parte de su novio/a (Arévalo y Escareño, 2007).

## VIOLENCIA EN EL NOVIAZGO EN JÓVENES DE EDUCACIÓN SUPERIOR

En poblaciones de educación superior el tipo de violencia psicológica sigue estando en los primeros lugares, aunque el aumento de la violencia sexual es más notorio, así como las tácticas utilizadas para realizarla (Saldívar, 2006; 2010). Los estudios en poblaciones de estudiantes de nivel superior han cuestionado que este fenómeno no sea del todo unidireccional o que sea un fenómeno exclusivo de un sexo como víctima o perpetrador. En la actualidad, se plantea que la violencia en pareja puede ser de tipo bidireccional, siendo perjudicial para ambos integrantes (Duval et al., 2020; Malhotra et al., 2015; Olsen et al., 2020).

Si bien, cualquier tipo de violencia que sufra algún miembro de la pareja es importante, la violencia sexual es una de las que se ha estudiado muy poco en relación con su identificación, tipos e insatisfacción. Es cierto que la violencia sexual tiene una amplia gama de formas de expresión, pero existe una específicamente que se da entre conocidos que puede ocurrir bajo presión en una situación de noviazgo, este tipo de violencia sexual es conocida como coerción sexual (Saldívar et al., 2008; Saldívar y Romero, 2009; Saldívar et al., 2015).

La coerción sexual, en el contexto de situaciones de “ligue” o en el noviazgo, es una forma de violencia sexual que incluye el uso de ciertas tácticas que tradicionalmente no han sido reconocidas como violentas y que, por el contrario, se han visto como “normales” en las relaciones heterosexuales íntimas. La coerción sexual se define como cualquier tipo de presión psicológica, como el chantaje, o física, utilizada para imponer cualquier acto de orden sexual en un contexto de un encuentro heterosexual (Saldívar et al., 2008).

En un estudio realizado en 630 estudiantes de nivel superior sobre coerción sexual con una media de edad de 21.12 años, de los sujetos que la ejercieron, los hombres fueron los que indicaron haber usado algún tipo de presión hacia su pareja (71.1%), en comparación con las mujeres (28.9%); como se puede observar, las diferencias son estadísticamente significativas. También se encontró que muchos más hombres que mujeres reconocieron haber llevado a cabo al menos un comportamiento de coerción para obtener algún tipo de actividad sexual. La táctica sexual más utilizada por hombres (33.8%) y mujeres (13.2%) fue el haber tenido o intentado tener juegos sexuales con alguien, cuando él/ella no lo deseaba, agobiándolo/la con sus continuas presiones o chantajes (Saldívar, 2006).

La coerción sexual es un tipo de violencia más frecuente de lo que se piensa en poblaciones estudiantiles. El problema que se tiene con este tipo de violencia es que cuando las personas son más jóvenes, como los estudiantes de secundaria, no pueden identificarlo como tal. Esto se debe a que muchas conductas de acercamiento sexual como el coqueteo o la seducción son aprendidas por medio de la observación y de manera errónea (Saldívar, 2010).

Al ser la coerción sexual una forma tan sutil de violencia no puede ser identificada tan fácilmente por los sujetos. Se ha encontrado que este tipo de violencia no es ni siquiera conocido o definido por las personas; asimismo, en las relaciones de noviazgo es muy común tener idealizado que el conflicto no ocurre en una relación romántica, en donde también la violencia física o sexual no puede ocurrir (Saldívar, 2010; Saldívar y Romero, 2009).

## CONCLUSIONES

El panorama anterior nos permite reflexionar en que la violencia en pareja no es un fenómeno exclusivo de las parejas que cohabitan, también está presente en las relaciones nuevas, que no cohabitan, no formales o en proceso de establecimiento formal como el noviazgo, por lo cual es importante que el personal profesional que trabaja en instituciones sanitarias, escuelas, centros comunitarios, etc., sean capaces de detectarlo, ya que las consecuencias de sufrirla siguen siendo devastadoras en la vida de las mujeres. Este tipo de violencia pueden sufrirlo o ejercerlo ambos miembros de la relación, pero ellas son quienes más la experimentan.

La violencia hacia las mujeres no es un fenómeno que atañe sólo a México, también es un fenómeno internacional que trae consigo diferentes consecuencias negativas sobre la calidad de vida de la persona que ha sido víctima y también sobre la propia familia (Cortés-Ayala *et al.*, 2015), incluyendo los altos costos directos como los servicios para el tratamiento y el apoyo a mujeres que son maltratadas y para sus hijos; e indirectos, como la pérdida de empleo y de productividad, entre los más comunes (Buvinic, 2008); por ello, es importante considerar que no sólo los programas y leyes propuestas por el gobierno den una solución a esta problemática; hay maneras de prevenir y una de ellas es trabajar los aspectos de la violencia en pareja desde sus inicios, es decir, la violencia que puede presentarse en el noviazgo e identificar situaciones de violencia, como la coerción sexual dentro de la relación, y así poder evitar que el problema avance.

La información brindada hasta ahora nos permite reflexionar que la violencia es un fenómeno que permea varias áreas del desarrollo de las personas (individual, familiar, social, etc.). Después de la pandemia (la cual evidenció más este fenómeno), la Organización Mundial de la Salud realizó una serie de recomendaciones a nivel internacional: 1) Mejorar y crear programas de prevención e intervención dirigidos a la violencia sexual y física; 2) Crear encuestas nacionales que se centren en la apreciación y evolución de esta problemática; 3) Impulsar campañas para la concientización de un amplio sector de la sociedad que contribuyan a erradicar este problema y los ideales sobre las diferencias de género enfocados al menosprecio de la mujer; 4) Crear y prestar más servicios de atención sobre este tipo de violencia; 5) Capacitación en sensibilización para el personal médico que atienda estos casos para identificar y referir correctamente; 6) Un presupuesto para atender el tema (OMS, 2024).



Antes del COVID-19, en México ya existían algunas leyes sobre el tema:

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV, 2007): su principal objetivo es la prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres y también garantizar el acceso a una vida libre de violencia (Conavim, 2024).
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005: su objetivo es establecer los criterios para la detección, prevención, atención médica y orientación de la violencia familiar o sexual en los usuarios de servicios de salud (ssa, 2009).
- Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres: tiene por objetivos armonizar contenidos legislativos y modificar la cultura para promover la no violencia y reducir los factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas; garantizar el acceso a los servicios de atención integral; asegurar el acceso a la justicia, y fortalecer la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres (Conavim, 2024).

El trabajo en torno a la violencia en pareja es interdisciplinario, ya que implica la participación del ámbito legislativo, la procuración de justicia, la prestación de servicios de salud, la educación, los medios de comunicación, etc. Todas estas instancias deben tener una capacitación continua, así como sensibilización sobre el tema hasta llegar a tener personal profesionalizado. También es necesario estudiar la contraparte del fenómeno, que es el estudio de las masculinidades. Aunque existen muchas instituciones que han creado programas de educación para hombres con el fin de erradicar la violencia tanto en sus vidas como en sus relaciones interpersonales o amorosas, éstos no han dado los resultados esperados. Muchos de estos programas no fueron evaluados o no tuvieron un seguimiento de los usuarios del programa, por lo que hasta la fecha no se sabe el impacto real o cuál de ellos ha sido eficiente. Si lo que se pretende es que los programas de prevención e intervención logren erradicar este tipo de violencia interpersonal, es indispensable replantear las estrategias y trabajar de manera ardua con la población masculina.

## REFERENCIAS

- Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E., & del Valle, A. I. (2010). Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao. *Zerbitzuan*, (47), 121-133.
- Arévalo, X. y Escareño, E. (2007). La percepción de la violencia en las relaciones de pareja en jóvenes de bachillerato. [Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México]. Recuperado de <https://repositorio.unam.mx/contenidos/113807>
- Babcock, J., Armenti, N., Cannon, C., Lauve-Moon, K., Buttell, F., Ferreira, R., Solano, I. et al. (2016). Domestic violence perpetrator programs: A proposal for evidence-based standards in the United States. *Partner abuse*, 7(4), 355-460. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.7.4.355>
- Barreras-Gil, C., y Salazar-Ruiz, V. H. (2017). Efecto de una intervención socioeducativa en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en una unidad de medicina familiar de Ciudad Obregón, Sonora, México. *Atención Familiar*, 24(4), 165-168. <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.4.61910>
- Bedregal, X., Saucedo, I., y Riquer, F. (1991). Algunos hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres. En: X. Bedregal, I. Saucedo, F. Riquer (Comp.). *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, 39-84, CICAM.
- Buvinic, M. (2008). Un balance de la violencia en América Latina: los costos y las acciones para la prevención. *Pensamiento iberoamericano*, (2), 37-54.
- Carrasco, M. A., y Gonzáles, M. J., (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38.
- Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2024). *Marco normativo de las políticas de prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres*. Recuperado de: <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/103/1/images/EstudiosNacionalesTomoIVolumenI.pdf>
- Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9(1), 29-48.
- Cortés-Ayala, L., Flores Galaz, M., Bringas Molleda, C., Rodríguez-Franco, L., López-Cepero Borrego, J., y Rodríguez Díaz, F. J. (2015). Relación de maltrato en el noviazgo de jóvenes mexicanos: análisis diferencial por sexo y nivel de estudios. *Terapia psicológica*, 33(1), 5-12.

- Dokkedahl, S., & Elkhit, A. (2019). Understanding the Mutual Partner Dynamic of Intimate Partner Violence: A Review. *Partner Abuse, 10*(3). <https://doi.org/10.1891/1946-6560.10.3.298>
- Dosil, M., Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Sbicigo, J. B. (2020). Teen dating violence, sexism, and resilience: A multivariate analysis. *International journal of environmental research and public health, 17*(8), 2652. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082652>
- Duval, A., Lanning, B. A., & Patterson, M. S. (2020). A Systematic Review of Dating Violence Risk Factors Among Undergraduate College Students. *Trauma, Violence, & Abuse, 21*(3), 567-585. <https://doi.org/10.1177/1524838018782207>
- Encuesta Nacional de Deserción en la Educación Media Superior (2012). *Reporte de la Encuesta Nacional de Deserción en la educación media superior*. Recuperado de: [https://educacionmediasuperior.sep.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo\\_6Reporte\\_de\\_la\\_ENDEMS.pdf](https://educacionmediasuperior.sep.gob.mx/work/models/sems/Resource/10787/1/images/Anexo_6Reporte_de_la_ENDEMS.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares* Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021>
- Frías, S. M. (2013). ¿Protección de derechos o búsqueda de legitimidad? Violencia de pareja contra las mujeres en México. *Journal of the Institute of Iberoamerican Studies, 15*(2), 233-271.
- González-Ortega, I., Echeburúa, E., y de Corral, P. (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 16*(2), 207-225.
- Gosangi, B., Park, H., Thomas, R., Gujrathi, R., Bay, C. P., Raja, A. S., ... & Khurana, B. (2021). Exacerbation of physical intimate partner violence during COVID-19 pandemic. *Radiology, 298*(1), 38-45. <https://doi.org/10.1148/radiol.2020202866>
- Hokoda, A., Ramos-Lira, L., Celaya, P., Vilhauer, K., Angeles, M., Ruíz, S., ... & Mora, M. D. (2006). Reliability of translated measures assessing dating violence among Mexican adolescents. *Violence and victims, 21*(1), 117-127.
- Institute for Economics and Peace (2016). *Índice de Paz México. Un mapa de la evolución de la paz y los factores que la impulsan*. Recuperado de [https://www.files.ethz.ch/isn/196493/%C3%8Dndice-de-Paz-M%C3%A9xico-2016\\_ES.pdf](https://www.files.ethz.ch/isn/196493/%C3%8Dndice-de-Paz-M%C3%A9xico-2016_ES.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). *Encuesta Nacional de Violencia en las Relaciones de Noviazgo 2007*. Recuperado de [http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/Encuesta\\_nacional\\_de\\_violencia\\_e\\_n\\_las\\_relaciones\\_de\\_noviazgo\\_2007.pdf](http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/Encuesta_nacional_de_violencia_e_n_las_relaciones_de_noviazgo_2007.pdf)

- Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L., & Garcia-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012423.pub2>
- Keynejad, R. C., Hanlon, C., & Howard, L. M. (2020). Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(2), 173-190. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30510-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30510-3)
- Laursen, B., & Collins, W. (1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 197-209.
- Lester, S., Lawrence, C., & Ward, C. L. (2017). What do we know about preventing school violence? A systematic review of systematic reviews. *Psychology, Health & Medicine*, 22(sup1), 187-223. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1282616>
- Leviton, L. C., Herrera, D., & Miller, S. (2015). Interventions to prevent and reduce teen dating violence. *Journal of Adolescent Health*, 56(2), S1-S2. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.11.013>
- López, F., Moral, J., Díaz, R., y Cienfuegos, Y. I. (2013) Violencia en la pareja. Un análisis desde una perspectiva ecológica. *Ciencia Ergo Sum*, 20(1), 6-16.
- Malhotra, K., Gonzalez-Guarda, R. M., & Mitchell, E. M. (2015). A review of teen dating violence prevention research: What about Hispanic youth? *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(4), 444-465. <https://doi.org/10.1177/1524838014537903>
- Marshall, S. K., Tilton-Weaver, L., Shankar, S., & Johnston, A. (2023). Parent-adolescent conflict processes and their measurement: A systematic review. *Journal of Family Theory & Review*, 15(1), 118-132. <https://doi.org/10.1111/jftr.12479>
- Olivares, E., e Incháustegui, T. (2011). *Modelo ecológico para una vida libre de violencia de género*. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Recuperado de <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamvlv/MoDecoFinalPDF.pdf>
- Olsen, E. O., Vivolo-Kantor, A., & Kann, L. (2020). Physical and Sexual Teen Dating Violence Victimization and Sexual Identity Among U.S. High School Students, 2015. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(17-18), 3581-3600. <https://doi.org/10.1177/0886260517708757>
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. La violencia en la pareja*. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>

- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia*: resumen del informe. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO\\_RHR\\_12.37\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Mundial de la Salud (2024). *Violencia contra la mujer*. Recuperado <https://www.paho.org/es/temas/violencia-contra-mujer>
- Ramírez-Rodríguez, J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud pública de México*, 48, 315-327.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R., & Lazcano-Ponce, E. (2006). Violencia durante el noviazgo, depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud pública de México*, 48(2), 288-296.
- Rodríguez, M. J. (2007). Violencia hacia la pareja: revisión teórica. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7(1), 77-95.
- Saldívar, G. (2006). *Coerción sexual en citas en una población de estudiantes universitarios*. [Tesis de Doctorado. Universidad Nacional Autónoma de México]. [https://repositorio.unam.mx/contenidos/ficha/coercion-sexual-en-citas-en-una-poblacion-de-estudiantes-universitarios-90824?c=r18QxV&d=false&q=\\*&i=1&v=1&t=search\\_0&cas=0](https://repositorio.unam.mx/contenidos/ficha/coercion-sexual-en-citas-en-una-poblacion-de-estudiantes-universitarios-90824?c=r18QxV&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&cas=0)
- Saldívar, G., Ramos, L., y Romero, M. P. (2008). ¿Qué es la coerción sexual? Significado, tácticas e interpretación en jóvenes universitarios de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 31(1), 45-51.
- Saldívar, G., y Romero, M. P. (2009). Reconocimiento y uso de tácticas de coerción sexual en hombres y mujeres en el contexto de relaciones heterosexuales. Un estudio en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 32(6), 487-494.
- Saldívar, G. (2010). La prueba de tú amor: la coerción sexual como forma de violencia en el noviazgo. *Jóvenes: Revista de estudios sobre juventud*, 31, 42-55.
- Saldívar, G., Jiménez A., Gutiérrez R., y Romero M. (2015). La coerción sexual asociada con los mitos de violación y las actitudes sexuales en estudiantes Universitarios. *Salud Mental*, 38(1), 31-36. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.003>
- Saldívar, G., Moreno, A., y Trejo J. G. (2022a). Exposición a la violencia familiar y violencia en el noviazgo en adolescentes de Ciudad de México: factores protectores y riesgo. *Psicología Iberoamericana*, 30(2). <https://doi.org/10.48102/pi.v30i2.475>

- Saldívar, G., Rivera, E., Moreno, A., & Trejo, J.G. (2022b). Evaluación de un programa de prevención e intervención en violencia en el noviazgo en adolescentes de Ciudad de México. *Psicología Iberoamericana*, 30(1). DOI: <https://doi.org/10.48102/pi.v30i1.428>
- Sánchez, G. A. R., & Estevez, I. R. (2022). Coincidencias y controversias entre la psicología positiva y la psicología de la salud. *Humanidades Médicas*, 22(3), 704-728. Disponible en <https://humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/2362>
- Sánchez, O. R., Vale, D. B., Rodrigues, L., & Surita, F. G. (2020). Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(2), 180-187. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13365>
- Satyen, L., Rogic, A.C., & Supol, M. (2019). Intimate Partner Violence and Help-Seeking Behaviour: A Systematic Review of Cross-Cultural Differences. *Journal Immigrant Minority Health*, 21, 879-892. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0803-9>
- Secretaría de Salud (2009). *Norma Oficial Mexicana. NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*. Recuperado de <https://www.gob.mx/conapo/documentos/norma-oficial-mexicana-046-ssa2-2005-violencia-familiar-sexual-y-contra-las-mujeres-criterios-para-la-prevencion-y-atencion>
- Trujano, P., Dorantes, J., y Tovilla, V. (2009). Violencia en internet: nuevas víctimas nuevos retos. *Liberabit. Revista de Psicología*, 15(1), 7-19.
- Valdez-Santiago, R., Hidalgo-Solórzano, E., Mojarro-Íñiguez, M., Rivera-Rivera, L., y Ramos-Lira, L. (2013). Violencia interpersonal en jóvenes mexicanos y oportunidades de prevención. *Salud Pública de México*, 55, S259-S266.
- Vázquez, V., & Castro, R. (2008). “¿Mi novio sería capaz de matarme?”. Violencia en el noviazgo entre adolescentes de la Universidad Autónoma Chapingo, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 6(2), 709-738.
- Villagrán, A. M., Santirso, F. A., Lila, M., & Gracia, E. (2024). Attitudes Toward Intimate Partner Violence Against Women in Latin America: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 2065-2077. <https://doi.org/10.1177/15248380231205825>
- Vives-Cases, C., Torrubiano Domínguez, J., Carrasco Portiño, M., Espinar-Ruiz, E., Gil-González, D., y Goicolea, I. (2015). Validación de la versión española del cuestionario Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence Survey (PREMIS). *Revista Española de Salud Pública*, 89(2), 173-190. <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272015000200006>

# ESTILO DE VIDA TRAS LA PANDEMIA POR EL VIRUS SARS-CoV-2

*Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza\**

*Martín Carlos Hernández Ruiz\**

## INTRODUCCIÓN

Tras el periodo de distanciamiento social o confinamiento impuesto por la Secretaría de Salud (2020) en 2020 y en 2021 por la pandemia producida por el virus SARS-CoV-2 o COVID-19, además de la posterior reincorporación a las actividades presenciales y el ajuste a la denominada “nueva normalidad” para la reactivación económica (Gobierno de México, 2020), los estilos de vida de los mexicanos se vieron trastocados, evidenciándose en un incremento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2022).

El estilo de vida se refiere a las reacciones habituales o pautas conductuales que se determinan por las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. Éstos son interpretados y probados en el diario vivir, por lo que están en constante cambio (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998). De esta manera, un estilo de vida saludable se caracteriza por tener en armonía y equilibrio la dieta alimentaria, la actividad física, el manejo de estrés, la recreación, el descanso, la higiene, las buenas relaciones interpersonales, la vida sexual sana, la conducción segura, la capacidad intelectual y una buena relación con el entorno (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2016).

Al respecto, múltiples estudios coinciden en que hubo un deterioro en el estilo de vida saludable durante el periodo de pandemia por COVID-19, ya que se disminuyó la actividad física, las horas y calidad del sueño y se incrementó el consumo de sustancias como tabaco y alcohol (Concello et al., 2020; Xiang et al., 2020). Por otro lado, investigaciones reportaron una dualidad con la alimentación, ya que mientras una considerable proporción de personas mejoró su alimentación, otro

---

\* Universidad Autónoma de Coahuila.

grupo incrementó su consumo alimenticio no saludable, sobre todo en países en vías de desarrollo (Concello et al., 2020; Mignogna et al., 2022).

En este capítulo se busca describir el estilo de vida de los mexicanos tras el periodo de confinamiento por COVID-19, que en México se dio a partir de la segunda mitad de 2020, cuando se reinsertaron en las actividades presenciales o híbridas, tanto trabajadores como instituciones educativas. Por lo anterior, y con el propósito de contextualizar los resultados del estudio realizado, se presentan los principales indicadores de estilo de vida, sus implicaciones en la salud y las afectaciones reportadas en diferentes países en periodo prepandémico (antes de 2020) y pandémico (de 2020 a 2022).

## INDICADORES DEL ESTILO DE VIDA

Para este estudio, se retomaron como indicadores del estilo de vida la alimentación, la actividad física, la responsabilidad en salud, el manejo de estrés y la autoactualización, tal como lo proponen Pérez et al. en su revisión del Cuestionario Perfil de Estilo de Vida (PEPS-II).

### *Alimentación*

Se le conoce como alimentación al proceso consciente y voluntario de consumir alimentos dada la necesidad de comer. Esto no implica la especificación de ingerir nutrientes y aporte calórico de acuerdo con las necesidades de cada individuo para mantenerse saludable, como lo incluye la definición de alimentación saludable (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO], 2022).

Para los adultos se recomienda el consumo de al menos 400 gramos de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y cereales integrales, tener un consumo de menos de 30% de grasas, menos de 10% de azúcares y menos de 5 gramos de sal, preferente yodada (OMS, 2018). Sin embargo, aún con estas recomendaciones, antes de la pandemia se tenía en México un consumo deficiente de frutas y verduras, así como un excesivo consumo de alimentos de origen animal y bebidas endulzadas (Secretaría de Salud, 2016).



Ahora bien, en un estudio pandémico se encontró que los mexicanos refirieron un mayor consumo de bebidas azucaradas y de alimentos hipercalóricos y de bajo aporte nutrimental durante el confinamiento, siendo las mujeres quienes identificaron que tuvieron peor alimentación durante este periodo, ya que incrementaron el número de comidas durante el día (Meza-Miranda et al., 2021).

Este cambio no se vio reflejado sólo en el país, sino que a nivel internacional se pudo observar un incremento en el consumo de legumbres y alimentos a base de harinas, que se duplicó o triplicó, mientras que se redujo a la mitad el consumo de pescado y cereales integrales durante el COVID-19 (Eftimov et al., 2020). Por otra parte, Mignogna et al. (2022) identificaron que estos patrones alimentarios inadecuados no se presentaron en países de Europa, pues ahí la gente mostró una mejora en su calidad, consumo y frecuencia alimentaria.

Ahora bien, Rodríguez-Ramírez et al. (2021) reportaron que los hogares que tuvieron una disminución en sus ingresos económicos redujeron el consumo de alimentos saludables, como frutas, verduras y productos de origen animal, esto debido al cierre de mercados o negocios y que, a su vez, su precio se incrementó. Como consecuencia de lo anterior, las familias de escasos recursos optaron por disminuir la variedad de los platillos, así como el tamaño de las porciones, e incluso omitir comidas a lo largo del día.

Por otro lado, algunos estudios han encontrado cambios positivos en cuanto a la alimentación a consecuencia de las restricciones vividas en la pandemia de COVID-19, ya que se registró un aumento en el consumo de alimentos frescos, como frutas y verduras, lo que se atribuye al aumento en el tiempo que se pasó en casa, además de la disminución en el consumo de alimentos para llevar o comidas fuera del hogar (Jafri et al., 2021).

Como se observa, la alimentación es uno de los indicadores del estilo de vida más impactados a causa de la pandemia por COVID-19; sin embargo, se presentan algunos determinantes para su aparición, como el género, el nivel socioeconómico y la cultura.

### *Actividad física*

La actividad física contribuye a la prevención y control de enfermedades crónicas, mejora la salud mental, la calidad de vida y el bienestar. Ésta se da por el movimiento corporal, incluso en momentos recreativos, de desplazamiento o como parte de las actividades de la vida diaria. Es recomendado que los adultos tengan actividades físicas aeróbicas moderadas al menos 150 minutos a la semana, o entre 75 y 150 minutos de actividad intensa (OMS, 2022).

Al respecto, Vernaza-Pinzón et al. (2017) mencionaron en su estudio prepandemia en Colombia, que 3.22% de los adultos practicó una actividad física vigorosa, con un promedio de 181 minutos por semana; mientras que la actividad física moderada fue llevada a cabo por el 15.1%, con una frecuencia de 223 minutos por semana; por su parte, 70.3% de los adultos realizaba actividad física baja. Con esto se evidenció que menos de una cuarta parte de los adultos hacían actividad física antes de la pandemia. De la misma forma, en un estudio con brasileños se encontró que los adultos jóvenes presentaron un mayor patrón de actividad física que los adultos de edad media, siendo los hombres quienes tuvieron esta actividad con mayor frecuencia (Werneck et al., 2018).

Con respecto al estudio pandémico realizado en población de Latinoamérica, Méndez et al. (2022) reportaron que 46% de los encuestados mantuvo un nivel de actividad física bajo, 37% tuvo una actividad moderada y 17% practicó una actividad física intensa. Sin embargo, Mascherini et al. (2021) observaron un decremento significativo en la actividad física relacionada con las actividades de la vida diaria, mientras que la recreativa incrementó significativamente. Lo anterior refleja que durante la pandemia hubo un estilo de vida más sedentario, pero que también dio pie a tener más tiempo para realizar actividades físicas recreativas.

A pesar de que, durante el confinamiento, aumentó la cantidad de tiempo libre, éste no parece haberse invertido en la realización de actividad física, sino que, por el contrario, disminuyó; lo anterior, especialmente en las personas que con anterioridad no realizaban alguna actividad física (Magaz-González et al., 2022), además de que esta disminución se acentúa más en hombres que en mujeres (Álvarez y Meza, 2022).

Como se observa, los estudios reportaron que, en general, hay poca respuesta a la recomendación de la OMS (2022) respecto a la actividad física, tanto en México

como en países de Latinoamérica y de Europa. Sin embargo, la pandemia dio pie a la modificación de la actividad física, siendo los hombres y personas que ya realizaban actividad física, quienes invirtieron más tiempo en esta conducta.

### *Responsabilidad en salud*

Si bien no hay un concepto unificador sobre la responsabilidad en salud, Shapiro (1998) refirió que los estilos de vida en general son atribuibles a la elección responsable que hace una persona, por lo que son voluntarios y conscientes. Por su parte, De Ortúzar (2016) reflexionó que, si bien hay procesos sociales, políticos y económicos que influyen en las decisiones que una persona toma sobre su salud, como el acceso a los servicios médicos, las políticas públicas y otros factores, es ella quien toma acción individual sobre sus conductas de salud.

Para fines de este estudio, se recupera la definición operativa de Pender (1996) respecto a la frecuencia con la que las personas tienen una búsqueda de asistencia médica, se preocupan por su salud y por contar con ayuda educativa para la salud; es decir, las acciones voluntarias de asistencia profesional para procurar la salud o tratar la enfermedad.

Al respecto, Carranza et al. (2019) realizaron una intervención antes de la pandemia para promover los estilos de vida saludables en universitarios peruanos, identificando que actividades psicoeducativas sobre conocer el estado de salud, solicitar apoyo médico y técnicas de control de emociones, produjeron un incremento significativo en estas conductas de salud. En su estudio, los autores refieren que los estudiantes jóvenes representan un grupo de riesgo para el desarrollo de estas conductas de autocuidado, ya que puede existir la falsa creencia de salud, por lo que tienen menor acercamiento a la asistencia profesional que los adultos trabajadores.

Ahora bien, también se identificó que durante la pandemia por COVID-19, las acciones en responsabilidad en salud se vieron afectadas por varios aspectos; por un lado, la limitada capacidad de respuesta que tuvieron los sistemas de salud en el país, llevándolos a centrar sus esfuerzos en el combate al COVID-19 y disminuyendo las atenciones a otras enfermedades previas (Linn et al., 2020). Por otro lado, la búsqueda de asesoramiento médico y profesional, así como la preocupación por la salud estuvo más presente en mujeres, en personas que se consideraron vulnerables al COVID-19 o

quienes padecieron el virus, mientras que quienes desestimaron la gravedad por tener la creencia de que eran saludables, evitaron la búsqueda de información (Vásquez et al., 2020).

En algunos casos, la preocupación por la salud fue llevada a otro extremo, ya que por el desconocimiento de la enfermedad y el caos social y en salud experimentado, se desarrollaron acciones ansiógenas en salud tras buscar información médica en internet. Este fenómeno, llamado cibercondría (Akhtar & Fatima, 2020; Ovalle y Vásquez, 2020), se caracteriza por la sensación de seguridad en la búsqueda compulsiva de información en medios digitales; sin embargo, al ser ésta una búsqueda repetitiva en sitios web de dudosa procedencia, se genera mayor preocupación, desconfianza con el médico y automedicación, dejando en mayor riesgo a quien lo experimenta.

De esta manera, aspectos como las creencias de salud, la percepción de vulnerabilidad, el haber padecido la enfermedad de COVID-19, así como factores como la ansiedad, han sido parte de los factores que han influido en los cambios que se tuvieron en responsabilidad de salud en estos periodos.

## MANEJO DE ESTRÉS

El equilibrio entre responsabilidad en la salud viene dado, en parte, por el manejo de estrés; esto se refiere a la movilización de recursos físicos y psicológicos para reducir y controlar los efectos tóxicos (Ludick, 2017). Al respecto, González y Landero (2008) refirieron que el estrés explica la sintomatología psicósomática, así como afectaciones emocionales y estrategias de afrontamiento, lo que pone en mayor vulnerabilidad a quien lo padece y no lo maneja, de desarrollar afectaciones psicológicas y físicas.

En la última década, los niveles de estrés se han incrementado; en 2011 se encontró que más de un tercio de una población del sur de México presentó niveles elevados o peligrosos de estrés, sobre todo mujeres, adolescentes y jóvenes (Maruiris et al., 2011). Por su parte, Barraza (2020) identificó que los mexicanos presentaron un nivel fuerte de estrés, debido al riesgo de contagio, a la desconfianza endémica en las instituciones nacionales y al distanciamiento social. En este estudio también se destacó que las mujeres y los más jóvenes reportaron mayor estrés, preocupación y angustia por el colapso del sistema de salud, la posibilidad de enfermarse y que no hubiera vacunas o medicamento.

En ese sentido, en el ambiente laboral se detectó que la mayoría de los trabajadores optaron por implementar conductas evitativas o de escape para manejar el estrés laboral, seguido de conductas de enfrentamiento y una minoría de prevención (Bruges et al., 2020). Esto resulta preocupante, ya que en un inadecuado manejo de estrés lleva a tener poco rendimiento, poco compromiso con la institución y mayor costo de asistencia médica para las empresas.

Una línea que se desarrolló con mayor fuerza durante la pandemia fue el manejo de estrés en profesionales de la salud, identificando que enfermeras que se contagiaron de COVID-19, los residentes de medicina y médicos que atendían en áreas COVID presentaron un deficiente manejo de estrés, sobre todo en países como México, en el que se saturó el sistema sanitario (Barajas et al., 2020; García et al., 2020; Lozano-Vargas, 2021).

Es así como se resalta que el estrés y su manejo varía en función de la interpretación que le da la persona al evento estresante. El COVID-19, por su implicación en la salud, en lo socioeconómico y en el distanciamiento social, fue una situación que requirió de un mayor manejo del estrés.

### *Autoactualización*

La autoactualización es la capacidad que tiene una persona para tomar decisiones y reconocer sus habilidades en relación con el autocuidado, así como la actitud que tome para mantenerse al día sobre la información respecto al cuidado en la salud (Vijil et al., 2019). La autoactualización es un indicador del estilo de vida que permite que el individuo evalúe su condición de salud y actúe positivamente para preservarla.

A este respecto, se sabe que la autoactualización en salud se da por un conjunto de variables, entre las que se encuentran la autodeterminación, la inteligencia emocional, el bienestar psicológico y las conductas de salud (Castro et al., 2021). Esta actitud hacia la salud contribuye a la prevención de enfermedades físicas y mentales.

Si bien no es una variable muy estudiada, o al menos no desde el abordaje de la psicología de la salud, se sabe que los jóvenes universitarios suelen presentar un mayor nivel de autoactualización. En su estudio prepandémico, Vargas-Zárate et al. (2017) reportaron que 89.41% de los universitarios encuestados reflejaban una orientación positiva hacia la autoactualización. Mientras que Condori (2016) mostró

que 39.39% de los adultos trabajadores tenían una orientación, evidenciando con esto que los adultos con mayor edad mantenían una actitud negativa hacia cuidar su salud. Por su parte, Castillo (2021) reportó que, durante la pandemia, los universitarios presentaron niveles esperados de autoactualización, pero que cerca de 40% presentaron altos niveles de ésta, mientras que 15.38% evidenciaron una mala actitud sobre la autoactualización.

Es así como se destaca que la edad y la actividad principal pueden ser factores a considerar respecto a los niveles de autoactualización, ya que también han mostrado relación con los determinantes, como la autodeterminación, la inteligencia emocional y el bienestar psicológico (Castro et al., 2021). Asimismo, se observa que el estilo de vida, con sus diferentes factores, se han visto modificados con el paso de la pandemia, en lo que según el Modelo de Adaptación propuesto por Roy (citado por Díaz de Flores et al., 2002) es un proceso natural. En este modelo se considera que el ser humano tiene la capacidad de concientizarse, autodeterminarse y llevar a cabo decisiones que le acerquen a la conducta de salud, presentando tres niveles de esta adaptación: *comprometido*, cuando las respuestas a los requerimientos del ambiente son inadecuados; *compensatorio*, cuando se busca establecer una nueva organización ante los requerimientos del ambiente, e *integrado*, cuando las acciones están estructuradas y resultan funcionales de acuerdo con las necesidades del ambiente.

Tomando en cuenta que la pandemia por COVID-19 se dio por concluida hasta 2023, y que, a lo largo de estos años, las personas han continuado en su proceso de adaptación, misma que se ha visto afectada en función de factores sociodemográficos como el sexo y el tipo de actividad principal, así como factores de salud, principalmente el haber padecido COVID-19, el objetivo de este estudio se enfoca en describir cómo se presenta el estilo de vida de los mexicanos tras el regreso a las actividades presenciales posterior al periodo de confinamiento por COVID-19, según el sexo, el tipo de reincorporación a las actividades de la vida cotidiana y si tuvieron o no COVID-19. La hipótesis es que los mexicanos presentan un estilo de vida moderadamente saludable tras el regreso a sus actividades presenciales.

## METODOLOGÍA

Con el propósito de describir cómo se presenta el estilo de vida de los mexicanos, tras el regreso a las actividades presenciales, posterior al periodo de confinamiento por COVID-19, se realizó un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y transversal (León y Montero, 2002).

### *Participantes*

Mediante un muestreo por voluntarios se recolectó una muestra de 149 participantes de entre 18 y 58 años de edad; los jóvenes de entre 18 y 29 años ( $M = 21.11$ ) y los adultos entre 30 y 58 años ( $M = 40.70$ ) fueron del norte ( $n = 72$ ), centro ( $n = 51$ ) y sur de México ( $n = 26$ ). Los criterios de inclusión consistían en que tuvieran mayoría de edad, que contaran con un dispositivo electrónico con conectividad a internet, y que tuvieran alguna actividad laboral o educativa en la que debieron estar ausentes durante el confinamiento por COVID-19 y a la que hayan regresado de forma presencial o híbrida (presencial y virtual), tras un periodo mínimo de tres meses. Se excluyó a mexicanos que no vivían en el país y personas de otros países que residían en México, así como a quienes no otorgaron su consentimiento informado. La descripción de la muestra se presenta en la tabla 1.

**Tabla 1. Características de la muestra**

	<i>Características</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Sexo	Hombre	46	30.9
	Mujer	103	69.1
Estado civil	Soltera/o	87	58.4
	Casada/o	41	27.5
	Divorciada/o	10	6.7
	Unión Libre	11	7.4

*Continúa...*

	Bachillerato	57	38.3
Nivel de estudios	Licenciatura	71	47.7
	Maestría	16	10.7
	Doctorado	5	3.4
	Jóvenes	93	62.4
Grupo Etario	Adultos	56	37.6
	Estudiante	60	40.3
Ocupación	Trabajador	89	59.7
	Presencial obligatoria	52	34.9
Forma de reincorporación a tu principal actividad diaria	Presencial voluntaria	31	20.8
	Híbrida	66	44.3
	Menos de 3 meses	73	49.0
Tiempo en que regresó a las actividades de la vida diaria	Más de 3 meses	76	51.0
	Con COVID	34	22.8
Padeció COVID-19	Sin COVID	115	77.2

Fuente: elaboración propia.

### *Instrumentos*

Se aplicó un apartado de datos sociodemográficos en donde se preguntó por el sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación y principal actividad a la que regresó presencialmente, la forma de reincorporación, así como principales enfermedades precedentes. Así mismo, se les aplicó el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida ([PEPS-I] Walker et al., 1990), que mide el estilo de vida en seis factores: alimentación, actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés y autoactualización, distribuidas en 48 ítems que se responden con la escala Likert (0 = nunca, a veces, frecuentemente y 3 = rutinariamente). Fue validada en mexicanos, obteniendo un coeficiente de consistencia interna de  $\alpha = .94$ , con una estabilidad test re-test de  $r = .87$ . Los autores no propusieron puntos de corte o baremos para interpretar el puntaje en el estilo de vida; sin embargo, para este estudio se calcularon tres baremos con base



en el puntaje máximo de cada escala, quedando de los puntos de corte, como lo indica la tabla 2.

**Tabla 2. Puntos de corte PEPS-I**

<i>Subescala</i>	<i>Total de ítems</i>	<i>Puntos de corte</i>		
		<i>Bajo</i>	<i>Medio</i>	<i>Alto</i>
PEPS-I	48	0-47	48-96	97-144
Alimentación	6	0-5	6-11	12-18
Actividad física	5	0-4	5-9	10-15
Responsabilidad en salud	10	0-9	10-19	20-30
Manejo de estrés	7	0-6	7-13	14-21
Autoactualización	13	0-12	13-25	26-39

Fuente: elaboración propia.

### *Procedimiento*

La aplicación se llevó a cabo de forma virtual y autoaplicada, a través de la plataforma de Google Forms®, misma que se distribuyó en redes sociales durante el periodo septiembre-noviembre de 2021. En ésta se les explicaron los objetivos del estudio y se les garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos; asimismo, se les pidió su consentimiento informado y asentimiento de participación en el estudio.

### *Aspectos éticos*

El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Investigación del Departamento de Posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila. Éste se apegó a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Comisión Nacional de Bioética, 2013). De acuerdo con esta ley, el estudio fue clasificado como una investigación sin riesgo, dado que no se realizó intervención alguna, pues los resultados se basaron en los cuestionarios.

*Plan de análisis*

Se empleó el programa estadístico SPSS-25 para el procesamiento de datos, en el que se realizaron análisis descriptivos con tablas cruzadas de frecuencias y porcentajes de los factores del estilo de vida según el sexo, el tipo de reincorporación a las actividades presenciales y si tuvo o no COVID-19.

## RESULTADOS

La siguiente tabla presenta las frecuencias y porcentajes de los niveles de estilo de vida de los mexicanos en general, por sexo, por el tipo de reincorporación a su principal actividad, y si tuvieron o no COVID-19.

Tabla 3. Nivel de estilo de vida

<i>Subescala</i>	<i>Nivel de estilo de vida</i>		
	<i>Bajo f(%)</i>	<i>Moderado f(%)</i>	<i>Alto f(%)</i>
Alimentación	37 (24.8)	71 (47.7)	41 (27.5)
Actividad física	64 (43)	59 (39.6)	26 (17.4)
Responsabilidad en salud	101 (67.8)	46 (30.9)	2 (1.3)
Manejo de estrés	63 (42.3)	62 (41.6)	24 (16.1)
Autoactualización	12 (8.1)	74 (49.7)	63 (42.3)
Total Estilo de vida	33 (21.1)	95 (63.8)	21 (14.1)

Fuente: elaboración propia.

En la tabla 3 se muestra el nivel de estilo de vida en general, en la que se aprecia que, en todos los factores del estilo de vida, cerca de 50% de los respondientes presentaron un nivel de bajo o moderado, destacando el bajo nivel de responsabilidad en salud (67.3%), y los puntajes moderados en alimentación (47.7%), autoactualización (49.7%), así como el estilo de vida en general (63.8%).

Tabla 4. Nivel de estilo de vida según el sexo

<i>Subescala</i>	<i>Nivel de estilo de vida en hombres</i>			<i>Nivel de estilo de vida en mujeres</i>		
	<i>Bajo f(%)</i>	<i>Moderado f(%)</i>	<i>Alto f(%)</i>	<i>Bajo f(%)</i>	<i>Moderado f(%)</i>	<i>Alto f(%)</i>
Alimentación	12(26.1)	19(41.3)	15(32.6)	25(24.3)	52(50.5)	26(25.2)
Actividad física	20(43.5)	19(41.3)	7(15.2)	44(42.7)	40(38.8)	19(18.4)
Responsabilidad en salud	28(60.9)	17(37.0)	1(2.2)	73(70.9)	29(28.2)	1(1.0)
Manejo de estrés	17(37.0)	22(47.8)	7(15.2)	46(44.7)	40(38.8)	17(16.5)
Autoactualización	6(13.0)	19(41.3)	21(45.7)	6(5.8)	55(53.4)	42(40.8)
Estilo de Vida	14(30.4)	25(54.3)	7(15.2)	19(18.4)	70(68.0)	14(13.6)

Fuente: elaboración propia.

Respecto a la descripción del nivel de estilo de vida según el sexo, se puede observar que los hombres ( $n = 46$ ) presentaron mayor porcentaje de niveles bajos a moderados en las subescalas de actividad física, responsabilidad en salud, manejo de estrés y en el estilo de vida en general, mientras que evidenciaron puntajes de moderados a altos en alimentación y autoactualización (véase la tabla 4).

Por su parte, las mujeres ( $n = 103$ ) mostraron principalmente niveles bajos a moderados en las subescalas Actividad física, Responsabilidad en la salud y Manejo de estrés. Asimismo, obtuvieron puntajes de moderados a altos en Autoactualización. En cuanto a la subescala Alimentación, 50.5% de ellas mostró un puntaje moderado, y el resto se distribuyó equitativamente entre un puntaje bajo y uno alto. Respecto al estilo de vida, las mujeres evidenciaron mayor porcentaje de nivel moderado (véase la tabla 4).

**Tabla 5. Nivel de estilo de vida según el tipo de reincorporación a las actividades de la vida cotidiana**

Subescala	<i>Presencial obligatoria</i>			<i>Presencial voluntaria</i>			<i>Híbrida</i>		
	<i>Bajo f(%)</i>	<i>Moderado f(%)</i>	<i>Alto f(%)</i>	<i>Bajo f(%)</i>	<i>Moderado f(%)</i>	<i>Alto f(%)</i>	<i>Bajo f(%)</i>	<i>Moderado f(%)</i>	<i>Alto f(%)</i>
Alimentación	13(25.0)	24(46.2)	15(28.8)	8(25.8)	13(41.9)	10(32.3)	16(24.2)	34(51.5)	16(24.2)
Actividad física	28(53.8)	20(38.5)	4(7.7)	9(29.0)	12(38.7)	10(32.3)	27(40.9)	27(40.9)	12(18.2)
Responsabilidad en salud	34(65.4)	17(32.7)	1(1.9)	21(67.7)	10(32.3)	0(0)	46(69.7)	19(28.8)	1(1.5)
Manejo de estrés	21(40.4)	22(42.3)	9(17.3)	14(45.2)	12(38.7)	5(16.1)	28(42.4)	28(42.4)	10(15.2)
Autoactualización	5(9.6)	22(42.3)	25(48.1)	3(9.7)	16(51.6)	12(38.7)	4(6.1)	36(54.5)	26(39.4)
Estilo de Vida	14(26.9)	33(63.5)	5(9.6)	6(19.4)	19(61.3)	6(19.4)	13(19.7)	43(65.2)	10(15.2)

Fuente: elaboración propia.

La tabla 5 muestra la descripción del estilo de vida según el tipo de reincorporación a las actividades de la vida cotidiana, destacando que quienes regresaron obligatoriamente a las actividades presenciales ( $n = 52$ ), puntuaron con mayor frecuencia en un bajo estilo de vida en las subescalas Actividad física y Responsabilidad en salud. La subescala Manejo de estrés presentó un puntaje de bajo a moderado. La mayoría también reportó un nivel moderado de alimentación y de estilo de vida en general. Así mismo, en la subescala de Autoactualización reportaron niveles de moderados a altos.

Quienes regresaron voluntariamente a sus actividades presenciales ( $n = 31$ ) reportaron, por su parte, mayor frecuencia en un manejo de estrés bajo y autoactualización moderada, así como puntajes de moderados a altos en actividad física. Mientras que quienes se reincorporaron de forma híbrida ( $n = 66$ ) manifestaron mayor frecuencia en puntajes de bajos a moderados en hacer actividad física y moderados en autoactualización.

**Tabla 6. Nivel de estilo de vida si tuvo o no COVID-19**

<i>Subescala</i>	<i>Con COVID-19</i>			<i>Sin COVID-19</i>		
	<i>Bajo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Alto</i>	<i>Bajo</i>	<i>Moderado</i>	<i>Alto</i>
Alimentación	7(20.6)	16(47.1)	11(32.4)	30(26.1)	55(47.8)	30(26.1)
Actividad física	17(50.0)	17(50.0)	0(0)	47(40.9)	42(36.5)	26(22.6)
Responsabilidad en salud	19(55.9)	15(44.1)	0(0)	82(71.3)	31(27.0)	2(1.7)
Manejo de estrés	15(44.1)	14(41.2)	5(14.7)	48(41.7)	48(41.7)	19(16.5)
Autoactualización	3(8.8)	13(38.2)	18(52.9)	9(7.8)	61(53.0)	45(39.1)
Estilo de Vida	8(23.5)	24(70.6)	2(5.9)	25(21.7)	71(61.7)	19(16.5)

Fuente: elaboración propia.

La tabla 6 muestra el estilo de vida de los respondientes que a la fecha habían dado positivo a COVID-19 (n=34) y de los que no habían padecido este virus (n = 115). Se destaca que quienes ya habían tenido COVID-19 presentaron al momento de su reincorporación a sus actividades niveles de bajos a moderados en actividad física, responsabilidad en salud (55.9-44.1%) y manejo de estrés. Éstos revelaron niveles moderados de alimentación y de estilo de vida en general y un alto nivel en autoactualización (52.9%).

Los participantes que se contagiaron de COVID-19 tuvieron mayor distribución equitativa entre los puntajes bajos y altos de alimentación; además, hubo quienes presentaron un nivel alto de actividad física (22.6%), mientras que mostraron una predominancia hacia un bajo nivel de responsabilidad en salud (71.3%), así como hacia un nivel moderado de autoactualización (53%).

## DISCUSIÓN

El estilo de vida representa uno de los principales factores asociados al desarrollo o prevención de enfermedades. Al estar conformado por pautas conductuales, que hacen alusión a comportamientos repetitivos, pudieran parecer invariables; sin embargo, estas pautas están en constante cambio, viéndose afectadas por factores internos y externos (OMS, 1998; OPS, 2016), tal como se ha visto en los tres periodos referidos en este capítulo: la prepandemia, la pandemia y la pospandemia por el COVID-19.

En este estudio, en el que se tuvo como objetivo describir cómo se presenta el estilo de vida de los mexicanos tras el regreso a las actividades presenciales posterior al periodo de confinamiento por COVID-19, según el sexo, el tipo de reincorporación a las actividades de la vida cotidiana y si tuvieron o no COVID-19, se pudo observar que, en general, la mayoría de los jóvenes y adultos que participaron en el análisis, presentó un nivel moderado del puntaje total del estilo de vida, así como de los indicadores de alimentación y autoactualización. Sin embargo, también se encontró que la mayoría reflejó un nivel bajo en la actividad física, la responsabilidad en salud y el manejo de estrés, contrastando con los datos proporcionados por estudios, en donde los hábitos alimentarios fueron no saludables (Meza-Miranda et al., 2021; Mignogna et al., 2022), mientras que la responsabilidad en salud y autoactualización mejoraron en la pandemia (Akhtar & Fatima, 2020; Castillo, 2021; Vásquez et al., 2020).

Respecto a la descripción del estilo de vida según el sexo se pudo observar que quienes presentaron puntajes moderados y altos de alimentación, actividad física, autoactualización y del estilo de vida en general, fueron mujeres, lo que contrasta con los resultados pandémicos reportados por Maza-Miranda (2021) y de Álvarez y Meza (2022), quienes encontraron que en ellas se percibe un deterioro en su estilo de vida en estos aspectos durante la pandemia. En cambio, los hombres mostraron, en su mayoría, puntajes moderados y altos en responsabilidad en salud y manejo de estrés, mientras que Vásquez et al. (2020) indicaron que las mujeres evidenciaron mayor responsabilidad en salud, mientras que Maruiris et al. (2011) apuntaron a que las mujeres tienen menor control de estrés.

Por otra parte, tras el fin del confinamiento, los trabajadores y estudiantes del país regresaron a sus actividades presenciales de forma obligada, es decir, por indicación del patrón o las autoridades educativas, de forma voluntaria, y/o de forma híbrida; asistencia presencial en días u horarios específicos y realización de actividades en línea. En este estudio destacó que hay similitudes entre los tres tipos de personas, destacando que los participantes tuvieron niveles moderados de alimentación y en el estilo de vida general, bajo nivel de responsabilidad en salud y manejo de estrés, así como niveles moderados y altos en autoactualización.

Si bien no hay estudios con qué comparar estos datos, resulta interesante identificar que, en diversos estudios, las personas con ocupaciones laborales y académicas presentaron mayor afectación en su estilo de vida (Bruges et al., 2020; Castro et al., 2021); sin embargo, la muestra de este estudio tuvo, en general, mejores niveles en sus indicadores.

Finalmente, se pudo observar que los participantes que hasta el momento de la evaluación no se habían contagiado de COVID-19 presentaron mayormente puntajes moderados y altos en todos los indicadores y en el estilo de vida general. Esto contrasta con lo mencionado por Vásquez et al. (2020) y por Ovalle y Vásquez (2020), quienes refirieron que las personas que habían sido positivas al virus de SARS-CoV-2 presentaban mayores conductas de cuidado de la salud.

De esta manera, se obtuvieron datos empíricos que permiten aceptar la hipótesis que propone que los mexicanos presentan un estilo de vida moderadamente saludable tras el regreso a sus actividades presenciales posterior al periodo de confinamiento por COVID-19.

Como se puede ver, son diferentes aspectos en los que los resultados empíricos presentados contrastan con los de estudios prepandémicos y pandémicos, que en parte se pueden comprender con lo propuesto por Roy en su Modelo de Adaptación (citado por Díaz de Flores et al., 2002). De acuerdo con lo observado, durante el periodo prepandémico se tenía un nivel de adaptación integrada, pues con todo y que los estilos de vida eran no saludables, estas conductas habituales respondían a las necesidades demandantes del día a día. Por otra parte, el periodo pandémico fue una época de inestabilidad en salud, económica y social (Rodríguez-Ramírez et al., 2021), ante el que Barraza (2020) refiere que en los primeros meses de confinamiento social hubo un gran desajuste emocional, que llevó a una adaptación comprometida. Sin embargo, con el paso del confinamiento pandémico, la adaptación fue compensatoria; las conductas compensatorias se caracterizan por la ejecución intencionada de comportamientos con el fin de contrarrestar efectos negativos percibidos en el ambiente, como lo fue el tiempo de confinamiento debido a la pandemia (citado por Díaz de Flores et al., 2002).

Este estudio se centró en el periodo de adaptación que tuvieron los jóvenes y adultos que pasaron del confinamiento al retorno a sus actividades presenciales diarias (Gobierno de México, 2020). Según los resultados, el estilo de vida se ha visto afectado una vez más, ya que se presentan niveles moderados de conductas habituales de salud, lo que parece lógico al pensar que los mexicanos están en una adaptación, compensando la búsqueda de estilos de vida más saludables, como se requirió durante la pandemia, con la demanda habitual de las actividades presenciales. Todo esto apunta a que los estilos de vida son un fenómeno dinámico que merece la pena estudiar para predecir y prevenir las conductas de salud.

Lo anterior, refleja la importancia de acrecentar los estudios que permitan comprender los procesos adaptativos pre-pandémicos, pandémicos y postpandémicos, tanto con estudios comparativos longitudinales como con modelos explicativos de la adaptación en estos procesos. Así mismo, se observa la necesidad de profundizar en la experiencia de personas según su sexo, edad, ocupación y padecimientos, respecto a la modificación de sus estilos de vida.

## REFERENCIAS

- Akhtar, M., & Fatima, T. (2020). Exploring cybercondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *Journal Pakistanie Medical Association*, 70(1), 90-95.
- Álvarez, J., y Meza, C. (2022). Los hábitos de salud y la adaptación a la pandemia de COVID en México. *Revista de Psicología de la Salud*, 10(1), 1-11. <https://doi.org/10.21134/pssa.v10i1.812>
- Barajas, A., Andrade, J. S., y Ramos, V. O. (2020). Retos para la educación médica en México en los tiempos de COVID-19. *Gaceta Médica de México*, 156(3), 1-12. <https://doi.org/10.24875/gmm.20000161>
- Barraza, A. (2020). *El estrés de pandemia (COVID-19) en población mexicana*. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica S.C.
- Bruges, D. P., López, D. D., y Saocarrás, C. A. (2020). Estrés laboral en las empresas de telefonía celular privadas en la frontera entre Colombia y Venezuela. *Revista espacios*, 41(25), 254-266.
- Carranza, R. F., Caycho-Rodríguez, T., Salinas, S. A., Ramírez, M. R., Campos, C., Chuquisita, K., & Pérez, J. (2019). Effectiveness of an intervention based in the Nola Pender Model in Promoting healthy lifestyles in Peruvian universities. *Revista cubana de enfermería*, 35(4), 1-2.
- Castillo, M. (2021). Estilo de vida en el contexto de la pandemia de los estudiantes de enfermería de una universidad privada. [Tesis de licenciatura, Universidad Privada del Norte]. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2216%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a08.pdf>. 2009 abr-jun; 13(2).
- Castro, J. A., Hernández-Pozo, M. R., & Barahona, I. (2021). Metacognition and self-determination, impulsivity and emotional intelligence and its relation with wellbeing and health



- indicators in young adults. *Interacciones*, 7, 216-222. <http://dx.doi.org/10.24016/2021.v7.216>.
- Comisión Nacional de Bioética (2013). *Norma oficial mexicana NOM-12-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos*. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gsc.tab=0)
- Concello, R., Soranna, D., Zambra, G., Zambon, A., & Invitti, C. (2020). Determinants of the lifestyle changes during COVID-19 pandemic in the residents of northern Italy. *International journal of environmental research and public health*, 17(17), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176287>
- Condori, N. Y. (2016). *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor en el distrito de polobaya. Arequipa 2015*. [Tesis de licenciatura, Universidad Alas Peruanas]. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/379/M21587.pdf?sequence=1>
- De Ortúzar, M. G. (2016). Responsabilidad social vs. Responsabilidad individual en salud. *Revista de bioética y derecho*, 36, 1-5. <https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.36.15374>
- Díaz de Flores, L. (2002). Análisis de los conceptos de modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichan*, 2(1), 19-23.
- Eftimov, T., Popovski, G., Petkovic, M., Korousic, B., & Kocev, D. (2020). COVID-19 pandemic changes the food consumption patterns. *Trends in food science & technology*, 104, 268-272. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2020.08.017>
- García, P., Jiménez, A. A., Hinojosa, L., García, G. N., Cano, L. E., y Abeldaño, R. A. (2020). Estrés laboral en enfermeras de un hospital público de la zona fronteriza de México, en el contexto de la pandemia covid-19. *Revista de Salud Pública*, 2, 65-73. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.v0.31332>
- Gobierno de México (2020). Acuerdo por el que se establecen lineamientos técnicos específicos para la reapertura de las actividades económicas. [https://dof.gob.mx/2020/SALUD/Acuerdo\\_Salud\\_290520\\_VES.pdf](https://dof.gob.mx/2020/SALUD/Acuerdo_Salud_290520_VES.pdf)
- González, M. T., y Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista panamericana de salud pública*, 23(1), 7-18.
- Jafri, A., Mathe, N., Aglago, E.K., Konyole, S. O., Ouedraogo, M., Audain, K., Zongo, U., Laa, A. K., Johnson, J., & Sanaou. (2021). Food availability, accessibility and dietary practices during the COVID-19 pandemic: a multi-country survey. *Public health nutrition*, 24(7), 1798-1805. <https://doi.org/10.1017/S1368980021000987>

- León, O., y Montero, I. (2002). *Métodos de investigación en psicología y educación*. McGraw-Hill.
- Linn, L., Oliel, S., & Baldwin, A. (2020). La COVID.19 afectó el funcionamiento de los servicios de salud para enfermedades no transmisibles en las Américas. <https://www.paho.org/es/noticias/17-6-2020-covid-19-afecto-funcionamiento-servicios-salud-para-enfermedades-no>
- Lozano-Vargas, A. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la pandemia por la COVID-19. *Revista de neuropsiquiatría*, 84(1), 1-2. <https://doi.org/10.20453/rnp.v84i1.3930>
- Ludick, J. E. O. (2017). Efectos de los estilos de vida saludables en las habilidades sociales en jóvenes. *Vertientes. Revista Especializada en Ciencias de la Salud*, 20(2), 5-11. <https://revistas.unam.mx/index.php/vertientes/article/view/67161>
- Magaz-González, A. M., Mendaña, C., Sahelces, C., & García, M. (2022). The quality of rest and its relationship with physical activity practice during the COVID-19 lockdown in Spain. *Retos*, 55, 155-166.
- Maruiris, M., Cortés, P., Gómez, L., y Godínez, F. (2011). Niveles de estrés en una población del sur de México. *Psicología y salud*, 21(2), 239-244.
- Mascherini, G., Catelan, D., Pellegrini-Giampietro, D. E., Petri, C., Scaletti, C. & Gulisano, M. (2021). Changes in physical activity levels, eating habits and psychological well-being during the Italian COVID-19 pandemic lockdown: Impact of sociodemographic factors on the Florentine academic population. *Plos One*, 16(5), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252395>
- Méndez, E., Méndez, J., Méndez, E., Ortiz, J., & Méndez, V. (2022). Práctica de actividad física: barreras para la actividad física en docentes universitarios en época de pandemia/confinamiento. *Universidad y Sociedad*, 14(3), 724-732. <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2919/2876>
- Meza-Miranda, E., Nuñez, B., Durán, S., Pérez, P., Martín, B., Cerdón, K., Carpio, V., Nava, E. J., Camacho, S., Ivankovich, S., Ríos, I., González, G., Bejarano, J. J., Ortiz, A., Mauricio, S., & Landaeta, L. (2021). Consumo de bebidas azucaradas durante la pandemia por Covid-19 en doce países beroamericanos: Un estudio transversal. *Revista chilena de alimentación*, 48(4), 569-577. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182021000400569>
- Mignogna, C., Costanzo, S., Ghulam, A., Cerletti, C., Benedetta, M., de Gaetano, G., Iacoviello, L., & Bonnacio, M. (2022). Imcapt of nutritionwide lockdowns resulting from the first wave of the COVID-19 pandemic on food intake, eating behaviors, and

- diet quality: A systematic review. *Advances in nutrition*, 13(2), 388-423. <https://doi.org/10.1093/advances/nmab130>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (2022). *Glosario de términos*. <https://www.fao.org/3/am401s/am401s07.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1)
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Alimentación sana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
- Organización Mundial de la Salud (2022). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). *Guía de entornos y estilos de vida saludables en comunidades indígenas Lenkas*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34580/vidasaludable2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ovalle, M., y Vásquez, G. A. (2020). Cibercondría: Un nuevo ente clínico en el contexto de la pandemia por COVID-19. *Revista del cuerpo médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 13(4), 1-12. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.134.778>
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Appleton & Language.
- Pérez, B. A., Pérez, A., y Laviada, J. (En revisión). Propiedades psicométricas del Cuestionario Perfil de Estilo de Vida Revisado (PEPS-II) en México. *Revista Mexicana de Trastornos de la Conducta Alimentaria*.
- Rodríguez-Ramírez, S., Gaona, E. B., Martínez, B., Romero, M., Mundo, V. & Shamah-Levy, T. (2021). Inseguridad alimentaria y percepción de cambios en la alimentación en hogares mexicanos durante el confinamiento por la pandémica de Covid-19. *Salud Pública*, 63(6), 763-772. <https://doi.org/10.21149/12790>
- Secretaría de Salud (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2016/doctos/informes/ENSANUT2016Resultados Nacionales.pdf>
- Secretaría de Salud (2020). *Sana distancia*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/sana-distancia>
- Secretaría de Salud (2022). *Encuesta Nacional de Salud y Alimentación sobre COVID-19. Resultados Nacionales*. [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804\\_Ensa21\\_digital\\_4ago.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf)
- Shapiro, D. (1998). Why even egalitarians should favor market health insurance? *Social philosophy and policy*, 15(2), 146-166. <https://doi.org/10.1017/S0265052500001965>

- Vargas-Zárate, M., Becerra-Bulla, F., & Prieto-Suárez, E. (2017). Estudiantes universitarios y el estilo de vida. *Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa*, 4(8), 116-125. <https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/723/1009>
- Vásquez, G., Urtecho-Osorto, O. R., Agüero-Flores, M., Díaz Martínez, M. J., Paguada, R. M., Varela, M. A., Landa-Blanco, M., & Echenique, Y. (2020). Mental health, confinement, and coronavirus concerns: a qualitative study. *Revista Interamericana de Psicología*, 54(2), e1333. <https://doi.org/10.30849/ripijp.v54i2.1333>
- Vernaza-Pinzón, P., Villaquiran-Hurtado, A., Paz-Peña, C. I., & Ledezma, B. M. (2017). Risk and physical activity level in adults in a healthy lifestyle program in Popayán. *Revista de Salud Pública*, 19(5), 624-630. <https://doi.org/10.15446/rsap.V19n5.53042>
- Vijil Mejía, M. E., Valeriano Lanza, M. R., y Espinoza Espinal, B. (2019). Estilo de vida en estudiantes de medicina en internado rotatorio del hospital Mario Catarino Rivas. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 5(2), 16-24. <https://doi.org/10.5377/rceucs.v5i2.7632>
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A Spanish language version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *Nursing Research*, 39(5), 268-73.
- Werneck, A. O., Oyeyemi, A. L., Szwarcwald, C. L., & Silva, D. R. (2018). Association between physical activity and alcohol consumption: sociodemographic and behavioral patterns in Brazilian adults. *Journal of public health*, 41(1), 781-787. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy202>
- Xiang, M., Zhang, Z., & Kuwahara, K. (2020). Impacto of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Progressive cardiovascular disease*, 63(4), 531-532. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.013>

# LOS HÁBITOS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN Y LA ADAPTACIÓN A LA PANDEMIA EN MÉXICO

*Cecilia Meza Peña\**

*Javier Álvarez Bermúdez\*\**

## INTRODUCCIÓN

El confinamiento fue una de las principales estrategias a nivel internacional para intentar controlar la propagación del virus SARS-CoV-2 (conocido por la población como COVID o bien coronavirus), que inició a finales de 2019 (World Health Organization, 2020). Dada la magnitud del problema, a finales de enero del 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió una alerta a nivel internacional sobre el brote presentado en China, y ya para el siguiente mes, la emergencia sanitaria suscitada se declaró pandemia, lo que llevó a la suspensión de actividades no esenciales y al aislamiento social, generando con ello cambios en las rutinas y comportamientos habituales de toda la población (Chen et al., 2020).

Diversos laboratorios a nivel mundial invirtieron sus esfuerzos en el desarrollo de una vacuna contra el COVID, entre los que Pfizer/BioNTech anunció en noviembre de 2020 sobre sus avances; posteriormente, lo harían Moderna, AstraZeneca, CanSino y Sinovac, entre otros. Es así que, dentro de una carrera competitiva, los laboratorios Pfizer/BioNTech del Reino Unido lograron lanzar la primera vacuna contra el coronavirus, que fue aprobada en diciembre de 2020, posicionándose como el primer referente al respecto.

En México, el primer caso positivo de Coronavirus fue detectado en febrero de 2020. A partir de ese momento el número de casos creció exponencialmente, lo que causó la declaración de estado de emergencia nacional en marzo del mismo año (Consejo de Salubridad General, 2020). El cierre de actividades laborales, educativas y recreativas llevó a una situación de confinamiento nunca experimentada, para lo cual la población no tenía referentes de cómo actuar ante ello, lo que inició un proceso de

---

\* Grupo de investigación internacional PSYCOVID Nodo México.

\*\* Universidad Autónoma de Nuevo León.

adaptación de las personas respecto a esa nueva normatividad. Aún con las medidas implementadas, para julio ya se habían registrado más de 39 000 muertes en México y cerca de 400 000 casos (Statista, 2022).

En América Latina, el primer país autorizado para recibir y aplicar las vacunas fue México, iniciando el proceso a finales de 2020. La primera persona vacunada en México fue una enfermera de un hospital general, ya que la primera línea de actuación contemplaba la inmunización del personal de salud que atendía a los enfermos de coronavirus. Para fines de febrero de 2021, se inició la segunda etapa de vacunación dirigida a personas adultas mayores.

Estudios en materia de salud mental habían señalado que los eventos críticos tenían efectos en la población manifestándose en síntomas de estrés, ansiedad, depresión, dificultades para conciliar el sueño, negación, enojo y miedo (Espinosa et al., 2020; Torales et al., 2020). No obstante, no es de nuestro conocimiento estudios psicológicos en pandemias previas, como el caso de la gripe española, suscitada entre 1918 y 1920, la cual, así como la pandemia por COVID, implicó la pérdida de millones de personas en todo el mundo. Lo más cercano a un evento de esta naturaleza, sin alcanzar la magnitud de esta nueva pandemia, fue el problema del síndrome respiratorio agudo grave (SARS), el cual surgió al sur de China en 2003, que afectó a más de 29 países, y fue considerado como la primera pandemia del siglo (Vaqué Rafart, 2005), en la cual, Peng et al. (2010) reportaron altos niveles de pesimismo y malestar psicológico en alrededor de 10% de la población.

Ya específicamente respecto a los efectos de la actual pandemia de COVID-19 y el confinamiento, un estudio en China (Zhu et al., 2020) informó de la prevalencia moderada de problemas de salud mental en 24% de las personas que estaban afrontando la cuarentena en casa. Wang et al. (2020, 2020a) reportan síntomas de depresión de moderados a severos en 17% de sus muestras en China. En un estudio con pacientes sobrevivientes de COVID-19, se encontró que más de la mitad de la muestra presentó al menos un desorden mental (Mazza et al., 2020). En otra investigación desarrollada en Italia (Di Renzo et al., 2020) se observó que uno de cada tres italianos mostró sintomatología de ansiedad. Otro análisis en el mismo país (Casagrande et al., 2020) evidenció que aquellos jóvenes y mujeres, especialmente quienes tenían por una probable infección por COVID-19, tenían un riesgo mayor de desarrollar niveles altos de ansiedad y angustia. En el caso del Reino Unido, un estudio para conocer los cambios temporales en la salud mental de la población, con datos previos a la pandemia

y durante la pandemia (Pierce et al., 2020), advirtieron un incremento en los niveles de angustia de la población mayor de 16 años. Asimismo, señalan que los grupos con mayores niveles de angustia eran aquellos con condiciones previas de deterioro en salud mental. En Australia, personas afectadas por la pandemia de COVID-19 mostraron altos niveles de emociones negativas asociadas a preocupaciones respecto a la salud de la familia y los seres queridos (Rossell et al., 2021).

Las respuestas emocionales ante emergencias como la del coronavirus provocan miedo y angustia, muchas veces asociados a una percepción de incertidumbre. Dicha percepción se asocia a comportamientos negativos que incrementan, asimismo, el miedo y las percepciones equivocadas del riesgo al que se está expuesto (Shigemura et al., 2020). En el mismo sentido, el aislamiento implica la pérdida de control sobre las propias actividades (Rubin & Wessely, 2020) y una sensación de estar expuestos a factores más allá de uno mismo, lo que tiene como efecto una tendencia al desajuste emocional.

En Australia, la pandemia de COVID-19 ha provocado emociones como depresión, ansiedad y estrés, con índices más altos en personas con una condición de salud mental previa (Rossell et al., 2021). Estudios en Estados Unidos de América (EUA) y Canadá (Zheng et al, 2021) reportan que alrededor de 70% de las muestras en ambos países presentaron síntomas de depresión, esto en los diversos grupos poblacionales de edad, género u origen étnico.

En España, una investigación reportó que más de una cuarta parte de la muestra presentaba síntomas de depresión, los cuales se incrementaron durante el confinamiento (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Por su parte, Pan et al. (2021) en una muestra holandesa encontraron que los síntomas depresivos tendían a incrementarse, sobre todo en personas sin condiciones previas de la enfermedad.

Algunas investigaciones dedicadas al estudio de la depresión han expuesto que las alteraciones de las rutinas de las personas, sobre todo las abruptas, constituyen un factor de riesgo (Bennik et al., 2013). Así mismo, estudios previos han señalado que el detrimento de las actividades recreativas, las relaciones sociales, los hábitos alimentarios, el tiempo de descanso o actividad física son factores que se asocian con la presencia de diversos problemas de salud mental (Snippe et al., 2016). A la par, se ha encontrado que al mantener en niveles adecuados estos hábitos, actúan como factores protectores ante dichas problemáticas, o bien para ayudar a las personas a salir de éstas (Gómez-Juanes et al., 2017; Palomino, 2020; Ramón-Arбуés et al., 2019).

Concerniente a los hábitos de salud, ellos representan las prácticas que forman parte de la vida de las personas debido a su función biológica, pero sobre todo porque a la vez cumplen una función psicosocial en las interacciones con otras personas (Álvarez, 2004). Un aspecto que ha servido para dar relevancia al tema es cómo los hábitos se manifiestan en los comportamientos habituales de las personas. Los hábitos han sido estudiados con gran interés, y diversos autores han intentado explicarlos (Wood & Runger, 2016). Existen muchos estudios en torno a los hábitos de salud y su relación con los procesos de salud-enfermedad; además, se ha analizado de qué forma se relacionan con los estilos de vida y la manifestación de enfermedades crónico-degenerativas (Pérez & Álvarez, 2018; Moral et al., 2011).

Así, algunas investigaciones han mostrado que el hábito de ejercicio físico practicado con regularidad está asociado al bienestar psicológico, a que las personas se perciban con mayor grado de salud, presenten menores niveles de estrés y buen estado de ánimo (Jiménez et al., 2008). Además, las creencias saludables pueden predecir la salud mental positiva y estilos de vida saludables, mientras que quienes tienen estilos de afrontamiento funcionales ante situaciones estresantes presentan más altos niveles de salud mental y, a su vez, adoptan hábitos saludables (Gómez-Acosta, 2018).

La magnitud no prevista de esta pandemia llevó a la conformación de diferentes grupos de investigación a nivel mundial, no sólo en el área de la medicina y del desarrollo de vacunas, sino también atendiendo a las variables psicológicas. Es así como el presente estudio forma parte de un proyecto internacional en el que colaboraron más de 60 investigadores, representando a 30 universidades proveniente de 15 países. El grupo internacional llevó a la integración de un Nodo en México, cuyos trabajos iniciaron en forma virtual a finales de abril de 2020, integrando a investigadores del área de psicología de diferentes universidades públicas del país, cuyo interés coincidiera con el del equipo internacional y buscara conocer el impacto de la pandemia en la salud mental de la población. De este trabajo nacional conjunto emergieron diversos reportes. En el presente estudio, se planteó analizar cómo se manifestaron los hábitos de sueño, alimentación y actividad física de las personas, y cómo esto se relacionó con la depresión y la adaptación al confinamiento por la pandemia en los diferentes grupos de edad, esto durante la fase II de la pandemia.



## MÉTODO

El estudio tuvo como objetivo analizar el impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 ante todas las medidas de restricción de movilidad que fueron implementadas en los diferentes países. El diseño fue transversal, correlacional, comparativo y predictivo. El estudio forma parte de un proyecto internacional más amplio, denominado PSY-COVID-19, coordinado por la Universidad Autónoma de Barcelona, para ello se contó con el visto bueno del Comité de Ética de dicha Universidad. El levantamiento de datos en México se realizó durante junio y julio de 2020, en la fase II de la cuarentena.

### *Participantes*

Bajo la técnica de muestreo de bola de nieve (Leighton et al., 2021), se logró una muestra en la que participaron 7 439 personas provenientes de los 31 estados que conforman el país y de la Ciudad de México, cuyas edades comprendían un intervalo de 18 a 80 años ( $M = 36.99$ ,  $DE = 14.00$ ), 69.9% son mujeres y 30.1% son hombres. Los estados con una mayor participación de su población fueron Nuevo León (18.7%), Jalisco (13.4%), Aguascalientes y Ciudad de México (cada uno con 9.9%), San Luis Potosí (7.5%), Nayarit (6.0%), Morelos y Puebla (con 5.0% cada uno) y el resto de los estados con participaciones inferiores a 5%. Así mismo, 95.1% de los participantes reportaron contar con estudios universitarios, mientras que 4.8% indicaron estudios de nivel medio-básico y sólo 0.04% señaló no tener estudios.

En el momento de la investigación, 59.8% de la muestra estaba seguro de no haber contraído el virus, .8% ( $n = 57$ ) estaba seguro de haber estado contagiado, mientras que 38.9% no estaba seguro de haber sido ya portador o estar contagiado por el virus. El 1.3% restante prefirió no contestar a esta interrogante.

### *Instrumentos*

Se utilizó la *escala para la valoración del impacto psicológico del confinamiento* (Grupo PSICOVID). El total de ítems incluidos en el cuestionario fue de 105 ( $\alpha = .878$ ). Para

fin del estudio se incluyen los cuatro indicadores referentes a los hábitos de salud, como alimentación, ejercicio y sueño, así como los que interrogan sobre la adaptación a los cambios a partir del confinamiento y de depresión.

Se emplearon tres reactivos para los hábitos, redactados en escala tipo Likert, con la consigna “Indique hasta qué punto han cambiado los siguientes aspectos de su vida”, en los cuales las opciones de respuesta iban de 1 = mucho peor a 5 = mucho mejor. Para evaluar la adaptación se empleó la siguiente pregunta: ¿Cómo se ha adaptado a los cambios en su vida?, ofreciendo como opciones de respuesta en escala de 1 = muy mal a 5 = muy bien. La confiabilidad estimada con el Alpha de Cronbach fue de 0.610.

Otro instrumento fue el *Cuestionario de Salud del Paciente* (Patient Health Questionnaire (PHQ-2)). Se utilizó la versión breve del cuestionario para evaluar la depresión, el cual incluye dos ítems que valoran los criterios básicos de diagnóstico de la depresión con base en el DSM-IV (Kroenke et al., 2003). Los participantes puntuaban cada ítem en una escala tipo Likert con rangos de respuesta de 0 = ningún día, a 3 = casi cada día. Los dos indicadores de depresión mostraron un alfa de .80.

### *Procedimiento*

Debido a la situación del confinamiento y ante la nueva realidad de trabajo desde casa, el estudio inicialmente se proyectó para ser implementado en línea. El equipo de trabajo con investigadores de diversas instituciones educativas de nivel superior de México, se apoyaron de redes sociales como WhatsApp, Facebook, Twitter e Instagram para lograr coleccionar la información, también se utilizó el correo electrónico como medio de difusión de éste. El cuestionario fue dirigido a personas mayores de 18 años, buscando su participación voluntaria y consentida. Los aspectos éticos del estudio se apegan a lo legislado en las leyes de protección de datos de la Unión Europea, así como a la Declaración de Helsinki, manteniendo el anonimato de sus participantes.

Para el análisis de los datos se utilizó el *SPSS* versión 21, estableciendo un nivel de significancia de .05 para los contrastes. Con el uso del programa *G\*Power* se estimó la potencia estadística y el tamaño del efecto, estableciendo un nivel de significancia de .01. Se toman como valores referenciales del tamaño del efecto pequeño  $f = .10$ , mediano  $f = .20$  y grande  $f = .40$  (Cárdenas y Arancibia, 2014). Con base en las

distribuciones observadas en la edad, se establecieron grupos de edad de 18 a 35 años para jóvenes adultos, de 36 a 55 años para mediana edad, y de 56 o más años para adultos mayores.

## RESULTADOS

Inicialmente, se reportan estimaciones de frecuencias y porcentajes de las variables de cambios reportados en la actividad física, hábitos de sueño y alimentación, depresión y adaptación al cambio debido al confinamiento por la pandemia (véase la tabla 1).

La tabla nos muestra que en relación con la actividad física ha empeorado en 52% de los participantes, 58% ha tenido desmejora en los hábitos de sueño, mientras que 29% ha visto que su alimentación ha empeorado. Respecto a la depresión, 23% muestra ya indicadores de depresión, pero, por otro lado, sólo 9% reporta problemas para la adaptación al confinamiento.

**Tabla 1. Frecuencias y porcentajes de los cambios en las variables de actividad física, hábitos de sueño y alimentación; depresión y adaptación al confinamiento**

<i>Variables</i>	<i>Peor</i>		<i>Igual</i>		<i>Mejor</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Cambio en Actividad física	3865	52	1564	21	2010	27
Cambio en Hábitos de sueño	4316	58	2016	27	1107	15
Cambio en Alimentación	2181	29	2327	31	2931	39
Depresión	<i>Normal</i>		<i>Con depresión</i>			
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>		
	5696	77	1743	23		
Adaptación a confinamiento	<i>Mal</i>		<i>Ni bien ni mal</i>		<i>Bien</i>	
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
	639	9	1630	22	5170	70

Fuente: elaboración propia.

Se realizó un análisis de regresión lineal buscando conocer el valor predictivo de los hábitos en torno a la variable de depresión. En el primer modelo, la depresión se presenta como variable dependiente, mientras que se incluyeron las variables de cambios en la actividad física, sueño y alimentación como variables.

**Tabla 2. Primer modelo de regresión de variables predictoras (cambios en la alimentación, en el sueño y en la actividad física a partir del confinamiento) y variable dependiente (depresión)**

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>R2 ajust.</i>	<i>EE</i>	<i>Estadísticos de cambio</i>				
					$\Delta R2$	$\Delta F$	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>p</i>
1	0.249a	0.062	0.062	0.410	0.062	163.867	3	7435	0.001

Fuente: elaboración propia.

El modelo explica el 24.9% de la varianza de los hábitos sobre la depresión, contando con un coeficiente de correlación múltiple de  $R = .249$  (tabla 2). Así mismo, se tiene un valor de  $p$ , rechazando con ello la hipótesis nula, por lo que se sostiene estadísticamente la relación de las variables predictoras con la depresión.

**Tabla 3. Coeficientes del primer modelo de regresión**

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no estandarizados</i>		<i>Coefficientes estandarizados</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\beta$	<i>EE</i>	$\beta$			
(Constante)	0.555	0.016			35.389	0.001
1 Cambios en actividad física	-0.024	0.006	-0.049		-4.078	0.001
Cambios en hábitos de sueño	-0.093	0.007	-0.161		-13.567	0.001
Cambios en la alimentación	-0.063	0.006	-0.123		-10.106	0.001

a. Variable dependiente: Depresión

Fuente: elaboración propia.

El modelo de regresión muestra que los cambios en los hábitos de sueño durante el periodo de confinamiento estricto de la pandemia predicen mejor la depresión, le siguen como predictores los cambios en la alimentación y en la actividad física. Los

valores de significancia estadística para cada variable fueron significativos en cada variable ( $p < .01$ ).

Se estimó un segundo modelo en el cual se establece la adaptación al confinamiento como variable dependiente, mientras que los hábitos de sueño, actividad física y la depresión se establecieron como variables predictoras.

**Tabla 4. Segundo modelo de regresión con las variables de cambios en los diferentes hábitos, y depresión como predictores y la adaptación al cambio como dependiente**

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R2</i>	<i>R2 ajust.</i>	<i>EE</i>	<i>Estadísticos de cambio</i>				
					$\Delta R2$	$\Delta F$	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>p</i>
1	0.463 <sup>a</sup>	0.215	0.214	0.568	0.215	508	4	7434	0.001

Fuente: elaboración propia.

La tabla 4 señala un coeficiente de correlación múltiple de  $R = .463$ , que explica un 46.3% de la varianza de los hábitos y la depresión sobre la adaptación al cambio. El valor de F con un valor significativo de .001 permite rechazar la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alterna con la que se confirma la relación entre hábitos, depresión y adaptación al confinamiento.

**Tabla 5. Coeficientes del segundo modelo de regresión**

<i>Modelo</i>	<i>Coefficientes no estandarizados</i>		<i>Coefficientes estandarizados</i>		<i>t</i>	<i>p</i>
	$\beta$	<i>EE</i>	$\beta$			
(Constante)	2.275	0.023			97.063	0.001
Cambios en actividad física	0.061	0.008	0.081		7.367	0.001
1 Cambios en hábitos de sueño	0.095	0.010	0.109		9.947	0.001
Cambios en la alimentación	0.097	0.009	0.124		11.113	0.001
Depresión	-0.531	0.016	-0.351		-33.083	0.001

a. Variable dependiente: Adaptación al confinamiento

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar en la tabla 5 que, en el modelo estimado de regresión, las variables independientes son significativas en relación con la variable dependiente, pudiéndose

observar que los valores de  $p$  en cada una de las variables son menores a 0.01. El resultado muestra que lo que mejor predice la adaptación al confinamiento es la depresión, y consecutivamente aparecen las variables de cambios en la alimentación, en los hábitos de sueño y la actividad física. Enseguida, se realizó una Prueba ANOVA de comparación de medias con el objetivo de conocer las diferencias entre grupos de edad en torno a los cambios en los hábitos estudiados, la adaptación y la depresión.

La prueba de Bonferroni, utilizada para las comparaciones post hoc, muestra que los grupos de edad son diferentes, con un valor de  $p < .001$ , teniendo potencia estadística significativa en las variables, con un tamaño del efecto pequeño en cuanto a los cambios de hábitos, muy próximo al efecto mediano en la variable de adaptación al confinamiento ( $f = .18$ ) y en depresión se observa un tamaño del efecto mediano ( $f = .23$ ).

**Tabla 6. Comparación de medias por grupos edad en torno a las variables de hábitos y adaptación**

<i>Variable</i>	<i>Grupos Edad</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>f</i>	<i>1-β</i>
Cambios en actividad física	1	3 877	1.81	0.866	17.01	0.001	0.07	0.99
	2	3 328	1.69	0.839				
	3	234	1.70	0.773				
	Total	7 439	1.75	0.853				
Cambios en hábitos de sueño	1	3 877	1.51	0.733	33.46	0.000	0.094	0.99
	2	3 328	1.63	0.738				
	3	234	1.78	0.674				
	Total	7 439	1.57	0.737				
Cambios en la alimentación	1	3 877	2.05	0.841	12.88	0.000	0.062	0.99
	2	3 328	2.15	0.807				
	3	234	2.18	0.693				
	Total	7 439	2.10	0.823				

*Continúa...*

Depresión	1	3 554	1.04	0.685	205.51	0.000	0.233	1.00
	2	3 230	0.73	0.662				
	3	229	0.58	0.655				
	Total	7 013	0.88	0.693				
Adaptación al confinamiento	1	3 877	2.50	0.674	128.33	0.000	0.180	1.00
	2	3 328	2.73	0.577				
	3	234	2.75	0.586				
	Total	7 439	2.61	0.640				

NOTA: Grupo de edad 1= Adultos jóvenes, 2= Mediana edad, 3= Adultos mayores  
Fuente: elaboración propia.

La actividad física mostró una tendencia a empeorar durante el confinamiento, afectando más a las personas de mediana edad ( $M = 1.69$ ), adultos mayores ( $M = 1.70$ ) y en menor medida a los adultos jóvenes ( $M = 1.85$ ). Del mismo modo, el confinamiento impacta en los hábitos de sueño, pero en este caso los más afectados son los adultos jóvenes ( $M = 1.51$ ), le siguen las personas de mediana edad ( $M = 1.63$ ) y finalmente los adultos mayores ( $M = 1.78$ ).

Con respecto a los hábitos de alimentación, no se observa cambio. En torno a la variable de depresión, ésta se manifestó durante la pandemia en mayor medida en los adultos jóvenes ( $M = 1.04$ ), seguido este grupo de edad por las personas de mediana edad ( $M = 0.73$ ) y finalmente en adultos mayores ( $M = 0.58$ ). El grupo poblacional con una tendencia hacia una mejor adaptación al confinamiento fue el de los adultos mayores ( $M = 2.75$ ), siendo más afectados el de adultos jóvenes ( $M = 2.50$ ).

## Discusión

El presente estudio se desarrolló en una época crítica del confinamiento ante la pandemia del COVID-19; así, se buscó conocer el impacto que tuvo en torno a los hábitos de salud de la sociedad mexicana, así como la relación con la depresión. También se indagó la forma en que se adaptó a esta nueva situación, contrastando en los diferentes grupos de edad. Los hallazgos permitieron conocer que 70% de los participantes reportaron haberse habituado bien a los cambios que conllevó el

confinamiento por pandemia, aunque 9% tuvo problemas para ello. Por otra parte, el aislamiento provocó un impacto negativo en los hábitos de salud, esto debido a que un poco más de la mitad de los encuestados reportan que su actividad física disminuyó; con base en los porcentajes observados, es decir que alrededor de 5 de cada 10 aseguran que sus hábitos de sueño empeoraron y 3 de cada 10 tuvieron cambios negativos en su alimentación.

Se encontraron indicadores de depresión en 23% de los participantes. Este hallazgo coincide con los estudios realizados en población filipina (Xiong et al., 2020), china (Wang et al., 2020) y española (Garre-Olmo et al., 2021; Méndez-Giménez et al., 2021), en donde se ha observado una alta presencia de sintomatología depresiva. No obstante, el porcentaje de depresión es mayor en la muestra del presente estudio.

En cuanto a los hábitos de sueño, ya se mencionó que éste empeoró en la muestra estudiada. Esto es similar a los datos de estudios realizados en otros países en donde se reporta una peor calidad del sueño a partir del confinamiento (Huang & Zhao, 2020; López-Moreno et al., 2020; Partinen, 2021), así como incremento en las dificultades durante el sueño (Robillard et al., 2021). En México, se han evidenciado mayores problemas de sueño en mujeres, como dormir menos o que despiertan más veces por las noches que los hombres a partir del aislamiento (Villaseñor et al., 2021).

La mitad de los participantes ha visto deteriorada su actividad física durante el confinamiento, este porcentaje es mayor a lo encontrado en otros estudios en población española (Garre-Olmo et al., 2021), así como en población mexicana (Villaseñor et al., 2021), los cuales reportan un decremento en 6.6% de los participantes.

En cuanto a la alimentación, encontramos que 3 de cada 10 participantes en nuestro estudio reportaron haber tenido cambios negativos en su alimentación, similar a lo reportado en población española (Garre-Olmo et al., 2021) e italiana (Di Renzo et al., 2020). Villaseñor et al. (2021) detectaron un empeoramiento de hábitos alimentarios en mexicanos, en donde 17% reportó comer durante todo el día, con un incremento en el consumo de bebidas azucaradas (28%) y alimentos chatarra (37%). Por otra parte, poco más de la mitad de la población de Bavaria manifestó que no ha hecho cambios en la alimentación tras el confinamiento, mientras que 36% de ellos reportó un incremento de consumo de comida (Huber et al., 2020), esto último también lo informó la población saudí (Alhousseini & Alqahtani, 2020). De acuerdo con lo que señalan Özlem & Mehmet (2020), si bien la pandemia ha traído como consecuencia un retorno a la ingesta de comidas preparadas en casa



con una disminución de consumo de comidas rápidas, el efecto negativo se observa principalmente en el incremento de la cantidad de comida ingerida.

En relación con la depresión, Méndez-Giménez et al. (2021) evidenciaron en población española que hay una relación negativa entre la actividad física y la presencia de sintomatología depresiva. Esto se había señalado en estudios previos en donde los cambios en la actividad física como su disminución y el sedentarismo se asocian a la manifestación de depresión (Snippe et al., 2016). Por otra parte, Ljungberg et al. (2020) señalan que tener una alimentación sana y balanceada es un factor protector contra la manifestación de depresión.

En este trabajo, se observa que el hábito con mayor poder predictivo sobre la depresión lo tienen las variables referentes a los cambios en hábitos de sueño, la alimentación y en tercer lugar aparecen los cambios finalmente en la actividad física. Estudios anteriores han encontrado que a menor calidad de sueño mayor presencia de indicadores de depresión (Ortiz y Armoa, 2020). Se ha expuesto también la importancia del sueño en la regulación de las emociones y cómo el insomnio está asociado a la fatiga y trastornos de la conducta (Altena et al., 2020). De ahí que dotar a la población afectada por problemas de sueño con herramientas funcionales para un mejor control de éste, puede prevenir la aparición de depresión y los problemas psicosociales asociados a ella.

En cuanto a la actividad física, consideramos que la baja capacidad predictiva que tiene sobre la depresión podría estar relacionada con lo poco establecido de este hábito en la población mexicana. Datos de la encuesta nacional de nutrición (Shamah-Levy et al., 2020) señalan que 46% de los adolescentes no cumplen con la recomendación de actividad física de la OMS, mientras que en el caso de los adultos se habla de 28 por ciento.

En nuestro estudio, quienes se adaptaron mejor al confinamiento fueron los adultos mayores, seguido de los participantes de mediana edad y finalmente los adultos jóvenes. Esto concuerda con lo reportado por Vahia et al. (2020), quienes señalan que contrario a lo que se esperaba, la evidencia de diversos estudios ha hecho ver que los adultos mayores han mostrado una mayor resiliencia a la depresión y al malestar emocional en la fase inicial de la pandemia, en comparación con los demás grupos de edad. Pese a que la población de adultos mayores sabía del mayor riesgo de morir debido al COVID, como señala Bruine de Bruin (2021), el confinamiento impuesto a este grupo etario los ha beneficiado al tener una menor exposición al virus, generando una menor percepción de riesgo de COVID, así como un mejor

manejo de la depresión y mejor salud mental en general. Esto coincide también con lo descubierto por Panchal et al. (2021), quienes señalan que los jóvenes han sido más afectados por la depresión en comparación con los adultos mayores. En otro estudio en Canadá, Nwachukwu et al. (2020) reportaron mayor prevalencia de manifestaciones clínicamente significativas de depresión en los adultos jóvenes, y se observó que la manifestación de depresión disminuye al aumentar la edad. Así mismo, en España González-Sanguino et al. (2020) reportan una relación inversa entre depresión y edad.

Ante situaciones nuevas o de crisis, se requiere de esfuerzos adaptativos de los sujetos, en donde muchos de nuestros hábitos requieren de ajuste. De forma normal, los hábitos se establecen en función de la consecución de los objetivos planteados en un contexto determinado, de ahí que posteriormente los contextos evocan respuestas, las cuales las personas suelen llevar a cabo (Álvarez y López, 1999). Pero cuando este contexto cambia radicalmente, las rutinas cognitivas de procesamiento ya establecidas tienden a dificultar el ajuste debido a la fosilización de éstas.

En culturas como la mexicana, en donde el afecto se expresa de manera continua, la pandemia y el distanciamiento social asociado a ella, vino a imponer muchos cambios en los hábitos cotidianos de interacción entre las personas y para con los grupos de referencia. Estos cambios tomaron por sorpresa a la población, requiriendo de esfuerzos adaptativos mayores, con consecuencias en la salud física y mental de todos. Queremos resaltar la necesidad de proveer a la población de herramientas funcionales, individuales y comunitarias para un mejor control de sus hábitos, apuntando de manera específica a las dificultades por grupos de edad, a fin de prevenir la aparición de depresión y los problemas psicosociales derivados de esa condición.

Durante los peores momentos de la pandemia y ante la vulnerabilidad de la salud física, la salud mental de la población no parecía muy relevante en las acciones de intervención ante la misma. Sin embargo, como ya se ha señalado, los datos de diversas investigaciones y los que se presentan en este trabajo, manifiestan que muchas personas vieron afectada su vida cotidiana, modificando no sólo aspectos laborales y sociales, sino sus propios hábitos de autocuidado, así como efectos en su salud mental. Los diversos hallazgos en la literatura desarrollada en torno a variables psicológicas manifiestas en la pandemia del COVID llevan a postular que, en futuras situaciones similares, debemos establecer protocolos que propongan acciones para la población general, que permitan disminuir el malestar emocional de una situación de confinamiento, y que les ayude desarrollar habilidades adaptativas ante los cambios que enfrenten.

Una de las bondades de la presente investigación es el haber obtenido información en la fase II del confinamiento. Por otro lado, tiene limitaciones que deben ser tomadas en cuenta en la interpretación de sus resultados, refiriendo a su diseño transversal y al hecho de que el estudio no incluyó preguntas y análisis sobre el estatus socioeconómico ni educativo de los participantes, salud general o condiciones previas de salud mental de los participantes, lo cual puede influir en los resultados.

## REFERENCIAS

- Alhusseini, N., & Alqahtani, A. (2020). COVID-19 pandemic's impact on eating habits in Saudi Arabia. *Journal of Public Health Research*, 9(3), 354-360. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1868>
- Altena, E., Baglioni, C., Espie, C. A., Ellis, J., Gavriloff, D., Holzinger, B., Schlarb, K., Frase, L., Jernelöv, S., & Riemann, D. (2020). Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy. *Journal of Sleep Research*, 29: e13052. <https://doi.org/10.1111/jsr.13052>
- Álvarez, J. (2004). *Los jóvenes y sus hábitos de salud: una investigación psicológica e intervención educativa* [Young people and their health habits: psychological research and educational intervention.]. Trillas.
- Álvarez, J., y López, M. (1999). Características y explicaciones de los hábitos de salud de los jóvenes. *Revista de Psicología Social*, 14(2-3), 271-296. <https://doi.org/10.1174/021347499760259994>
- Bennik, E. C., Ormel, J., & Oldehinkel, A. J. (2013). Life changes and depressive symptoms: the effects of valence and amount of change. *BMC Psychology*, 1(1), 14. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-14>
- Bruine de Bruin, W. (2021). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: evidence from a National U.S. Survey conducted in March 2020. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 76(2), e24-e29. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074>
- Cárdenas, M., y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G\*Power: Complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud & Sociedad*, 5(2), 210-224. <https://doi.org/10.22199/s07187475.2014.0002.00006>

- Casagrande, M., Favieri, F., Tambelli, R., & Forte, G. (2020). The enemy who sealed the world: Effects quarantine due to the COVID-19 on sleep quality, anxiety, and psychological distress in the Italian population. *Sleep Medicine*, 75, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.05.011>
- Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., He, L., Sheng, C., Cai, Y., Li, X., Wang, J., & Zhang, Z. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30078-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30078-X)
- Consejo de Salubridad General (2020). *Acuerdo de emergencia sanitaria por COVID-19 [Health emergency agreement for COVID-19]*. Diario Oficial de la Federación. [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5590745&fecha=30/03/2020)
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., Cinelli, G., Leggeri, C., Caparello, G., Barrea, L., Scerbo, F., Esposito, E., & De Lorenzo, A. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18, 229. <https://doi.org/10.1186/s12967-020-02399-5>
- Espinosa, Y., Mesa, D., Díaz, Y., Caraballo, L., & Mesa, M. (2020). Estudio del impacto psicológico de la COVID-19 en estudiantes de Ciencias Médicas, Los Palacios [Psychological impact of COVID-19 on medical sciences students]. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46, e2659.
- Garre-Olmo, J., Turró-Garriga, O., Martí-Lluch, R., Zacarías-Pons, L., Alves-Cabratosa, L., Serrano-Sarbosa, D., Vilalta-Francha, J., Ramos, R., on behalf of the Girona Healthy Region Study Group (2021). Changes in lifestyle resulting from confinement due to COVID-19 and depressive symptomatology: A cross-sectional a population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 104, 152214. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152214>
- Gómez-Acosta, C. A. (2018). Factores psicológicos predictores de estilos de vida saludable [Psychological factors predictive of healthy lifestyles]. *Revista de Salud Pública*, 20(2): 155-162, 2018. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.50676>
- Gómez-Juanes, R., Roca, M., Gili, M., García-Campayo, J., y García-Toro, M. (2017). Estilo de vida saludable: un factor de protección minusvalorado frente a la depresión [Healthy lifestyle: an undervalued protective factor against depression]. *Psiquiatría Biológica*, 24(3): 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2017.10.004>
- González-Sanguino C., Ausín B., Castellanos M. A., Saiz J., López-Gómez A., Ugidos C., & Muñoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020

- Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain and Behavior Immunology*, 87, 172-176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Huber, B. C., Steffen, J., Schlichtiger, J., & Brunner, S. (2020). Altered nutrition behavior during COVID-19 pandemic lockdown in young adults. *European Journal of Nutrition*. <https://doi.org/10.1007/s00394-020-02435-6>
- Jiménez, M. G., Martínez, P., Miró, E., y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 185-202.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Leighton, K., Kardong-Edgren, S., Schneidereith, T., & Foisy-Doll, C. (2021). Using social media and snowball sampling as an alternative recruitment strategy for research. *Clinical Simulation in Nursing*, 55, 37-42.
- Ljungberg, T., Bondza, E., & Lethin, C. (2020). Evidence of the importance of dietary habits regarding depressive symptoms and depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1616. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051616>
- López-Moreno, M., López, M. T. I., Miguel, M., & Garcés-Rimón, M. (2020). Physical and psychological effects related to food habits and lifestyle changes derived from COVID-19 home confinement in the Spanish population. *Nutrients*, 12, 3445. <https://doi.org/10.3390/nu12113445>
- Mazza, M.G., De Lorenzo, R., Conte, C., Poletti, S., Vai, B., Bollettini, I., Melloni, E. M. T., Furlan, R., Ciceri, F., Rovere-Querini, P., COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group., & Benedetti, F. (2020). Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain, Behavior, and Immunity*, 89, 594-600. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.07.037>
- Méndez-Giménez, A., Cecchini, J. A., Fernández-Río, J., & Carriedo, A. (2021). Physical activity and prevention of depressive symptoms in the Spanish population during confinement due to COVID-19. *Psicothema*, 33(1), 111-117. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.294>

- Moral, J., Ybarra, J., Álvarez, J., Zapata, J., y González J. (2011). *Adolescentes escolarizados, sus hábitos de actividad física y alimentación. Un estudio comparativo en el Noreste de México* [Adolescents enrolled in school, their habits of physical activity and eating. A comparative study in the Northeast of Mexico]. Fontamara.
- Nwachukwu, I., Nkire, N., Shalaby, R., Hrabok, M., Vuong, W., Gusnowski, A., Surood, S., Urichuk, L., Greenshaw, A. J., & Agyapong, V. (2020). COVID-19 Pandemic: Age-related differences in measures of stress, anxiety and depression in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6366. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176366>
- Ortiz, D., y Armoa, C. (2020). Relación entre calidad de sueño e indicadores de ansiedad y depresión. *ScientiAmericana*, 7(2), 45. <https://doi.org/10.30545/scientiamericana.2020.jul-dic.1>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M., & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological symptoms during the two stages of lockdown in response to the COVID-19 outbreak: an investigation in a sample of citizens in northern Spain. *Frontiers in Psychology*, 11, 1491. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01491>
- Özlem, A., & Mehmet, N. (2020). Eating habits changes during COVID-19 pandemic lockdown. *ESTÜDAM Public Health Journal*, 5 (COVID-19 Special Issue), 169-177 <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.796735>
- Palomino, A. M. (2020). Rol de la emoción en la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Nutrición*, 47(2), 286-291. <https://doi.org/10.4067/s0717-75182020000200286>
- Pan, K.Y., Kok, A. A. L., Eikelenboom, M., Horsfall, M., Jörg, F., Luteijn, R.A., Rhebergen, D., van Oppen, P., Giltay, E. J., & Penninx B. W. J. H. (2021). The mental health impact of the COVID-19 pandemic on people with and without depressive, anxiety, or obsessive-compulsive disorders: a longitudinal study of three Dutch case-control cohorts. *Lancet Psychiatry*, 8, 121-129. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30491-0](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30491-0)
- Panchal, N., Kamal, R., Cox, C., & Garfield, R. (2021). *The implications of COVID-19 for mental health and substance use*. Kaiser Family Foundation. Disponible en <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use/>
- Partinen, M. (2021). Sleep research in 2020: COVID-19-related sleep disorders. *The Lancet/Neurology*, 20(1), 15-17. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(20\)30456-7](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(20)30456-7)
- Peng E. Y. C., Lee, M.B., Tsai, S. T., Yang, C. C., Morisky, D. E., Tsai, L. T., Weng, Y. L., & Lyu, S. Y. (2010). Population-based post-crisis psychological distress: an example from

- the SARS outbreak in Taiwan. *Journal of the Formosan Medical Association*; 109(7): 524-532. [https://doi.org/10.1016/s0929-6646\(10\)60087-3](https://doi.org/10.1016/s0929-6646(10)60087-3)
- Pérez, B., & Álvarez, J. (2018). Representations of Eating Habits: Differences between pre-adolescents and their parents. *Papers on Social Representations*, 27(2), 4.1-4.23
- Pierce, M., Hope, H., Ford, T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., Kontopantelis, E., Webb, R., Wessely, S., McManus, S., & Abel, K. M. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population. *The Lancet*, 7, 883-892. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(20)30308-4)
- Ramón-Arbués, E., Martínez, B., Granada, J. M., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero, S., & Sáez, M. (2019). Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios [Eating behavior and its relationship with stress, anxiety, depression and insomnia in university students]. *Nutrición Hospitalaria*, 36(6), 1339-1345. <https://doi.org/10.20960/nh.02641>
- Robillard, R., Dion, K., Pennestri, M. H., Solomonova, E., Lee, E., Saad, M., Murkar, A., Godbout, R., Edwards, J. D., Quilty, L., Daros, A. R., Bhatla, R., & Kendzerska, T. (2021). Profiles of sleep changes during the COVID-19 pandemic: Demographic, behavioural and psychological factors. *Journal of Sleep Research*, 30, e13231. 1-12. <https://doi.org/10.1111/jsr.13231>
- Rossell, S.L., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E. J., Toh, W. L., Van Rheenen, T. E., & Meyer, D. (2021). An overview of current mental health in the general population of Australia during the COVID-19 pandemic: Results from the COLLATE Project. *Psychiatry Research*, 296, 113660. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113660>
- Rubin, G. J., & Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *BMJ*, 368: m313. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>
- Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J. A., y Rivera-Dommarco, J. (2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales*. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedades-editoriales/ensanut-2018-nacionales>
- Shigemura, J., Robert, J., Ursano, J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(4), 277-283. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>

- Snippe, E., Simons, C., Hartmann, J., Menne-Lothmann, C., Kramer, I., Booi, S., Viechtbauer, W., Delespaul, P., Myin-Germeys, I., Wichers, M. (2016). Change in daily life behaviors and depression: within-person and between-person associations. *Health Psychology, 35*(5), 433-441. <https://doi.org/10.1037/hea0000312>
- Statista (2022). Número semanal de casos confirmados y muertes causadas por el coronavirus (COVID-19) en México entre enero de 2020 y enero de 2022. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/1110089/numero-casos-muertes-covid-19-mexico/>
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>
- Vahia I. V., Jeste, D. V., & Reynolds, C. F. (2020). Older adults and the mental health effects of COVID-19. *JAMA, 324*(22), 2253-2254. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.21753>
- Vaqué Rafart, J. (2005). Síndrome respiratorio agudo grave (SARS). *Anales de pediatría, 62*(1), 6-11. <https://www.analesdepediatria.org/es-sindrome-respiratorio-agudo-grave-sars--articulo-13074489>
- Villaseñor, K., Jiménez, A. M., Ortega, A. E., Islas, L. M., González, O. A., y Silva, T. S. (2021). Cambios en el estilo de vida y nutrición durante el confinamiento por SARS-CoV-2 (COVID-19) en México: Un estudio observacional. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética 25* (2): e1099. <https://doi.org/10.14306/renhyd.25.s2.1099>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020a). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*: 1729. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K., & Ho, C. (2020b). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity, 87*, 40-48. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>
- Wood, W., & Rünger, D. (2016). Psychology of Habit. *Annual Review of Psychology, 67*, 289-314. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417>
- World Health Organization. (2020). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): Strategic Preparedness and Response Plan. Geneva, Switzerland: Author. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf>



- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Zheng, J., Morstead, T., Sin, N., Klaiber, P., Umberson, D., Kamble, S., & DeLongis, A. (2021). Psychological distress in North America during COVID-19: The role of pandemic-related stressors. *Social Science & Medicine*, 270, 113687. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113687>
- Zhu, S., Wu, Y., Zhu, C.Y., Hong, W. C., Yu, Z. X., Chen, Z. K., Chen, Z, Jiang, D., & Wang, Y. G. (2020). The immediate mental health impacts of the COVID-19 pandemic among people with or without quarantine managements. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 56-58. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.045>



# PROGRAMA DE FORMACIÓN DE LOS PSICOONCÓLOGOS EN MÉXICO

*María de las Mercedes Morales Briseño\**

*Minerva Ramos Sánchez\**

## INTRODUCCIÓN

En estos tiempos la ciencia médica ha tenido grandes avances que favorecen el tiempo de vida. La posibilidad de morir joven ha tenido una tendencia a la baja gracias a estos avances; no obstante, los pacientes que se enfrentan a cuadros crónicos y terminales viven cambios emocionales producto del duelo que transitan durante su enfermedad (González et al., 2012). Estos cambios alteran la adherencia al tratamiento y el curso de la enfermedad. Los familiares juegan un papel muy importante en la mejoría o declinación del paciente en las distintas etapas de la enfermedad.

La psicología de la salud se ocupa del estudio de los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados al ciclo de salud-enfermedad, también colabora con el diseño y aplicación de intervenciones individuales y grupales para la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, además de cuidar la calidad de vida del enfermo y su familia (Vázquez, 2020).

Respecto al cáncer, se trata de una enfermedad multifactorial que abarca a la persona en su totalidad, no sólo en su diagnóstico, sino todas las implicaciones en la vida social, familiar, espiritual y biológica a la que se enfrenta el paciente mientras combate la enfermedad, o se acerca la muerte.

La definición de psicooncología, según Cruzado (2003), es una disciplina intermedia entre la oncología y la psicología de la salud. De aquí parte la importancia de cuidado y formación del psicólogo, familiares y personal de salud para su atención y acompañamiento. Por otra parte, se evidencia que los programas de estudio que existen en México de psicooncología requieren el respaldo de las universidades para reconocer la formación de quienes a través de la experiencia han construido un

---

\* Universidad Anáhuac Querétaro.

camino de acompañamiento y cuidado a este fenómeno que envuelve a la persona en su totalidad.

Con base en estos elementos: psicología de la salud, cáncer, psicooncología y programas de estudio de psicooncología en México, se articula el presente capítulo en el que se propone un programa de estudios que mantenga el equilibrio en la práctica clínica y la teoría, además de contar con el reconocimiento académico indispensable para mejorar la carrera profesional del estudiante y profesional de la salud y en favor del enfermo.

## EL CÁNCER Y LA PERSONA

El cáncer es una enfermedad de sobreproducción celular. La biología moderna insta a imaginar la célula como una máquina molecular. El cáncer es una máquina incapaz de desactivar su orden inicial (crecer), y transformada en una autónoma indestructible y autopropulsada; es expansionista, invade los tejidos, establece colonias en paisajes hostiles, busca un “santuario” en un órgano y luego migra a otro. Vive desesperada, intempestiva y feroz... Por momentos como si nos enseñara a sobrevivir (Mukherjee, 2016).

Involucrada en esa batalla se encuentra la persona que vive la experiencia de la enfermedad; pone al límite su cuerpo, se descubre con nuevas sensaciones corporales que resignificarán una nueva percepción psíquica, que le mostrará una imagen distinta a lo experimentado hasta ahora y confirmará la idea de que es vulnerable y puede morir. De la misma manera sucede cuando se vive la enfermedad del cáncer de un familiar o alguien cercano, nos enfrenta a la muerte ajena, que nos recuerda que estamos destinados a morir. Se vive a la par del enfermo los tratamientos médicos con sus secuelas orgánicas, funcionales, estéticas y cognitivas, también las múltiples derivaciones psicosociales y los desajustes familiares en donde la estructura psicológica y de personalidad se ven comprometidas.

### *Psicooncología*

Se trata de una subespecialidad de la psicología como una disciplina de enlace, que atiende al enfermo de cáncer desde una perspectiva integral; abarca la dimensión

psicológica, la respuesta emocional del enfermo, su familia y de todas aquellas personas encargadas del cuidado del paciente. Se apoya de los instrumentos propios de la psicología en la evaluación del paciente para la identificación de otros trastornos psiquiátricos o psicológicos y para su intervención. Su objetivo es la prevención, diagnóstico y tratamiento.

En distintos países del mundo la psicooncología ha hecho esfuerzos por construir este campo nuevo de la psicología; en España con la Dra. Trill, en Argentina con la Dra. Fishman, en México con el pionero Dr. Romero Romo, en Cuba con el Dr. Jorge Grau, en Estados Unidos con Sutherland, en Chile con la Dra. Jennifer Middleton, por mencionar algunos (Trill, 2003). Se observa un gran impulso en la especialización, pero a pesar de esto siguen existiendo limitaciones en recursos que restringen los servicios de atención a los pacientes, un ejemplo de esto es la baja contratación de recurso humano en esta ciencia.

### *Programas de formación*

El cáncer es una enfermedad multiaxial que pone de relieve la importancia de los comportamientos en su etiología; es decir, de factores ambientales, espirituales, psicológicos, además de los biológicos. Por tradición, en los hospitales de México se atiende el cáncer con equipos de profesionistas de distintas disciplinas que son formados a través de la práctica clínica; estos equipos generalmente son médicos oncólogos y los apoya el personal de salud, como enfermeras, trabajadoras sociales, etcétera.

La atención de los pacientes enfermos de cáncer se ve limitada a lo biológico, pues son atendidos por médicos, equipo de salud, trabajadores sociales, dejando a un lado los aspectos psicosociales del paciente y la familia. En muy pocos hospitales reciben atención psicológica. De esta necesidad surge la idea de complementar estos programas mediante la formación académica en psicología. Los programas existentes en México varían dependiendo del lugar; se encuentran aquellos que se imparten dentro de los hospitales, como el Instituto Nacional de Cancerología (Incan) o el Hospital Juárez de México en el servicio de Oncología, lo que suma a la experiencia del alumno. Por otro lado, están los programas de las universidades en donde se priorizan los contenidos de aprendizaje, a través de discusiones de casos prácticos. Esta es la situación de formación en nuestro país.

Resignificar la formación de las personas que atienden los aspectos emocionales de los enfermos de cáncer, significa replantear la forma en que estas personas son capacitadas para desarrollar habilidades y conocimientos que les den la oportunidad de comprender que cualquier enfermedad terminal, en este caso el cáncer, involucra al enfermo, a su familia, a la red de apoyo, al personal de salud y a su contexto sociocultural, para brindar un tratamiento integral.

## METODOLOGÍA

El diseño de investigación tuvo dos momentos; en el primero se realizó el planteamiento epistemológico, seguido del proyecto didáctico del diplomado, considerando dos aspectos: 1) El proceso de formación en psicooncología y 2) el desarrollo de habilidades para la atención del paciente y familiares.

El estudio se desarrolló mediante un diseño preexperimental con alcance test-retest. Se decidió la utilización de este tipo de diseño toda vez que se pretende probar el efecto de una variable (entrenamiento) en otra (habilidades para la atención). Para ello se formuló un diplomado de diseño propio sobre las necesidades de capacitación del personal relacionado con la atención de pacientes oncológicos. Una vez diseñado se implementó con una muestra de 14 psicólogos, cuyo único criterio de inclusión fue inscribirse en el diplomado y que pertenecieran a un área de atención de pacientes oncológicos. A esta muestra se les realizó una medición previa y otra posterior al diplomado. El estudio no cuenta con grupo de control, por ello se considera un diseño preexperimental.

Para la medición de los conocimientos se utilizaron evaluaciones conceptuales de cada módulo, así como una rúbrica para la presentación de los proyectos finales. El pretest se aplicó el primer día de clase y el posttest, el último día de clases.

*Diagrama del esquema de trabajo*

- Planteamiento epistemológico
- Desarrollo del proyecto
- Investigación documental
- Detección de necesidades
- Justificación
- Definición de objetivos generales
- Definición de conocimientos a adquirir
- Definición de habilidades a desarrollar
- Construcción del programa de diplomado
- Diagnóstico de la disciplina
- Formulación de objetivos generales
- Planteamiento de los módulos del diplomado
- Definición del perfil de ingreso
- Definición del perfil de egreso
- Revisión de la congruencia entre módulos, resultados de aprendizaje y desarrollo de habilidades
- Revisión de la consistencia interna del diseño del programa
- Elaboración del pretest, postest
- Juicio de expertos
- Modificaciones del programa y del test después del juicio de expertos
- Implementación del programa
- Primer día bienvenida y aplicación del pretest
- Último día aplicación del postest

Para el diseño del programa del diplomado, se contempló la primera fase, es decir, la investigación documental, en la que se revisaron diversas fuentes para identificar las necesidades de capacitación del psicooncólogo en México; así, se colectaron datos de fuentes primarias bibliográficas y archivistas, principalmente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la segunda fase se abarcó el diseño didáctico, para posteriormente realizar la implementación y evaluación de dicho diplomado orientado a abonar en las necesidades de capacitación.

Para el diseño didáctico se hizo hincapié en elementos necesarios del proceso didáctico como para aprender a aprender, como la participación activa del alumno, la secuencia de enseñanza, además de la mediación y la guía del facilitador/profesor.

## DISEÑO DEL DIPLOMADO

Una vez concluida la primera etapa, se procedió al diseño del programa del diplomado, para esto se tomó como base el Modelo Operativo de Diseño Didáctico propuesto por Estévez (2005). Dicho modelo considera un proceso de aprendizaje secuencial para organizar los contenidos del programa, el cual consta de cinco pasos (véase el Cuadro 1).

**Cuadro 1. Pasos y productos de la actividad de diseño didáctico**

<i>Pasos</i>	<i>Productos</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de fundamentación y directrices curriculares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación de objetivos generales y embozo de contenidos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Objetivos generales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organización y desarrollo desglose de contenidos y formulación de objetivos particulares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estructura y desglose de los contenidos</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selección y desarrollo de estrategias didácticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias didácticas: organizativas y cognitivas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulación del sistema de evaluación del aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación del aprendizaje</li> </ul>

Fuente: Estévez (2005).

En el primer paso se elaboró el fundamento y las directrices curriculares para establecer las necesidades educativas y contribuir al desarrollo y comprensión de la psicooncología en México. También se identificaron las necesidades de capacitación a través de la revisión documental y de incluir en la formación la intervención y orientación a los familiares y personal de salud (Aguilar, 2008; Almanza-Muñoz y Holland, 2000). En esta etapa se consideró la importancia de involucrar al psicólogo en las áreas de atención oncológica en los hospitales.

Durante la organización curricular, el ordenamiento de los módulos y sus contenidos, se realizó una inmersión en campo a través de entrevistas estructuradas



a familiares y enfermos en las que se identificaron las problemáticas de atención psicológica.

#### DESCRIPCIÓN DEL PERFIL DE EGRESO

El egresado del Diplomado en Psicooncología realizará funciones de prevención, planeación y acompañamiento a los enfermos de cáncer en las distintas etapas, así como a la familia y al personal de salud.

El programa de estudios abarcó tres áreas:

- Área básica de conocimientos generales acerca del cáncer
- Área de repercusiones psicosociales en pacientes y familiares
- Área de tratamiento e intervención

Posteriormente, se realizó un diseño preliminar del programa, elaborando una primera propuesta y describiendo la secuencia de los módulos con el fin de revisar la pertinencia y la seriación; para ello se utilizó la taxonomía de los procesos mentales, de acuerdo con la sugerencia de Estévez (2005).

**Tabla 1. Taxonomía de los procesos mentales**

<i>Procesos mentales</i>	<i>Operaciones mentales</i>
Procesos básicos	Observación
	Comparación
	Relación
Formas de razonamiento	Inductivo
	Deductivo
	Analógico
	Hipotético
Procesos superiores	Resolución de problemas
	Pensamiento crítico
	Toma de decisiones
	Creatividad
	Metacomponentes

Fuente: elaboración propia con base en Estévez (2005).

Esta taxonomía de aprendizaje facilitó la elaboración de un programa de estudio, ya que permitió al docente conocer los procesos cognitivos que debe planear para su enseñanza. En la tabla 2 se enuncia la taxonomía de las etapas de aprendizaje sugeridas para el programa del diplomado.

**Tabla 2. Taxonomía de etapas de aprendizaje**

<i>Etapas</i>	<i>Contenidos declarativos</i>	<i>Contenidos procedimentales</i>
Percepción analítica	Discriminación de partes que conforman el todo; conocimiento acerca del todo y de las partes	Conocimiento y comprensión de la operación mental que define el proceso cognitivo o de los componentes del procedimiento
Síntesis integradora	Afirmación de las características esenciales de los temas estudiados; comprensión de las relaciones entre datos, hechos y conceptos; integración lógica, coherente y significativa de los temas analizados	Concientización de los pasos que conforman la definición operacional del proceso o de la secuencia del procedimiento
Consolidación	Ejercitación gradual que conduzca a la internacionalización o desarrollo de esquemas mentales incorporados a la manera habitual de actuar	Transferencia o aplicación de la habilidad en variedad de situaciones o contextos
Reflexión metacognitiva	Concientización del proceso realizado; identificación de posibles áreas de transferencia; generalizaciones y activación de procesos	Análisis de posibles áreas de transferencia del procedimiento

Fuente: elaboración propia con base en Estévez (2005).

*Continúa...*

Una vez establecido lo anterior, se realizó el listado de módulos y objetivos generales, integrando la carga horaria de cada uno de ellos con la finalidad de presentarlos ante expertos para la revisión del diseño, orden, secuencia, continuidad, ejecución y para llevar a cabo su evaluación. Después del juicio de expertos, se construyeron acuerdos y se puntualizaron los cambios de objetivos generales y de aprendizaje; seguido de esto se desglosaron los contenidos en una secuencia de temas y subtemas, especificando las condiciones operativas y administrativas del manejo del diplomado.

Para la organización final del diplomado, se reunieron los elementos del diseño didáctico tomando en cuenta cada uno de los pasos y su correspondencia con los otros, con el fin de verificar la consistencia interna del diseño y, en su caso, realizar cualquier modificación.

Finalmente, se elaboró el instrumento que se aplicó antes y después del diplomado (pretest y postest). Para ello se convocó a expertos, donde cada uno proporcionó una serie de preguntas relacionadas, no se contó con preguntas del módulo II. Conceptos básicos del cáncer (véase la tabla 4).

## RESULTADOS

De acuerdo con el objetivo de la investigación, se presentó como propuesta educativa la elaboración del programa de Diplomado en Psicooncología, para lo cual se consideraron los siguientes aspectos:

1. La estructura del programa de estudios.
2. El pretest para medir los conocimientos y habilidades con los que contaban los alumnos al ingresar el programa.
3. El postest para medir los conocimientos y habilidades que aprendieron los alumnos al terminar el programa.
4. Presentación de trabajos finales (resultados cualitativos del programa).

### *Estructura del programa de estudios*

Se propuso e implementó un Diplomado en Psicooncología, que fue el resultado de la revisión minuciosa de las necesidades de atención de los pacientes, familiares y

equipo de salud. Se trata de incluir a todos los actores que participan en la atención del paciente oncológico a través de las distintas fases de la enfermedad.

**Tabla 3. Intervención psicooncológica**

<i>Fases del cáncer</i>	<i>Intervención del psicooncólogo</i>
Fase de diagnóstico	Detectar necesidades emocionales para brindar orientación al enfermo y a la familia
Fase de tratamiento	Potenciar estrategias de afrontamiento para el manejo de ansiedad
Fase de supervivencia	Adaptación del paciente a las secuelas de la enfermedad
Fase de recidiva	Regreso de la enfermedad, tratamiento de los estados depresivos
Fase final de la vida	Calidad de vida, manejo del dolor, espiritualidad y muerte

Fuente: elaboración propia.

Considerando las fases de la enfermedad y la atención que los pacientes y los familiares necesitan, se conformó el Diplomado de la siguiente manera:

**Tabla 4. Estructura del programa del Diplomado en Psicooncología**

<i>Módulo</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Horas</i>
I. Introducción a la Psicooncología	Que el alumno comprenda los conceptos generales de la psicooncología	10
II. Conceptos básicos del cáncer	Que el alumno aprenda los conceptos básicos del cáncer	30
III. Proceso de adaptación del paciente oncológico a la enfermedad	Que el alumno aprenda los factores de adaptación del paciente en relación con la calidad de vida y malestar emocional	15
IV. Aspectos psicosociales del paciente con cáncer y su familia	Que el alumno identifique los factores psicosociales del paciente con cáncer y su familia	15

*Continúa...*

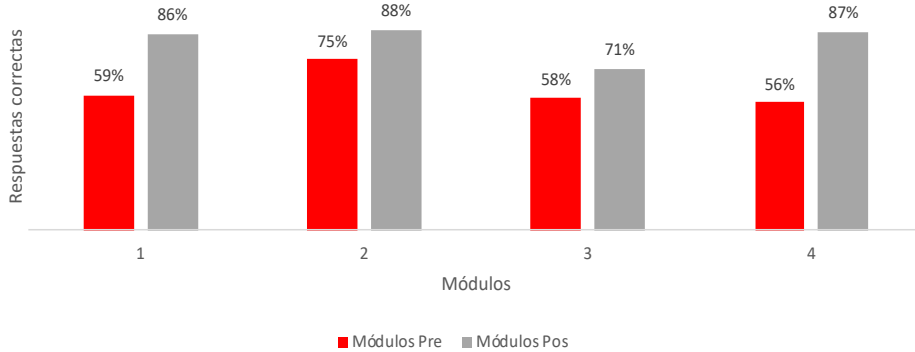
V. Trastornos psicológicos y psiquiátricos en el paciente con cáncer	Que el alumno aprenda la intervención psicológica en relación con los trastornos psicológicos y psiquiátricos del paciente con cáncer	10
VI. Intervenciones psicológicas en cuidados paliativos	Que el alumno aprenda con la práctica la intervención psicológica en el paciente y su familia	10
VII. Presentación de trabajos	Evaluación final	10

Fuente: elaboración propia.

La evaluación curricular interna de un programa se basa en la congruencia de las áreas y tópicos de los contenidos del programa, lo cual se observa en la comparación con otros programas (Arrarás y Garrido, 2006; Ascencio-Huertas y García-Rodríguez, 2011; Holland, 2004; Middleton y Rojas-Jara, 2017; Trill, 2003). También se comparan los resultados de las investigaciones anteriores con respecto a las funciones profesionales que debiera tener el egresado (Cruzado, 2003; Valderrama y Treviño, 2012).

Los resultados que se obtuvieron de la aplicación del pretest y postest muestran que mediante el programa de formación en psicooncología los estudiantes desarrollaron las habilidades básicas para la atención de pacientes con cáncer y sus familias en las distintas etapas de la enfermedad. Asimismo, se logró el aprendizaje sobre la adaptación del paciente a la enfermedad para mejorar la calidad de vida y la reestructuración del malestar emocional, así como la identificación de los factores psicosociales del paciente y su familia, involucrados en el tratamiento y derivados del contexto del paciente. El conocimiento y la observación de los trastornos psicológicos y psiquiátricos facilitó la intervención en aspectos de adherencia al tratamiento, regulación emocional, manejo del dolor, toma de decisiones en el enfermo y la familia. En la siguiente gráfica se muestran los resultados.

**Gráfica 1. Resultados pretest y postest**



Fuente: elaboración propia.

En el cotejo de los resultados entre el pre y el postest se determinaron las diferencias de aprendizaje del desempeño estudiantil y la eficacia del programa.

Los resultados cualitativos acerca del desarrollo de habilidades en los alumnos se obtuvieron en los trabajos finales que se observan en la tabla siguiente.

**Tabla 5. Resultados cualitativos. Trabajos finales**

<i>Trabajo</i>	<i>Resultado y desarrollo de habilidades</i>
Hábitos en el paciente durante el tratamiento oncológico (quimioterapia)	La encuesta utilizada abarcaba las áreas física, emocional, personal, social y de alimentación (evaluación)
Uso de cuencos tibetanos para reducir el vómito anticipado de quimioterapias en adultos	Para reducir el nivel de ansiedad y náuseas anticipada al tratamiento. Generar un aprendizaje por medio de respiraciones profundas y calmadas al escuchar los cuencos para disminuir la tensión en cuerpo y mente. La técnica es efectiva y puede utilizarse en familiares y cuidadores primarios (intervención)

*Continúa...*

---

Cuidado del cuidador primario	Se evaluó la sobrecarga del cuidador primario y el estrés que vive para mejorar su calidad de vida (evaluación)
Conceptualización de enfermedad en el niño con cáncer a través del juego	Se investiga acerca de cómo se forma cognitivamente el concepto de enfermedad en el niño. Se observa como los niños a través del juego logran darse consuelo explicando a sus juguetes el tratamiento y el dolor que van a experimentar (intervención)
Intervención neuropsicológica como terapia de soporte en el tratamiento de paciente pediátrico con tumor cerebral y ceguera	El objetivo era mejorar las secuelas neurológicas derivada de la enfermedad y los tratamientos oncológicos para mejorar la calidad de vida del paciente. Después de la intervención se observó en los resultados que el paciente obtuvo el nivel óptimo en su neurodesarrollo (intervención)
Aplicación de logoterapia como herramienta de apoyo en la psicooncología	En la logoterapia el enfermo de cáncer reconoce a la muerte como parte de la vida para aprender poco a poco a asumirla con tranquilidad (manejo emocional)
Influencia de la psicoeducación en la etapa de diagnóstico del paciente con cáncer	Con el fin de disminuir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento, se utilizó el termómetro de distrés como línea base. Se explicó el diagnóstico y se aplicaron técnicas de meditación para que el paciente aprendiera a autorregularse. Se presenta una infografía que ayuda a resolver sus dudas. Después de varias sesiones se aplica nuevamente el termómetro de distrés y el paciente se observa más tranquilo (análisis y evaluación)
Voluntariado y psicooncología	Impartición de dos talleres: Taller de Duelo, en donde se les enseñó las seis R del duelo, y el segundo Taller de Burnout (capacitación)
Intervención en crisis frente al diagnóstico de cáncer	Se prepararon infografías relacionadas con el diagnóstico (psicoeducación)
Adolescentes con cáncer: gestión positiva de las emociones a través de la eliminación de creencias limitantes	Se orientó a promover estilos de vida que faciliten el bienestar del paciente (manejo de emociones)

---

Fuente: elaboración propia.

Se puede observar que los trabajos de los alumnos representan el logro de los objetivos propuestos en cada módulo, así como las habilidades a desarrollar. En resumen, los alumnos:

- A. Comprendieron el proceso de adaptación del paciente a la enfermedad del cáncer e implementaron programas de psicoeducación.
- B. Lograron transferir lo aprendido a situaciones diversas relacionadas con el paciente, la enfermedad o la familia, a través de intervención de manejo emocional, ansiedad, estrés.
- C. Lograron el análisis de distintas situaciones para construir instrumentos que ayudaran a los pacientes al manejo del dolor, por medio de infografías que explicaban la enfermedad.
- D. Lograron la evaluación de diversas situaciones relacionadas con el diagnóstico o el manejo de la enfermedad en apoyo de los pacientes y familiares, o específicamente del cuidador primario.
- E. Se implementaron talleres de capacitación para el voluntariado del Hospital Infantil Teletón.

## DISCUSIÓN

La psicooncología ha cobrado importancia porque es una especialización de la psicología que ayuda al enfermo en su atención, a los familiares, especialmente al cuidador primario, y también es un apoyo para el personal de salud.

Cruzado (2016) ha resumido las funciones del psicooncólogo en cinco áreas: prevención de estilos de vida saludable; evaluación clínica, destinada al abordaje inicial de lo emocional, lo cognitivo y lo comportamental del paciente después del diagnóstico; el tratamiento psicológico para atender las problemáticas del paciente y su familia, así como su adaptación a la enfermedad, además de la atención de trastornos, con el personal de salud, el manejo de la comunicación médico-paciente y familiares, y la investigación. El programa del Diplomado en Psicooncología propuesto cubre todas estas funciones.

En la psicooncología uno de los principales objetivos de trabajo es adaptar a cada persona la intervención. Este acercamiento al paciente con cáncer debe considerar los componentes subjetivos del proceso de la enfermedad en cada una de sus etapas;



hasta ahora en México estos acercamientos dependen de la institución hospitalaria donde se trabaja y de la formación académica con la que cuente el psicólogo. Lo ideal sería que cada acercamiento fuera un logro común en el camino para encontrar la metodología ideal para la intervención psicooncológica, sin importar la institución o país de origen.

Los psicólogos que se especialicen en psicooncología deben cumplir las funciones propias de su cargo, como la prevención, la evaluación, el tratamiento, la atención del personal sanitario y la investigación (Ascencio-Huertas y García-Rodríguez, 2011). Las habilidades se desarrollan a través de contenidos teóricos, pero también prácticos, propios de la disciplina de la psicología relacionada con el área de la salud, en la intervención psicológica, psicosocial y espiritual, enfatizando la trascendencia de un evento que atraviesa no sólo a la persona, sino a todos aquellos involucrados con el enfermo a lo largo del tratamiento oncológico. Esta postura ofrece la posibilidad de mirar de manera integral la atención e intervención del paciente, familiar y personal de salud para mejorar el bienestar de aquellos que sufren cáncer y se enfrentan a un torbellino de acontecimientos que involucran todas las dimensiones de su persona, en lo emocional, social, familiar, físico y espiritual. Frente a todo esto es importante que los profesionales de la salud reconozcan la necesidad de trabajar de manera colaborativa en la formación de psicooncólogos para garantizar el mejor tratamiento de los pacientes.

## REFERENCIAS

- Almanza-Muñoz, J., y Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(3), 196-206.
- Aguiar, S. A. (2008). El psicólogo y su contribución en la Oncología. *Gaceta mexicana de oncología*, 7(2), 27-28.
- Arrarás, J. I., y Garrido Landívar, E. (2006). Psico-oncología. Huarte de San Juan. *Psicología y Pedagogía*, 13/*Psikologia eta Pedagogia*, 13, 141-164. Z. Universidad Pública de Navarra/ Nafarroako Unibertsitate Publikoa.
- Ascencio-Huertas, L., y García-Rodríguez, F. M. (2011). Programa de formación en psicooncología basado en el modelo fundacional. *GAMO*, 10(2), 94-102.
- Camargo Barrero, J. A., y Castañeda Polanco, J. G. (2019). *Psicooncología: Conceptos, factores*

- de riesgo y características psicológicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento del cáncer a lo largo del ciclo vital*. Corporación Universitaria Minuto de Dios.
- Cruzado, J. (2003). La formación en psicooncología. Universidad Complutense, (1), 9-19. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1704670>
- Cruzado, J. (2016). Formación y competencias del psicooncólogo. En Rojas, C. y Gutiérrez, Y. (Ed.), *Psicooncología. Aportes a la comprensión y la terapéutica*. (pp. 65-82). Ediciones Nueva Mirada.
- Díaz-Barriga, F., Lule, M., Pacheco, D., Saad, E., y Rojas-Drummond, S. (2013). *Metodología de Diseño curricular para la educación superior*. Trillas.
- Estévez, E. (2005). *Enseñar a aprender. Estrategias cognitivas*. Paidós.
- González, C., Mendez, J. Romero, R., Bustamante, J., Castro R., y Jimenez, M., (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista médica del Hospital General de México*, 75(3), 174-179.
- Holland, J. H. (2004). *El orden oculto: De cómo la adaptación crea la complejidad*. Fondo de Cultura Económica.
- Middleton, J., y Rojas-Jara, C. (2017). Personas, cáncer y psicología: algunas consideraciones esenciales para la comprensión y la actuación psicooncológica. En *Psicooncología: enfoques, avances e investigación* (pp. 47-59). Nueva Mirada.
- Morales, M. (2017). *Programa de Formación en Psicooncología*. Universidad Marista de Guadalajara.
- Mukherjee, S. (2016). *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Debate.
- Schavelson, J. (2004). *Psicooncología: principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Letra Viva.
- Trill, M. D. (2003). "Psico-oncología". Aula de estudios Sanitarios.
- Valderrama, L. H., y Treviño, L. R. L. (2012). *Psicólogos y psicoanalistas en hospitales: formación, experiencia y reflexiones*. El Manual Moderno.
- Vázquez, I. A. (2020). *Manual de psicología de la salud*. Comercial Grupo ANAYA, S. A.

### *Rosalinda Guadarrama Guadarrama*

Licenciada en Psicología, maestra en Psicología Clínica y doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMEX). Docente e investigadora desde hace 25 años. Desde hace más de 10 años se ha perfilado en el tema de la psicología de la salud. Cuenta con diversas publicaciones en revistas indexadas, así como capítulos de libro y libros, entre los que se encuentran: *Psicología: aspectos fundamentales de la formación y la profesión*; *Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente* y *Reflexiones latinoamericanas en Bioética*, de los cuales ha sido compiladora, esto le permite trabajar de manera interinstitucional con investigadores de todo el país. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadoras e Investigadores (Nivel II). Perfil Prodep desde 2007. Ha dirigido tesis de pregrado y posgrado.

### *Giovanny Arzate Hernández*

Licenciado en Psicología por el Centro Universitario UAEM Temascaltepec, maestro y doctor en Ciencias de la Salud por la UAEMEX. Docente en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la UAEMEX, donde además es secretario de la Academia de Psicobiología. Su trayectoria está marcada por una inquebrantable dedicación a la investigación en salud mental. Autor y coautor de artículos científicos publicados en revistas especializadas. Ha sido ponente en conferencias y congresos nacionales e internacionales. Su rigurosidad metodológica, su pasión por la docencia y su liderazgo dentro de la academia lo han consolidado como un referente en el área de la psicobiología, siendo reconocido por su contribución a la formación de nuevas generaciones de profesionales con un perfil científico y humanista de excelencia.

### *Nubia Torres González*

Licenciada en Psicología por el Centro Universitario UAEM Ecatepec. Maestra en Ciencias de la Salud por la UAEMEX. Con una trayectoria de 18 años como catedrática en esta Universidad, ha formado a varias generaciones de psicólogos, demostrando un firme compromiso con la educación de calidad y la promoción de la salud mental. Investigadora activa que ha volcado su experiencia en la redacción y compilación del libro *Salud mental y conductas de riesgo en el adolescente*. Su vasta experiencia, su dedicación docente y sus valiosas contribuciones bibliográficas la han consolidado como un referente indiscutible en su campo, enriqueciendo tanto la formación de nuevos profesionales como el avance del conocimiento científico en un área de vital importancia para la sociedad.

Este libro es una compilación de investigaciones sobre la salud física y mental. Es un texto dirigido a especialistas y a quienes desean incursionar en estos temas, ya que los trabajos son actuales y objetivos, pues reflejan el comportamiento de algunos fenómenos que afectan actualmente a la población mexicana. Esto lo convierte en una obra de relevancia no sólo científica, sino social. Además, es un referente para quienes se dedican a la práctica clínica, pues el contar con datos actualizados sobre las problemáticas de salud permitirá a estos profesionales conocer y replantear estrategias de intervención, ya que ésta debe seguir la rigurosidad metodológica que la investigación le ofrece, y con ello sustentar la atención del paciente. Por lo tanto, este libro, como su título lo indica, es una actualización y análisis de nuevas perspectivas en psicología de la salud que ninguna persona inmersa en el campo debería pasar por alto, pues transmite la generación de nuevo conocimiento para sustentar y fundamentar la formación, nuevas investigaciones y prácticas clínicas.

SECRETARÍA DE IDENTIDAD  
Y CULTURA