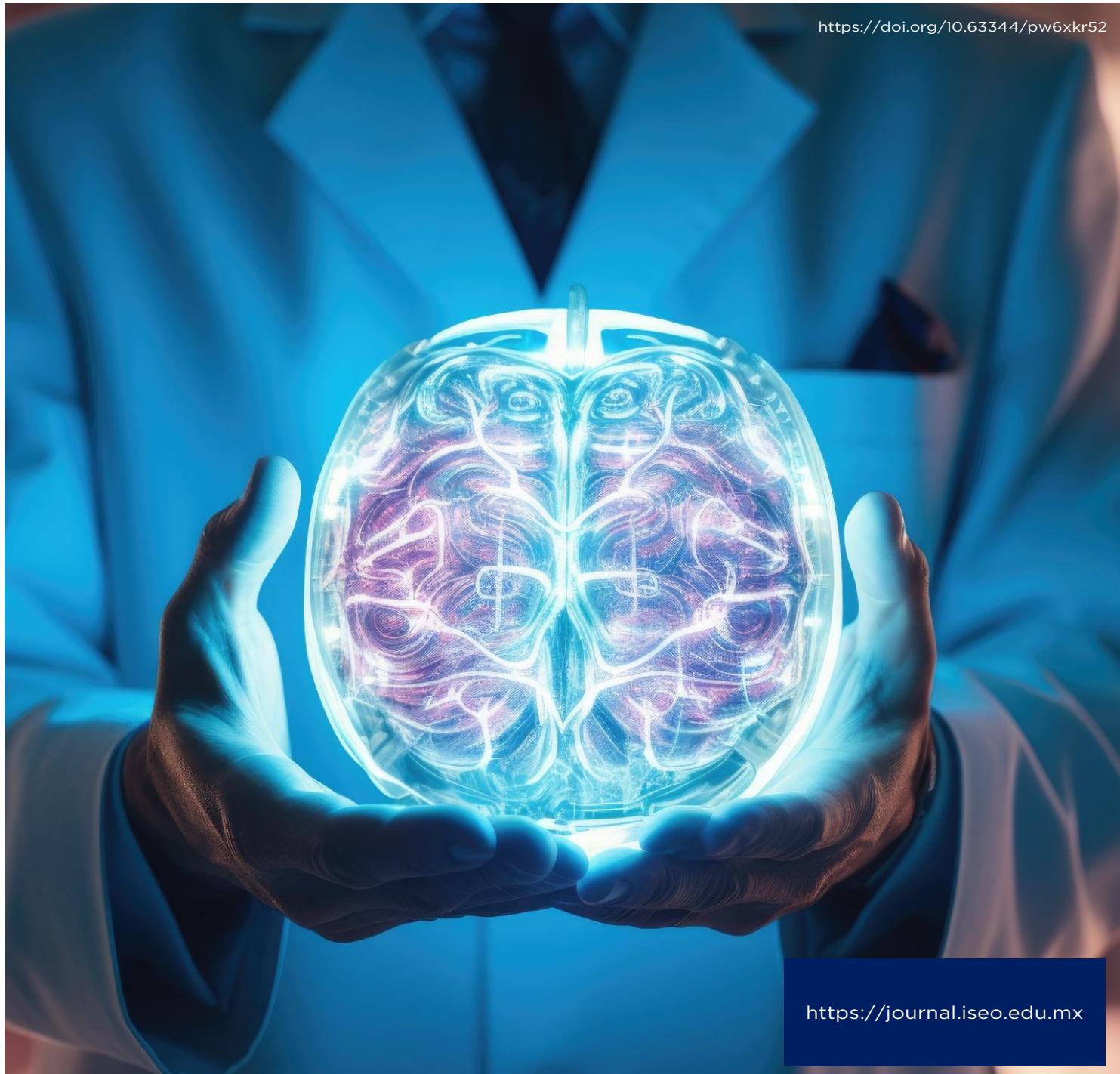




Revista Científica de Ciencias Médicas y Salud Mental

Volumen 1, N° 1, jul. - dic. 2024

<https://doi.org/10.63344/pw6xkr52>



<https://journal.iseo.edu.mx>



Consejo Editorial (Editorial Board)

Editor en Jefe (Editor-in-Chief)

Dr. Irvin Javier Ortega González
ORCID: 0009-0008-8170-8751
Instituto Superior de Estudios de Occidente,
Nayarit, México

Comité Editorial (Editorial Committee)

Director Editorial (Editorial Director)

Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval
ORCID: 0000-0002-6076-2993
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona
Michoacán, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Sociedad Mexicana de Inmunología, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Editores Asociados (Associated Editors)

Dr. Cinthia Guadarrama Godínez
ORCID: 0009-0006-6649-8253
Instituto de Reinserción Social, Secretaría de Gobierno de la
Ciudad de México, Ciudad de México, México.
Agrupación de Profesionistas de la Barra Nacional de
Abogados, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit,
México.

Comité Científico (Scientific Committee)

Consultores Científicos (Scientific Consultants)

Dr. Alberto Tafoya Ramírez
ORCID: 0000-0001-7878-9425
Escuela Superior Escárcega, Campeche, México.
Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, México.
Federación de Enfermería Quirúrgica de la República
Mexicana, Ciudad de México, México.
Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche,
Campeche, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Aimée Argüero Fonseca
ORCID: ORCID: 0000-0002-3864-5299
Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), Nayarit, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Unidad Académica de Ciencias Sociales, UAN,
Nayarit, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Carolina Salinas Oviedo
ORCID: 0009-0008-1814-5925
Hospital General Dr. Rubén Leñero, Secretaría de Salud,
Ciudad de México, México.
Consejo de Investigadores, Secretaría de Salud de la Ciudad
de México, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. María del Pilar Anaya Ávila
ORCID: 0000-0003-2630-2085
Universidad Veracruzana, Veracruz, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. María Elena Martínez Tapia
ORCID: 0000-0002-0517-6086
Servicios de Salud de Chihuahua, Chihuahua, México.
Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey
Chihuahua, México.
Sociedad Mexicana de Salud Pública, Ciudad de México,
México.
Centro de Investigación en Bioingeniería, Chihuahua, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Nissa Yaing Torres Soto
ORCID: 0000-0003-3646-6649
Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
Quintana Roo, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Pedro Uriarte Molina
ORCID: 0009-0001-6951-569X
 Clínica Avance Tratamiento de Adicciones, Tijuana, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Rosa Eréndira Fosado Quiroz
ORCID: 0000-0002-5344-7274
 Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
 San Luis Potosí, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Rosario del Pilar Gibert Delgado
ORCID: 0000-0001-8227-8505
 Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México,
 México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidata, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero
ORCID: 0000-0002-8695-7924
 Universidad Autónoma del Carmen, Campeche, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT
 Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Miembros del Comité Científico (Scientific Committee Members)
Dr. Albano Torres Gómez
ORCID: 0000-0002-8451-031X
 Universidad Nacional Autónoma de México,
 Ciudad de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT,
 Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Alberto Tafoya Ramírez
ORCID: 0000-0001-7878-9425
 Escuela Superior Escárcega, Campeche, México.
 Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche, México.
 Federación de Enfermería Quirúrgica de la República
 Mexicana, Ciudad de México, México.
 Colegio de Enfermería Quirúrgica de Campeche,
 Campeche, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Alejandro Martínez Ramírez
ORCID: 0000-0001-8292-0377
 Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
 San Luis Potosí, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Aimée Argüero Fonseca
ORCID: 0000-0002-3864-5299
 Universidad Autónoma de Nayarit (UAN), Nayarit, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Unidad Académica de Ciencias Sociales, UAN
 Nayarit, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Ana Laura Carrillo Cervantes
ORCID: 0000-0003-2920-4675
 Universidad Autónoma de Coahuila, Coahuila, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Anahí Ruiz Lara
ORCID: 0000-0003-0268-4023
 Universidad Autónoma de Coahuila, Escuela de Ciencias
 de la Salud, Coahuila, México.
 Sistema Estatal de Investigadores de Coahuila,
 Coahuila, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Consejo Mexicano de Certificación en Enfermería (COMCE),
 Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Beatriz Martínez Ramírez
ORCID: 0000-0001-8617-4279
 Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo,
 Quintana Roo, México.
 Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo,
 Quintana Roo, México.
 Red Internacional del Paciente Crónico y la Familia
 (CRONIFAM), Colombia – Perú – México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dr. Carlos Alberto Carreón Gutiérrez
ORCID: 0000-0003-2511-2220
 Universidad Autónoma de Tamaulipas, Ciudad Victoria,
 Tamaulipas, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
 CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
 PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Carolina Salinas Oviedo
ORCID: 0009-0008-1814-5925
 Hospital General Dr. Rubén Leñero, Secretaría de Salud
 Ciudad de México, México.
 Consejo de Investigadores, Secretaría de Salud de la Ciudad
 de México, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
 Nayarit, México.

Dra. Cinthia Guadarrama Godínez
 ORCID: 0009-0006-6649-8253
 Instituto de Reinserción Social, Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México, Ciudad de México, México.
 Agrupación de Profesionistas de la Barra Nacional de Abogados, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Diego López Dórame
 ORCID: 0000-0002-8738-6406
 Universidad de Sonora, Sonora, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta, Ciudad de México, México.
 Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, Sonora, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Diana Pérez Pimienta
 ORCID: 0000-0002-1936-634X
 Universidad Autónoma de Nayarit, Nayarit, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Sociedad Nayarita de Psicología, Nayarit, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Edgar Fernando Peña Torres
 ORCID: 0000-0002-0867-8575
 Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Quintana Roo, México.
 Universidad Tecnológica de Chetumal, Chetumal, Quintana Roo, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Elizabeth Martín del Campo Escudero
 ORCID: 0009-0007-4504-5340
 Universidad Juárez del Estado de Durango, Durango, México.
 Sistema Estatal de Investigadores, COCYTED, Durango, México.
 Red Internacional de Estudios Interdisciplinarios de Género y Diversidad Sexual, Durango, México.
 Asociación Mexicana de Terapeutas en Comunicación Humana, Durango, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Guillermo César Vázquez González
 ORCID: 0000-0002-5403-3831
 Universidad de Colima, Colima, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Candidato CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Fernanda Guadalupe Rascón Arriaga
 ORCID: 0000-0002-7201-5354
 Universidad Kino | Hermosillo, Sonora, México.
 Universidad Estatal de Sonora, Sonora, México.
 Colegio de Profesionales de la Psicología en Sonora, Sonora, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dra. Florence Rosemberg Seifer
 ORCID: 0009-0004-1955-0712
 Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), Ciudad de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel II, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Isai Arturo Medina Fernández
 ORCID: 0000-0003-2845-4648
 Universidad Autónoma de Coahuila, Coahuila, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Iván Enoc Martínez Absalón
 ORCID: 0000-0002-9587-7213
 Secretaría de Educación de Veracruz, Veracruz, México.
 Red de Investigación y Práctica en Liderazgo Educativo (Interleader), Veracruz, México.
 Padrón Veracruzano de Investigadores, Veracruz, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Josué Arturo Medina Fernández
 ORCID: 0000-0003-0588-9382
 Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, Quintana Roo, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) Nayarit, México.

Dr. José Guadalupe Torres Morales
 ORCID: 0000-0001-6492-5262
 Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) Nayarit, México.

Dr. Juan Manuel Sánchez Soto
 ORCID: 0000-0003-1436-2531
 Tecnológico de Estudios Superiores de Chalco, Estado de México, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT, Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero
 ORCID: 0000-0002-8695-7924
 Universidad Autónoma del Carmen | Campeche, México.
 Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT | Ciudad de México, México.
 Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.
 Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) | Nayarit, México.

Dra. Karina Isabel Casco Gallardo

ORCID: 0000-0003-0094-7416

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo,
Estado de México, México.Sistema Nacional de Investigadores, Nivel Candidato,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.Red Internacional del Paciente Crónico y la Familia
(CRONIFAM), Nodo UAEH, Hidalgo, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. Magally Martínez Reyes**

ORCID: 0000-0002-2643-6748

Universidad Autónoma del Estado de México,
Estado de México, México.Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.Centro de Investigación y Estudios Avanzados del IPN,
Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dr. Mitl Maqueda Silva**

ORCID: 0009-0006-1425-4310

Instituto Nacional de Antropología e Historia, Escuela
Nacional de Antropología e Historia (INAH-ENAH)
Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
Nayarit, México.**Dra. Margarita Vega Vázquez**

ORCID: 0000-0002-0166-2319

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo,
Michoacán, México.Sistema Nacional de Investigadores, Candidata, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. María Elena Martínez Tapia**

ORCID: 0000-0002-0517-6086

Servicios de Salud de Chihuahua, Chihuahua, México.

Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey,
Chihuahua, México.Sociedad Mexicana de Salud Pública, Ciudad de México,
México.

Centro de Investigación en Bioingeniería | Chihuahua, México.

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
Nayarit, México.**Dra. María del Pilar Anaya Ávila**

ORCID: 0000-0003-2630-2085

Universidad Veracruzana, Veracruz, México.

Sistema Nacional de Investigadores, Candidata, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. Mireya Alejandra Chávez Oliveros**

ORCID: 0000-0002-1064-2096

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía,
Ciudad de México, México.Sistema Nacional de Investigadores, Candidata, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.Asociación Mexicana de Investigadores de los Institutos
Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad,
Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. Nereyda Hernández Nava**

ORCID: 0000-0002-4965-1045

Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
San Luis Potosí, México.Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. Nissa Yaing Torres Soto**

ORCID: 0000-0003-3646-6649

Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo |
Quintana Roo, México.Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT |
Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO) | Nayarit,
México.**Dra. Raquel García Flores**

ORCID: 0000-0002-2786-5069

Instituto Tecnológico de Sonora | Sonora, México.

Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT
Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.

Colegio de Profesionales de la Psicología | Sonora, México.

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. Rosa Eréndira Fosado Quiroz**

ORCID: 0000-0002-5344-7274

Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP),
San Luis Potosí, México.Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.**Dra. Rosario del Pilar Gibert Delgado**

ORCID: 0000-0001-8227-8505

Instituto Politécnico Nacional (IPN), Ciudad de México,
México.Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP | Ciudad de México, México.Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Rossy Lorena Laurencio Meza
ORCID: 0000-0002-9385-8561
Universidad Veracruzana (UV), Veracruz, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidata,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval
ORCID: 0000-0002-6076-2993
Organización Mundial de la Salud / Organización
Panamericana de la Salud, Ciudad de México, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Candidato,
CONAHCYT, Ciudad de México, México.
Sociedad Mexicana de Inmunología, Ciudad de México,
México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Roberto Neria Mejía
ORCID: 0009-0004-7273-7287
Centro Psicológico de Capacitación y Psicoterapia,
Ciudad de México, México.
Instituto Mexicano de Psicoterapia Cognitivo Conductual,
Ciudad de México, México.
Association for Contextual Behavioral Science (ACBS),
Michigan, EE.UU.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dr. Víctor Guillermo Flores Rodríguez
ORCID: 0000-0001-8912-519X
Universidad de Guanajuato | Guanajuato, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior
(SINAES), Costa Rica.
Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa
Rica, Costa Rica.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Verónica Loera Castañeda
ORCID: 0000-0003-4158-1078
Instituto Politécnico Nacional (IPN) | Durango, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Sociedad Mexicana de Genética, Ciudad de México, México.
Sociedad de Farmacología Molecular del Perú (SOFAR), Perú.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.

Dra. Verónica Rodríguez Luna
ORCID: 0000-0003-2599-3697
Universidad Veracruzana (UV), Veracruz, México.
Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I, CONAHCYT,
Ciudad de México, México.
Programa para el Desarrollo Profesional Docente (Perfil
PRODEP), SEP, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.



Contáctenos

journal@iseo.edu.mx
+52 (311) 160 51 13
AV. Juárez, No. 67, Col. Centro. Tepic, Nayarit, México. C.P. 63000

SOBRE ISEO JOURNAL

ISEO® Instituto Superior de Estudios de Occidente, es el patrocinador oficial de ISEO Journal, una revista de ciencias médicas y salud mental de acceso abierto para toda la comunidad científica nacional e internacional. Los artículos científicos presentados en ISEO Journal constituyen una valiosa contribución para fines académicos, siempre que se otorgue la debida cita al autor. Cabe destacar que las opiniones expresadas en los artículos son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente la postura del Comité Editorial ni del propio Instituto ISEO®.

ISSN: 3061-8878
Editado por: ISEO Editorial
Edición: Volumen 1, número 1, julio a diciembre 2024. Nayarit, México 2024



Patrocinador ISEO®
Instituto Superior de Estudios de Occidente

pág. 9 EDITORIAL

ISEO Journal: Un Espacio para la Innovación e Investigación Transdisciplinaria en Ciencias Médicas y Salud Mental
Dr. Irvin Javier Ortega González

pág. 20 ARTÍCULO ORIGINAL

Análisis del impacto de un programa de prevención del suicidio en las barreras para solicitar ayuda en alumnos universitarios
Dra. Nancy Guadalupe Torres Gallegos
Dr. Iván Enoc Martínez Absalón
Dra. Margarita Vega Vázquez

pág. 30 ARTÍCULO ORIGINAL

El Teatro Aplicado como agente para abordar factores psicosociales, un estudio de teoría fundamentada
Dr. Ulises Moreno-Serena
Dr. José Guadalupe Torres Morales
Dra. Rosario del Pilar Gilbert Delgado

pág. 13 ARTÍCULO ORIGINAL

Depresión, autoestima y consumo de tabaco en adolescentes de preparatoria
Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero
Dra. Georgina Castillo Castañeda
Dr. Luis Roberto Enciso Suárez

pág. 25 ARTÍCULO ORIGINAL

Afectaciones cognitivas en pacientes post-hospitalizados de COVID-19
Dr. Moisés Rosales Rivas
Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval
Dra. Cinthia Guadarrama Godínez

pág. 40 ARTÍCULO ORIGINAL

Evaluación del modelo FSD de psicopatología evolucionista en pacientes con TAG
Dra. Angélica Fabiola Sánchez Gutiérrez
Dra. Cinthia Guadarrama Godínez
Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval

ISEO Journal: Un Espacio para la Innovación e Investigación Transdisciplinaria en Ciencias Médicas y Salud Mental



ISEO Journal: A Platform for Innovation and Transdisciplinary Research in Medical Sciences and Mental Health

Dr. Irvin Javier Ortega González¹

ISEO Journal Revista de Ciencias Médicas y Salud Mental (Nayarit, México), Instituto Superior de Estudios de Occidente – ISEO (Nayarit, México)

¹ISEO Journal Revista de Ciencias Médicas y Salud Mental, Nayarit, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8170-8751>

En los últimos años, la IA (inteligencia artificial), ha llegado a diversos sectores sociales y ha extendido el conocimiento relacionado a las tecnologías, mejorando la toma de decisiones y la posibilidad de optimizar los procesos ¹, y, aunque aún son evidentes las barreras que limitan el acceso apropiado al servicio sanitario, es primordial la calidad de atención médica para satisfacer las necesidades de los ciudadanos. Por otro lado, la desigualdad proveniente de la discriminación, se ha convertido en una problemática notable en la salud mental, especialmente hacia quienes padecen enfermedades, evidenciando la carente empatía e irrespeto hacia los derechos humanos ².

Pese a los beneficios provenientes de las innovaciones tecnológicas, en el campo de la salud, se debe tener especial cuidado para no incurrir en el uso inadecuado del equipo y la desprotección de los datos de los pacientes. Para evitar estas malas prácticas, se deben estipular y seguir directrices claras que resguarden la información; priorizando capacitaciones que mejoren el sistema de salud, sobretodo para reducir la desigualdad social y la discriminación en las poblaciones vulnerables que aún no tienen acceso abierto a la salud ³.

Debido a la complejidad y heterogeneidad de los problemas de salud, la interacción entre disciplinas se muestra como la solución más efectiva. De ese modo, la interrelación y colaboración de diversas áreas de conocimiento, llamada también “transdisciplina”, trasciende lo tradicional al integrar enfoques con multiperspectivismo.

La transdisciplina aborda los diversos desafíos en la salud del siglo XXI, como el impacto del cambio climático en la salud mental, las disparidades en el acceso a los servicios de atención sanitaria y las secuelas psicosociales de pandemias como la de COVID-19, desde una perspectiva más amplia e integral, ya que, a diferencia de los enfoques tradicionales, permite desarrollar soluciones multidimensionales, abandonando el concepto lineal, con la finalidad de promover sostenibilidad, bienestar y competencia para el futuro. En el entorno sanitario, su práctica, ofrece una clara comprensión del mundo real actual y abre paso a la innovación en cuanto a soluciones tecnológicas que favorecen a la población ⁴.

Correspondencia:

Dr. Irvin Javier Ortega González
Editor en Jefe, ISEO Journal Revista de Ciencias Médicas y Salud Mental
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
rectoria@iseo.edu.mx

Citar como:

Ortega I. ISEO Journal: Un Espacio para la Innovación e Investigación Transdisciplinaria en Ciencias Médicas y Salud Mental. [Internet] Revista ISEO Journal. 2024. [Citado el...]; 1(1):9-11. <https://doi.org/10.63344/pe28m168>

La Visión de ISEO Journal: Un Enfoque Pionero en la Investigación de la Salud

La transdisciplina se establece como un modelo con perspectiva integrativa-inclusiva al combinarse con una diversidad de disciplinas para responder a una problemática en concreto, contemplando diferentes puntos de vista de los profesionales. En ese sentido, para incorporarlo, se requiere fomentar una investigación dinámica, relacional e interactiva. Asimismo, los investigadores se ven forzados a salir de su zona de confort, explorando y resolviendo los problemas actuales sin quedar atrapados en una sola línea de pensamiento, desarrollando la capacidad de gestionar de la mejor manera los desafíos más complejos ⁵.

La implementación del enfoque transdisciplinario conlleva recurrir a métodos integrales y colaborativos, he ahí su importancia para la inclusión participativa de diferentes disciplinas y actores ⁶. Esta colaboración, sin aparente relación, entre algunas ciencias con las ciencias médicas y de salud mental, resuelve los retos modernos que se presentan al mismo tiempo que aparecen nuevas tecnologías. Como se describe en el párrafo anterior, esto permite abordar situaciones complejas, desde una perspectiva amplia. Por este motivo ISEO Journal, invita a médicos, psicólogos y profesionales de la salud, así como a investigadores expertos en campos sin relación aparente con las ciencias médicas, como ciencias sociales, derecho, antropología, economía, ética, medio ambiente, entre otros, a fin de contribuir con sus investigaciones a las actuales problemáticas.

Para exemplificar el aporte de otras ciencias externas a las de salud, se presentan algunos casos donde se observa la colaboración de autores relacionados al campo médico, pero que sus estudios están orientados a resolver los problemas actuales del área. Los arquitectos, transdisciplinan con las ciencias de la salud, mediante el diseño de entornos físicos, orientados a la óptima recuperación de los internos, así como espacios urbanos que favorecen el bienestar mental al reducir el estrés, la ansiedad y el aislamiento social. Por otra parte, los economistas, pueden evaluar la sostenibilidad y eficacia de las políticas públicas existentes en este campo, aplicando sus conocimientos en análisis de costos y beneficios para maximizar el impacto de los recursos en los usuarios, brindando datos relevantes que ayudan a mejorar la estrategia en la toma de decisiones.

Luego, en el panorama del arte, los artistas y dramaturgos, al explorar alternativas terapéuticas que implican relacionar teatro, música, artes visuales, en favor del aprendizaje y refuerzo de valores como la empatía, la comunicación y la expresión emocional en los internos y en las comunidades. De la misma manera se integran los aportes de los diseñadores gráficos y expertos en tecnología, al brindar apoyo a personas con riesgos en la salud, desarrollando y creando aplicativos móviles, plataformas digitales, y material educativo para proveer el acceso y una mejora en el monitoreo de la salud. Con la misma intención, los ingenieros de sistemas desarrollan tecnologías basadas en IA y algoritmos predictivos para el diagnóstico oportuno de los trastornos psicológicos, lo que ayuda a personalizar los tratamientos, elevando el nivel de precisión y la eficiencia en el servicio médico.

Por otra parte, en el contexto jurídico, los abogados aportan garantizando el acceso a los servicios de salud mental, por medio del análisis y la creación de políticas públicas, que, a su vez, aseguran el respeto de los derechos humanos. En paralelo, al promover el entendimiento y conciencia de las prácticas culturales y las dinámicas sociales que influyen en el manejo de las enfermedades mentales, los antropólogos y sociólogos contribuyen al diseño de estrategias que son adaptables a contextos específicos.

Como resultado, ISEO Journal, y su visión transdisciplinaria, se convierte en un foro de interacción científica, con el objetivo de incentivar investigaciones derivadas de la cooperación interdisciplinaria entre profesionistas de áreas científicas (no médicas) con especialistas en Ciencias Médicas y Salud Mental, para afrontar los retos de la salud de forma integral.

Como revista de Ciencias Médicas y Salud Mental, ISEO Journal está orientada a posicionarse en el ámbito científico por impulsar la transdisciplina en las investigaciones que publica, al aplicar un esquema cognitivo que entrelaza disciplinas y genera un impacto real en el saber, la innovación y la praxis. Una plataforma digital que contribuye a mejorar la vida de las personas y que ofrece un espacio pionero e inclusivo en la ciencia.

Líneas Temáticas de ISEO Journal

Mediante ISEO Journal los autores pueden compartir con el ecosistema académico y científico diversas líneas de investigación conectadas a las temáticas de la revista, que abordan áreas clave de las Ciencias Médicas y Salud Mental.

1. Investigación Clínica
2. Salud Mental
3. Salud Pública y Epidemiología
4. Neurociencias
5. Bioética y Legislación Médica
6. Tecnología e Innovación en Salud
7. Temas Especiales y Transdisciplinarios

Artículos del primer volumen

En este primer volumen de ISEO Journal se exploran complejas problemáticas que afectan a la población, desde una perspectiva transdisciplinaria, ofreciendo investigaciones innovadoras, donde convergen las ciencias de la salud con otras especialidades. Desde un análisis de la relación que existe entre la depresión, autoestima y el consumo de tabaco en los adolescentes de preparatoria, así como también, su influencia en su desarrollo personal. Además, otra investigación que analiza el impacto de un programa de prevención del suicidio en los alumnos universitarios, explorando la relación que existe con las barreras sociales que les impiden pedir ayuda de forma oportuna y que pone de relevancia la implementación de un programa de prevención del suicidio por parte de las instituciones.

Asimismo, otro artículo destacado es el análisis y abordaje de factores psicosociales y cognitivos. En este estudio, se socavan las afectaciones cognitivas en pacientes post-hospitalizados de COVID-19, encontrando secuelas a largo plazo, que se derivan de la enfermedad. También, un estudio que evalúa el modelo Fast Slow Defense (FSD) de psicopatología evolucionista aplicado a internos con trastorno de ansiedad generalizada (TAG), ofreciendo nuevas perspectivas para emplearlas en la práctica clínica.

Por último, el artículo "El Teatro Aplicado como agente para abordar factores psicosociales: un estudio de teoría fundamentada", explora la forma en que el teatro aplicado se utiliza como herramienta en la intervención de las problemáticas psicosociales, lo que refleja la visión transdisciplinaria de ISEO Journal. Este estudio muestra cómo la investigación integrativa, en este caso, las artes, la psicología y la sociología, desarrollan estrategias que trascienden las prácticas lineales tradicionales, fomentando una comprensión completa del bienestar humano.

Un llamado a la Comunidad Científica y Académica

En un mundo donde los sistemas de salud enfrentan recursos limitados, la estigmatización de la salud mental y el surgimiento de enfermedades emergentes, sitúan la investigación transdisciplinaria como una herramienta clave para generar soluciones científicas con impacto social; porque la revista ISEO Journal no solo busca difundir conocimiento, sino también inspirar un cambio real en la manera en que se entiende y aborda la salud, promoviendo un impacto positivo para la sociedad.

En ese sentido, se extiende la invitación a toda la comunidad científica y académica de Latinoamérica, a asumir con liderazgo su papel como agentes claves de cambio, sumarse al esfuerzo constante por contribuir al conocimiento global y fomentar el desarrollo de prácticas más efectivas en Ciencias Médicas y Salud Mental.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por el autor.

Referencias

1. Salinas Alba J, Vallejo Hidalgo D. Inteligencia Artificial y Comunicación Digital: Herramientas Clave para el Empoderamiento Comunitario. [Internet]. Revista Social Fronteriza. 26 de septiembre del 2024. [Citado el 10 de diciembre de 2024];4(5):1-22. Disponible en: [https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4\(5\)455](https://doi.org/10.59814/resofro.2024.4(5)455)
2. OMS. Salud mental [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2024. [Citado el 10 de diciembre de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/mental-health#tab=tab_1
3. OPS/OMS. La OMS publica el primer informe mundial sobre inteligencia artificial (IA) aplicada a la salud y seis principios rectores relativos a su concepción y utilización [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud. 2024. [Citado el 20 de junio del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/28-06-2021-who-issues-first-global-report-on-ai-in-health-and-six-guiding-principles-for-its-design-and-use>
4. Suaza Jiménez JH. Transdisciplina y multidimensionalidad: una visión desde el contexto educativo. [Internet]. Interconectando Saberes. 24 de julio del 2020. [Citado el 10 de diciembre de 2024];(10). Disponible en: <https://doi.org/10.25009/is.v0i10.2665>
5. Andrade Salazar JA. Transdisciplinariedad y complejidad en la investigación. [Internet]. Revista Vida, una mirada compleja. 29 de junio del 2024 [Citado el 10 de diciembre de 2024];6(1):1-17. Disponible en: <https://revistavidacunori.com/index.php/revista/article/view/39/54>
6. Archibald1 MM, Lawless MT, Pinero de Plaza MA, Kitson AL. How transdisciplinary research teams learn to do knowledge translation (KT), and how KT in turn impacts transdisciplinary research: a realist evaluation and longitudinal case study. [Internet]. Health Research Policy and Systems. 2023. [Citado el 10 de diciembre de 2024];20:2-24. Disponible en: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-023-00967-x#citeas>



ISEO JOURNAL ©

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.



ARTÍCULOS
Originales

Depresión, autoestima y consumo de tabaco en adolescentes de preparatoria

Depression, self-esteem and tobacco consumption in high school adolescents

Dr. Juan Yovani Telumbre Terrero^I, Dra. Georgina Castillo Castañeda^{II}, Dr. Luis Roberto Enciso Suárez^{III}

Universidad Autónoma del Carmen (Ciudad del Carmen, Campeche, México), Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México), Instituto Mexicano Del Seguro Social (Ciudad de México).

Universidad Autónoma del Carmen - Ciudad del Carmen, Campeche, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

● <https://orcid.org/0000-0002-8695-7924>

^IInstituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

● <https://orcid.org/0000-0001-6358-550X>

^{II}Instituto Mexicano Del Seguro Social, Ciudad de México
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

● <https://orcid.org/0009-0005-0194-3646>

Resumen

Objetivo: Detectar la correlación entre la depresión, la autoestima y el consumo de tabaco en 327 adolescentes pertenecientes a la preparatoria pública de Ciudad del Carmen, Campeche, México. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo explicativo que utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg y el Inventario de Depresión de Beck en la recopilación de datos. **Resultados:** Los hallazgos indican que en los adolescentes 36.4 % ha consumido tabaco en algún momento de su vida y el 8.3 % están diagnosticados con depresión severa. Se encontró una relación positiva entre la depresión, autoestima y la cantidad de cigarrillos ($rs = .130, p = .001$). Además, se identificó que los estados depresivos ($\beta = .007, p = .008$) intervienen como indicadores que pronostican el consumo de tabaco alguna vez en la vida con una varianza explicativa del 3.8 %. **Discusiones:** Se destaca la demanda de acciones preventivas y terapéuticas enfocadas en la salud mental, porque no solo contribuiría a la reducción del consumo de tabaco, sino también al bienestar general de los adolescentes, mitigando los efectos negativos en la salud pública a largo plazo.

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Adolescentes,
- Depresión,
- Autoestima,
- Consumo de tabaco.

Correspondencia:

Dra. Georgina Castillo Castañeda
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO).
georgina.castillo@iseo.edu.mx

Abstract

Objective: The primary objective of this study is to explore and establish the correlation between depression, self-esteem, and tobacco use among 327 adolescents attending a public high school in Ciudad del Carmen, Campeche, Mexico. **Materials and Methods:** This explanatory quantitative study utilized the Rosenberg Self-Esteem Scale and the Beck Depression Inventory for data collection. **Materials and Methods:** Findings indicate that at some stage of their lives, 36.4% adolescents may consume tobacco, and 8.3% are diagnosed with severe depression. A positive relationship was found between depression, self-esteem, and the number of cigarettes smoked ($rs = .130, p = .001$). Additionally, depressive states ($\beta = .007, p = .008$) were identified as predictors of lifetime tobacco use, with an explanatory variance of 3.8%. **Results:** The results indicate that 36.4% of adolescents have used tobacco at some point in their lives, and 8.3% exhibit severe depression. A positive relationship was found between depression, self-esteem, and the number of cigarettes smoked ($rs = .130, p = .001$). Moreover, depressive states ($\beta = .007, p = .008$) were identified as predictors of lifetime tobacco use, explaining 3.8% of the variance. **Discussions:** The demand for preventive and therapeutic actions focused on mental health is emphasized, as these efforts would not only contribute to reducing tobacco consumption but also enhance the overall well-being of adolescents, mitigating the long-term negative effects on public health.

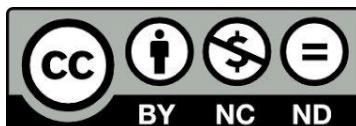
MeSH Terms

KEYWORDS

- Adolescentes,
- Depression,
- Self-esteem,
- Tobacco consumption.

Citar como:

Telumbre J, Castillo G, Enciso L. Depresión, autoestima y consumo de tabaco en adolescentes de preparatoria. [Internet] Revista ISEO Journal. 2024. [Citado el...]; 1(1):13-19. <https://doi.org/10.63344/xnedx416>



ISEO JOURNAL©

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

A nivel mundial, se ha identificado que las enfermedades mentales pueden desencadenar otros problemas de salud y es un factor determinante que contribuye a lesiones no intencionales e intencionales. Cabe resaltar que el trastorno depresivo, comúnmente conocido como depresión, es una afectación mental predominante en la población, que afecta al doble de mujeres en contraste con los hombres. Además, las estimaciones apuntan a que la cifra de personas que padece este trastorno se elevará dos veces más cada 20 años ¹. La OMS (Organización Mundial de la Salud) expone cifras que permiten dimensionar el problema: primero, que este trastorno perjudica aproximadamente a 280 millones de personas, en consecuencia, más de 700 000 individuos se suicidan, situando al suicidio como la causal número cuatro de muerte en el rango de edades entre 15 a 29 años. Por lo tanto, es un hecho que constituye una problemática seria de salud pública, en particular, cuando su duración es prolongada y su intensidad es de moderada a grave, generando sufrimiento y alteraciones en diferentes aspectos de la vida, tanto en casa como en su interrelación con la comunidad, por ejemplo, en la escuela ².

Ciertamente, la depresión es una enfermedad que interrumpe la cotidianidad, afectando la habilidad para desempeñarse en el trabajo, el sueño, el estudio, la alimentación y el disfrute de la vida; su desarrollo responde a una compleja interacción de componentes a nivel genético, biológico, ambiental y psicológico ¹. Según CNEGR (Revista Género y Salud del Gobierno de México), expone que INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), al 2016, ha documentado que en su país 34.85 millones de individuos han experimentado un estado de depresión; 14.48 millones corresponden a hombres y 20.37 millones a mujeres. Con relación al tratamiento, 1.63 millones ingieren antidepresivos, en cambio 33.19 millones no lo hacen. En consecuencia, la depresión se posiciona primero como trastorno que incapacita a las mujeres, mientras que para los hombres se encuentra en la novena posición ³.

En definitiva, el período de la adolescencia está caracterizado por cambios significativos tanto en el cuerpo como en el cerebro, lo cual genera una influencia directa en la manera en que los adolescentes aprenden, piensan y gestionan sus emociones. Por ende, este período es crucial para el desarrollo del cerebro, sobre todo en áreas como el córtex prefrontal, responsable de tomar decisiones y regular las emociones. Debido a estos cambios en el desarrollo, los adolescentes se vuelven más susceptibles a los altibajos emocionales, en especial cuando se enfrentan al estrés. Asimismo, las experiencias sociales que viven durante la adolescencia también efectúan un rol determinante en la estructura de las funciones cognitivas, afectando aún más al aprendizaje y a las respuestas emocionales. Además, el cerebro adolescente es especialmente sensible al estrés, el cual puede provocar reacciones emocionales exacerbadas en situaciones difíciles. Por consiguiente, comprender esta dinámica ayuda a explicar la variabilidad del comportamiento y el aprendizaje durante esta etapa de la vida ⁴. Por otro lado, la UNICEF señala que en Latinoamérica y el Caribe 27 % de los adolescentes y jóvenes de 13 a 29 años manifestaron percibir ansiedad y 15 % depresión en los recientes siete días. Mientras que, el 46 % reporta sentirse menos motivado para realizar sus ocupaciones diarias y un 36 % percibe una menor motivación para efectuar acciones del vivir diario ⁵.

Específicamente en México, un aproximado de 1 de cada 5 jóvenes pasará por un episodio depresivo antes de los 18 años. Asimismo, estimaciones muestran que, en niños menores de 13 años, predomina la depresión en un 2.8 %, mientras que en adolescentes y adultos jóvenes asciende al 5.7 %. A lo largo de la vida, la tasa de depresión es del 11 %, y en un período de 12 meses, alcanza el 75 %. Además, se contempla un incremento en la predominancia de la depresión durante la adolescencia, siendo este incremento más preponderante en las mujeres que en los hombres ⁶.

Es importante resaltar que las investigaciones señalan la relación entre los síntomas o estados desanimados con el hábito de fumar tabaco; sin embargo, los resultados no han sido contundentes y muestran una relación bidireccional, es decir, que padecer depresión predice el hábito tabáquico o que el consumo de cigarrillos predice la aparición de síntomas depresivos ^{7,8,9,10}.

Por ello, los estados emocionales tienen un rol relevante en la integración de comportamientos que favorecen la salud o que, por el contrario, sean nocivos durante la adolescencia. Específicamente, los estados depresivos pueden considerarse como desencadenantes para el comienzo del tabaquismo, además de estar asociados, al mismo tiempo, con la frecuencia e intensidad de dicho consumo ¹¹.

El fenómeno de las adicciones, sobre todo el alcoholismo en la adolescencia, va en aumento y, por lo tanto, constituye un problema de salud con graves implicaciones biopsicosociales en los individuos y su entorno ¹².

Existen investigaciones en el contexto nacional e internacional sobre las variables definidas; sin embargo, no de manera conjunta, como se establece en la presente investigación, representando un área de oportunidad para cubrir el vacío de conocimientos sobre el análisis y la relación de estos conceptos ¹³. Por lo tanto, esta investigación se considera importante y pertinente para el contexto de Ciudad del Carmen, Campeche, México; ya que es considerado uno de los municipios con la mayor tasa de adolescentes y también del uso de sustancias como alcohol, tabaco y una diversidad de drogas.

En síntesis, esta investigación permitirá tener un panorama más certero del estado de salud de los adolescentes, identificando la influencia de autoestima y los estados depresivos acerca de las conductas que conllevan al consumo de tabaco. Por lo tanto, las implicaciones derivadas de ellas permitirán tener una visión más clara sobre el problema ¹⁴.

Los hallazgos del presente estudio representan una oportunidad para dirigir objetivos al desarrollo de competencias que influencien a los adolescentes hacia elecciones acertadas, por ende, la reducción del riesgo. Así, también se podrá brindar una atención integral en este colectivo bajo un enfoque de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento de los probables peligros o problemáticas para la salud física y psicosocial.

Por otra parte, es determinante que el personal de salud comprenda las tendencias del uso de bebidas alcohólicas y cigarrillos en los habitantes de la zona estudiada para crear programas que retrasen la edad del consumo; asimismo, reforzar los factores de prevención a nivel individual, familiar y colectivo, así como el establecimiento de alianzas con instituciones locales, estatales, nacionales e internacionales que trabajen mano a mano en esta problemática.

En ese sentido, el objetivo general que se persigue es hallar la correlación existente entre la autoestima y los estados depresivos en el uso de cigarrillos en los adolescentes. Asimismo, los objetivos específicos que persigue la presente investigación son: estimar la predominancia del consumo de tabaco en adolescentes de preparatoria; detallar el grado de depresión en los adolescentes de preparatoria y determinar el grado de autoestima por tipo de depresión.

Sumado a lo anterior, la presente investigación permitirá, en gran medida, entender el trastorno de las adicciones; precisamente el tabaquismo en los adolescentes, sus implicancias en la salud, así como en el colectivo, y la posible medición de variables psicológicas como la autoestima y los estados depresivos. Por último, esta investigación permitirá conocer la magnitud del consumo de tabaco, lo cual servirá de base en un primer momento para que los directivos de la institución puedan llevar a cabo acciones preventivas y promover en este grupo estilos de vida saludables.

De igual manera, este estudio podrá ser el sustento para el trabajo colaborativo entre los directivos de la entidad de educación con el sector salud, para diseñar y ejecutar programas de salud, así también promover el apoyo e incorporación de los padres de familia como elementos esenciales que propicien la adopción de comportamientos y hábitos saludables en los adolescentes.

Metodología

Enfoque metodológico

Para realizar esta investigación se ha aplicado el enfoque de estudio cuantitativo no experimental de tipo transversal explicativo ¹⁵.

Participantes

El grupo de estudio incluyó a 1254 jóvenes de la preparatoria pública de Ciudad del Carmen, Campeche, México. El tipo de muestreo se realizó de manera aleatoria y estratificada tomando en cuenta el género y el nivel escolar como estratos. La muestra se estimó bajo nivel de confianza del 95 %, un margen de error de estimación de .04, para un enfoque conservador de 50 % ($p = q = \frac{1}{2}$), dando como resultado 294 adolescentes, pero se contempló el 10 % de tasa de no respuesta, de ahí que, se estimó 327 jóvenes como muestra definitiva de análisis ¹⁶.

Instrumentos

Se empleó la Escala de Autoestima de Rosenberg, ¹⁷ la cual valora la autoconsideración positiva o negativa en cada adolescente. La escala está integrada por 10 reactivos, divididos en sentido positivo por los indicadores 1, 3, 4, 6, 7 y en sentido negativo por 2, 5, 8, 9, 10. Con la finalidad de que estos últimos tengan un sentido positivo será necesaria una recodificación. Por otro lado, en cuanto a las alternativas de respuesta, se encuentra una escala de 4 categorías que incluyen 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = desacuerdo, 3 = acuerdo y 4 = totalmente de acuerdo, con una variación de puntaje que va de 10 a 40, siendo los puntajes más altos los que indican una alta autoestima ¹⁸. La escala ha mostrado confiabilidad de Alpha de Cronbach que oscila entre .78 a .91 en la población mexicana, mostrando una consistencia interna aceptable ^{19, 20}.

En otro orden de ideas, se encuentra el Inventory de Depresión de Beck (BDI), que ayuda a identificar estados depresivos en adultos y adolescentes desde los 12 años ²¹. Este segundo instrumento está compuesto por 21 ítems, donde cada uno es evaluado en una escala de 0-3 puntos con una puntuación máxima de 63. Se consideró no depresión para los valores de 0-13 puntos, mientras que de 14-19 para aquellos con depresión leve, los puntajes de 20-28 indican depresión moderada, y, si el puntaje supera los 29, se califica como depresión severa ²². Este instrumento ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas, las cuales lo avalan como un instrumento suficientemente válido y confiable ²³. Por lo que en este estudio se logró una confiabilidad de .91.

Procedimiento de recolección de datos

A fin de recolectar los hallazgos, primero se revisó la propuesta del estudio por el Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma del Carmen. Cuando se obtuvo la aprobación, se realizó una solicitud escrita de permiso al responsable de la entidad educativa seleccionada para el estudio, además de requerir acceso al registro de alumnos necesario para la selección aleatoria.

Luego, se realizó una visita a los grupos en el horario que había establecido la institución, donde se instó a los adolescentes a ser parte del estudio.

Aspectos éticos

Es importante destacar que el estudio se realizó conforme a lo Es importante destacar que el presente trabajo siguió el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, ²⁴ que aborda los criterios éticos para un estudio en seres humanos, así como con la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, la cual define los lineamientos para llevar a cabo proyectos de investigación en este ámbito ²⁵.

A aquellos que dieron su aceptación para formar parte del estudio, se les entregó un consentimiento informado para que lo firmara su parente o tutor, y se definió una fecha, lugar y hora para entregarlo. A quienes se les aprobó el permiso, recibieron la conformidad y, luego de ello, los instrumentos correspondientes.

Estrategia de análisis

Se realizó un análisis de los datos utilizando IBM SPSS en su versión 23.0, aplicando tanto técnicas de estadística descriptiva como inferencial. Para examinar la fiabilidad interna de las herramientas empleadas, se calculó el Coeficiente de Alpha de Cronbach. Además, se llevó a cabo la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors para definir si las variables seguían una distribución normal. A partir de los hallazgos de esta prueba, se decidió utilizar métodos no paramétricos.

Resultados

Descripción de la muestra

El 54.1 % pertenece al género femenino, en cambio el 9.4 % manifestó trabajar y estudiar en simultáneo, siendo el comercio la actividad desempeñada (100 %). Cabe destacar que el 64 % de los adolescentes convive con ambos padres y el 24 % solo con la madre, el 96.7 % es originario de Ciudad del Carmen y el 1.9 % son foráneos. También, se resalta que el 9.4 % de los adolescentes estudian y trabajan al mismo tiempo.

Consumo de tabaco

Para este apartado, se encontró que la juventud comienza a fumar a los 12.58 (DE = 1.47, 10-16) años, consumiendo en promedio 2.01 (DE = 1.48, 1-9) cigarrillos por ocasión de ingesta.

Tabla 1. Prevalencias del Consumo de Tabaco.

Prevalencia	f	SI	%	f	No	%
Alguna vez en la vida	119	36.4		208	63.6	
En el último año	67	20.5		260	79.5	
En el último mes	39	11.9		288	88.1	
Últimos siete días	27	8.3		30	91.7	
					0	

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=327

Por otro lado, se analizó la prevalencia de tabaquismo en la Tabla 1, el 36.4 % de los jóvenes han tenido ingesta de tabaco alguna vez en la vida, 20.5 % durante el último año, 11.9 % en el último mes y el 8.3 % lo ha hecho en los últimos siete días de la aplicación de la encuesta.

Autoestima

A fin de comprobar si la autoestima tiene alguna implicancia en la ingesta de tabaco, en la Tabla 2 se exhiben los hallazgos del análisis de acuerdo con la Escala de Autoestima de Rosenberg aplicada al grupo de estudio, y se descubrió que el 51.7 % de los adolescentes manifiestan una autoestima alta, el 29.4 % una autoestima media y el 19 % correspondiente a 62 adolescentes, cuentan con una autoestima baja.

Tabla 2. Frecuencias y proporciones del tipo de autoestima

Categoría	f	%
Autoestima baja	62	19.0
Autoestima normal	96	29.4
Autoestima alta	169	51.7

Ahora bien, para comprender las Frecuencias de los reactivos de la Escala de Autoestima de Rosenberg, en la Tabla 3 detallamos los resultados obtenidos, entre ellos, el 56 % de los adolescentes están totalmente de acuerdo que son una persona de valor, mientras que un 46.5 % está totalmente de acuerdo que son un fracaso y el 46.2 % están totalmente de acuerdo en su capacidad para realizar las cosas igual que los demás. Así también sólo el 19 % está totalmente en desacuerdo en que algunas veces opinan que no se sienten útiles y en la misma categoría el 17.4 % consideran que en ocasiones se sienten inútiles.

Tabla 3. Frecuencias de los reactivos

Reactivos	Totalmente en desacuerdo		En desacuerdo		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Siento que soy una persona de valor.	12	3.7	19	5.8	113	34.6	183	56.0
Definitivamente creo que soy un fracaso.	20	6.1	37	11.3	118	36.1	152	46.5
Siento que tengo muchas buenas cualidades.	8	2.4	34	10.4	172	52.6	113	34.6
Puedo hacer las cosas igual que los demás.	19	5.8	43	13.1	114	34.9	151	46.2
No tengo mucho porque sentirme orgulloso.	51	15.6	95	29.1	116	35.5	65	19.9
Tengo una actitud positiva con mi persona.	9	2.8	41	12.5	127	38.8	15	45.9
En todo, estoy satisfecha conmigo.	20	6.1	55	16.8	122	37.3	130	39.8
Desearía tener más respeto conmigo misma.	27	8.3	35	10.7	135	41.3	130	39.8
Algunas veces me siento inútil.	57	17.4	89	27.2	86	26.3	95	29.1
Algunas veces, creo que no sirvo para nada.	62	19.0	66	20.2	77	23.5	122	37.3

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=327

Depresión:

Con relación a las puntuaciones de Inventory de Depresión de Beck, se identificó según la Tabla 4, que el 67.3 % de la población no muestra síntomas de depresión, mientras que el 13.5 % presenta depresión leve, el 11 % depresión moderada y el 8.3 % depresión severa, donde se destaca que el llanto, la autopercepción y los sentimientos de castigo son ítems que destacan en la categoría severa.

Tabla 4. Frecuencias y proporciones del tipo de los Estados Depresivos

Categoría	f	%
No depresión	220	67.3
Depresión leve	44	13.5
Depresión moderada	36	11.0
Depresión severa	27	8.3

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=327

Con la finalidad de brindar un resumen detallado acerca de los hallazgos de las frecuencias y proporciones del inventario de estados depresivos del Inventory de Depresión de Beck, en la Tabla 5, se reportaron como leves, entre ellas la pérdida de la libido (12.5 %), los cambios en el aspecto físico (10.4 %) y la tristeza (14.1 %). Mientras que en el nivel de mínimo de estados depresivos se hallaron, la insatisfacción (50.2 %), el insomnio (51.1 %) y la pérdida de apetito (60.6 %).

Sin embargo, la dificultad laboral (13.1 %), la sensación de fracaso (10 %) y el pesimismo (9.8 %) son manifestadas de manera moderada. Por último, en la categoría severa, se ubicaron, el llanto (17.1 %), la autodecepción (9.2 %) y los sentimientos de castigo (8.9 %).

Tabla 5. Frecuencias y proporciones de los Estados Depresivos

Estados depresivos	Mínimo		Leve		Moderado		Severo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tristeza	242	74	46	14.1	21	6.4	18	5.5
Pesimismo	213	65.1	46	14.1	32	9.8	36	11
Sensación de fracaso	233	71.3	48	14.7	36	11	10	3.1
Insatisfacción	164	50.2	124	37.9	14	4.3	25	7.6
Culpabilidad	203	62.1	79	24.2	24	7.3	21	6.4
Sentimiento de castigo	220	67.3	67.3	67.3	67.3	67.3	67.3	67.3
Autodecepción	239	239	239	239	239	239	239	239
Autocrítica	73.1	73.1	73.1	73.1	73.1	73.1	73.1	73.1
Ideas de suicidio	48	48	48	48	48	48	48	48
Llanto	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7	14.7
Irritabilidad	10	10	10	10	10	10	10	10
Desinterés social	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1	3.1
Indecisión	30	30	30	30	30	30	30	30
Cambios en el aspecto físico	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2	9.2
Dificultad laboral	226	226	226	226	226	226	226	226
Insomnio	69.1	69.1	69.1	69.1	69.1	69.1	69.1	69.1
Fatiga	56	56	56	56	56	56	56	56
Pérdida del apetito	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1
Pérdida de peso	20	20	20	20	20	20	20	20
Hipocondría	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1	6.1
Perdida de la libido	25	25	25	25	25	25	25	25

Nota: f= frecuencia, %= porcentaje, n=327

Depresión, autoestima y consumo de tabaco.

De acuerdo con el objetivo general del estudio, los hallazgos de la prueba de Correlación de Spearman, mencionados en la Tabla 6, muestran una relación positiva entre ambos instrumentos aplicados y el número de cigarros ($rs = .130$, $p = .001$) consumidos por los adolescentes en un día típico.

Tabla 6. Correlación de Spearman de la Escala de Autoestima, Estados Depresivos y el Consumo de Tabaco

VARIABLES	1	2	3	4	5
Edad de los participantes	1				
Número de cigarros consumidos en un día típico	.188 .001**	.518 .000**	1		
Sumatoria Escala de Autoestima de Rosenberg.	.016 .779	-.163 .003**	-.095 .835	1	
Escala de Estados Depresivos Beck	.000 .994	.163 .003**	.130 .019*	-.492 .000**	1

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, n=327

Para culminar, se observa en la Tabla 7, el Modelo de Regresión Lineal Múltiple de las variables autoestima y estados depresivos con el consumo de tabaco alguna vez en la vida, donde se presentó un impacto notable en la totalidad del modelo ($F = 6.426$, $p = .002$).

Asimismo, se identificó que los estados depresivos ($\beta = .007$, $p = .008$) se desempeñan como señales anticipatorias de la ingesta de tabaco en algún momento de la vida con una varianza explicativa del 3.8 %.

Tabla 7. Modelo de Regresión Lineal Múltiple para la Autoestima y Estados Depresivos con el Consumo de Tabaco alguna vez en la vida

Fuente de variación	Suma de cuadrados	gl	Cuadrado medio	F		p
				F	p	
Regresión	2.88		2.88	2.88		
Residual	72.806		324	.225		
Total	75.695		326			
R2=3.8%						
Modelo 1		Coeficientes no estandarizados				
		β	Error estándar	t		p
(Constante)		.403	.202	1.999		.046
Autoestima		-.004	.006	-.668		.505
Estados depresivos		.007	.003	2.679		.008

Discusión

Los resultados de esta investigación comprueban la correlación entre la depresión, la autoestima y el consumo de tabaco en adolescentes, destacando que los estados depresivos actúan como un predictor significativo del consumo de tabaco con una varianza explicativa del 3.8 %. Además, se encontró que el 36.4 % de los adolescentes ha incurrido en la ingesta de tabaco en algún momento de su vida, y el 8.3 % padece depresión severa.

Por otra parte, los hallazgos coinciden con estudios previos que señalan una fuerte conexión entre las variables estudiadas. Desde investigaciones nacionales,¹⁰ como internacionales,^{9, 26} se ha demostrado que los adolescentes recurren al tabaco como un mecanismo de afrontamiento ante el malestar emocional, utilizando el consumo como una forma de escape, lo cual refuerza los resultados obtenidos. Por ejemplo, en un estudio en España, se encontró la asociación entre el bajo estado de ánimo en los adolescentes y un frecuente consumo de cigarrillos.⁹ Además, se ha de tomar en cuenta que cerca del 10 % de los adolescentes analizados estudian y trabajan al mismo tiempo, lo cual se debe considerar riesgoso por los rápidos efectos en el abandono escolar y en las secuelas que dejarán para el futuro económico en estas personas,²⁷ pero además en cómo pueden impactar en sus niveles de depresión, autoestima e ingesta de tabaco de estos adolescentes.

Durante esta etapa, los jóvenes son especialmente vulnerables, y la aparición de síntomas depresivos puede aumentar el riesgo de desarrollar hábitos perjudiciales de consumo, como el tabaquismo, sugiriendo que las intervenciones dirigidas a mejorar la salud mental podrían impactar positivamente reduciendo el consumo de tabaco en esta población. Además, es prioritario contemplar que en simultáneo existen diversas situaciones que impulsan a los adolescentes a consumir tabaco, incluyendo la curiosidad, la imitación, la búsqueda de placer y evasión, además de la necesidad de conseguir prestigio y reconocimiento dentro de sus grupos.²⁸ Por lo tanto, el hecho de que los estados depresivos actúen como un predictor de la ingesta de cigarrillos resalta la relevancia de abordar las problemáticas de salud mental en la adolescencia.

Asimismo, otros autores mencionan que en tanto un nivel moderado de ansiedad puede ser útil para el manejo de las exigencias diarias, cuando la ansiedad supera la capacidad de adaptación, se vuelve patológica, provocando malestar físico, psicológico y conductual. En consecuencia, esta ansiedad puede llevar al consumo de tabaco en adolescentes y estudiantes, recurriendo al tabaco como una forma de manejo emocional.²⁹

En el mismo contexto, Rodriguez-Ramirez et al. señalan que el factor principal que influye en los jóvenes en la ingesta de tabaco es el psicológico, reconociendo que fumar les ayuda a relajarse cuando se sienten tensos o frustrados, así como mitigar el estrés social o la exclusión y generar emociones positivas, como sentirse parte de un grupo o aumentar su confianza. Por lo que se destaca que los jóvenes consumen tabaco con la finalidad de evitar sentimientos negativos sobre sí mismos o escapar de su realidad lo que en consecuencia les genera daños físicos, psicológicos y sociales.

Por ello es urgente el desarrollo y aplicación de estrategias efectivas en asistencia sanitaria primaria de salud para evitar y ofrecer tratamiento oportuno a los problemas asociados al consumo, enfocándose en aquellos que están iniciando su ingesta en tabaco.²⁸

En este estudio se confirma que los adolescentes con síntomas depresivos tienden a consumir más tabaco que sus pares sin trastornos psicológicos. Un hallazgo notable es que el 51.7 % de los adolescentes reportó una autoestima alta, lo cual difiere de estudios que le anteceden como el de Arias et al.,²⁹ quienes notaron que los adolescentes, en mayor proporción, presentaban niveles medios de autoestima. Este resultado sugiere la necesidad de un análisis más preciso de los factores que inciden en la autoestima de los adolescentes en diferentes contextos, ya que una autoestima alta no siempre se traduce en comportamientos saludables, tal como lo demuestra la correlación encontrada entre autoestima y consumo de tabaco en la muestra estudiada.

Con relación al consumo de tabaco, los hallazgos de esta investigación difieren con los resultados de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016,³⁰ al señalar que la edad media de inicio del consumo de tabaco es a los 21 años en el caso de las mujeres y a los 18 años para los hombres y que estas variaciones pudieran estar relacionadas a determinantes personales como la edad, dado que se ha identificado que el consumo tabaco acrecienta durante la segunda fase de la adolescencia con la exploración de la recreación nocturna.³¹

Por lo tanto, en esta investigación los resultados subrayan la magnitud del problema del consumo de tabaco en adolescentes y refuerzan la importancia de implementar programas preventivos dirigidos a retrasar la edad de inicio del consumo. También, dada la relación observada entre depresión, autoestima y tabaquismo, es necesario un enfoque integral que abarque los factores psicológicos, así como los comportamentales, con la participación de instituciones locales, estatales y nacionales en el diseño de estrategias de prevención efectivas.

La primera limitación de esta investigación radica en que los hallazgos se basan en autoinformes, lo que podría introducir sesgos de memoria o deseabilidad social en las respuestas de los adolescentes. La segunda limitación, es el diseño transversal aplicado, el cual imposibilita determinar relaciones causales definitivas entre las variables. Por lo cual, el desarrollo de futuros estudios longitudinales serían necesarios para explorar más a fondo la dirección de las relaciones entre depresión, autoestima y consumo de tabaco.

A partir de los hallazgos mostrados, es indiscutible la obligación de materializar investigaciones complementarias que examinen los factores que median la correlación entre depresión, autoestima y consumo de tabaco en diferentes contextos y grupos poblacionales. Por consiguiente, futuros estudios deberían incluir un enfoque inter y multidisciplinario para desarrollar intervenciones eficaces que además de evitar el consumo de tabaco, atiendan las problemáticas asociadas a la salud mental.

En conclusión, los hallazgos de esta investigación demuestran la correlación significativa entre depresión, autoestima y consumo de tabaco en adolescentes, destacando la necesidad de intervenciones preventivas y terapéuticas enfocadas en la salud mental de esta población. Esto no solo contribuiría a la reducción del consumo de tabaco, sino también al bienestar general de los adolescentes, mitigando los efectos negativos en la salud pública a largo plazo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no ha recibido financiación específica de entidades u organizaciones públicas, privadas o sin fines de lucro.

Referencias Bibliográficas

1. OPS/OMS. Salud mental. [Internet]. Washington: Organización Panamericana De La Salud. 2024. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
2. OMS. Depresión. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2023. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
3. Descifremos. [Internet]. Revista Género y Salud en cifras. 2017. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 15(2):38-41. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1uNgvvvY5CAX2QXnDcaKLMkP4Q_QuyiL/view
4. NIMH. The Teen Brain: 7 Things to Know. [Internet]. Bethesda: National Institute of Mental Health. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/the-teen-brain-7-things-to-know>
5. UNICEF. El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. [Internet]. Panamá: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y-j%C3%83B3venes>
6. Troncoso VHG. Patrón de consumo de alcohol y depresión en estudiantes de licenciatura de dos áreas del conocimiento. [Tesis de pregrado]. Zacatecas: Universidad Autónoma de Zacatecas; 2019. Disponible en: http://ricaxcan.uaz.edu.mx/jspui/handle/20.500.11845/116_0
7. Birchwood M, Singh SP. Mental health services for young people: matching the service to the need. [Internet]. The British Journal of Psychiatry. 02 de enero del 2018. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 202(s54):s1-s2. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119149>
8. Carceller-Maicas N, Ariste S, Martínez-Hernández A, Martorell-Poveda MA, Correa-Urquiza M, DiGiacomo SM. El consumo de tabaco como automedicación de depresión/ansiedad entre los jóvenes: resultados de un estudio con método mixto. [Internet]. Adicciones. 1 de marzo del 2015. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 26(1):34. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/127>
9. González MT, Espada JP, Orgilés M. Estado de ánimo y consumo de tabaco en una muestra de adolescentes españoles. [Internet]. Revista Latinoamericana de Psicología. 1 de mayo del 2015. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 47(2):86-92. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-latinoamericana-psicologia-205-articulo-estado-animo-consumo-tabaco-una-S0120053415000035>
10. Martínez AAJ, García PG, García LH, Castillo GNG. Depresión y consumo de tabaco en adolescentes de secundaria. [Internet]. African Journal of Rhetoric. 6 de agosto del 2020. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 20(2):13-9. Disponible en: <https://ojs.haaej.org/?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=476>
11. Ariza C, García-Contiñente X, Villalbí J, Sánchez-Martínez F, Pérez A, Nebot M. Consumo de tabaco de los adolescentes en Barcelona y tendencias a lo largo de 20 años. [Internet]. Gaceta Sanitaria. 2014. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 28(1):25-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.005>
12. Herrera-Chávez K, Linares-Rubio M y Díaz-Barajas D. Ambiente familiar e influencia social asociados al consumo de drogas ilegales y alcohol en adolescentes. [Internet]. Revista de Educación y Desarrollo. 2018. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 46(1):61-71. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antecedentes/46/46_Herrera.pdf
13. Rivas AV, Rodríguez HM, Arias GMR, Carrillo HL, Zetina CE, González JR. Relación del consumo de alcohol y trastornos mentales en habitantes de una población rural. [Internet]. Revista, Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2016. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 67:71-77. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6137743>
14. Picado-Valverde EM, Sánchez-Martín F. Reestructuración de las Creencias Asociadas al Consumo de Drogas y la Conducción en Jóvenes. [Internet]. Clínica y Salud. 22 de enero del 2019. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 30(1):7-12. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742019000100002
15. Hernández-Sampieri R, Torres CPM. Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 4^a ed. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2018.
16. nQuery. Software para optimizar diseños de ensayos clínicos. [Internet]. Boston: Statsols. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.statsols.com/>
17. Rosenberg M, Schooler C, Rosenberg CS and F. Global Self-Esteem and specific Self-Esteem: different concepts, different outcomes. American Sociological Review. [Internet]. JSTOR. 1995. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 60(1):141-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2307/2096350>
18. Rosenberg M. Society and the adolescent Self-Image. [Internet]. JSTOR. 1965. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/1.27183pjhh>
19. Espino GAC, Barbosa CP, Suárez J, Oviedo H, Herazo E, Arias AC. Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. Revista Pensamiento Psicológico. [Internet]. 2017. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 15(2):29-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6071962>
20. Cogollo Z, Campo-Arias A, Herazo E. Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. Psychología. [Internet]. Avances de la disciplina. 2015. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 9(2):61-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297241658005>
21. Beck AT. An inventory for measuring depression. [Internet]. Archives of General Psychiatry. 1 de junio de 1961. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 4(6):561. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13688369/>
22. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García-Vera MP. Criterios y baremos para interpretar el "Inventario de depresión de Beck-II" (BDI-II). [Internet]. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 1 de abril del 2014 [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 37-59. Disponible en: <https://www.behavioralpsycho.com/producto/criterios-y-baremos-para-interpretar-el-inventario-de-depresion-de-beck-ii-bdi-ii-pp-37-59/>
23. Beltrán MDC, Freyre MÁ, Hernández-Guzmán L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. [Internet]. Terapia Psicológica. 1 de abril del 2012. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 30(1):5-13. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000100001&script=sci_abstract
24. Gobierno de México. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. Secretaría de Salud. 3 de febrero de 1983. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
25. Diario Oficial de la Federación. NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. 4 de enero 2013. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

26. Pérez-Padilla EA, Cervantes-Ramírez VM, Hijuelos-García NA, Pineda-Cortés JC, Salgado-Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. [Internet]. Revista Biomédica. 2017. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 28(2):73-9. Disponible en:
<https://www.meditgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=7350>
27. Cruz PR, Vargas VED, Hernández RAK, Rodríguez CÓ. Adolescentes que estudian y trabajan: factores sociodemográficos y contextuales. Revista Mexicana de Sociología. [Internet]. 2017 [Citado el 20 de junio del 2024]; 79(3):571-604. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2017.3.57679>
28. Rodríguez-Ramírez JM, Esquivel-Gámez M, Landeros-Velasco V, Villalpando-Luna SE, Rodríguez-Nava VF. Motivos para el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes de la licenciatura de enfermería. [Internet]. Rev Enferm IMSS. 2018. [Citado el 20 de noviembre del 2024]; 26(1):41-45. Disponible en:
<https://www.meditgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78909>
29. Arias MY, Cabrera HY, Herrero SY. Autoestima, ansiedad y depresión en adolescentes con consumo de riesgo de alcoholismo. [Internet]. Mul Med. 2019. [Citado el 20 de noviembre del 2024];23(3):406-416. Disponible en:
<https://www.meditgraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90410>
30. Gobierno de México. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. [Internet]. 28 de noviembre del 2017. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-tabaco-encodat-2016-2017-136758>
31. Camarotti AC, Jones D, Güelman M, Dulbecco P, Cunial S. Cambios en los patrones de consumo de bebidas alcohólicas en la cuarentena por COVID-19. Un estudio en el Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina). [Internet]. Revista de Salud Pública. 2020. [Citado el 20 de noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/29140>

Análisis del impacto de un programa de prevención del suicidio en las barreras para solicitar ayuda en alumnos universitarios

Analysis of the impact of a suicide prevention program on barriers to help-seeking in college students

Dra. Nancy Guadalupe Torres Gallegos^I, Dr. Iván Enoc Martínez Absalón^{II}, Dra. Margarita Vega Vázquez^{III}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México), Secretaría de educación de Veracruz - SEV (Veracruz), Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (Morelia, México)

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

 <https://orcid.org/0009-0002-2203-9259>

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

Secretaría de educación de Veracruz (SEV), Veracruz

 <https://orcid.org/0000-0002-9587-7213>

Facultad de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

 <https://orcid.org/0000-0002-0166-2319>

Resumen

Objetivo: Conocer el impacto de un programa de prevención de suicidio en una universidad en el noreste de México y reducir las barreras para la búsqueda de ayuda en 103 alumnos de diferentes carreras, de entre 18 y 19 años con un 71.845 %. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo con alcance descriptivo que aplicó el Cuestionario de BASH-B antes y después de recibir el entrenamiento QPR (Preguntar, Persuadir y Referir), también se realizó un análisis de prueba T de muestras relacionadas para saber si se generó un impacto en la percepción para pedir ayuda. **Resultados:** Se encontró que existe una diferencia significativa en la reducción del puntaje que indica menos barreras para pedir ayuda después de recibir el entrenamiento ($M = 27.422$; 23.99 , $p = < .001$) y, por medio del análisis Anova, se identificó que los alumnos que llegan a reconocer alguna situación de vulnerabilidad muestran más barreras para pedir ayuda de aquellos que no ($M = 28.833$; 27.893 , $p < .001$). **Discusiones:** Se evidencia la importancia de desarrollar estrategias institucionales que brinden orientación e información a los universitarios respecto a la búsqueda de ayuda, así como a identificar y saber acompañar a quienes se encuentran en crisis emocional.

Abstract

Objective: This research aimed to understand the impact of a suicide prevention program implemented in a higher education institution in northeastern Mexico. It sought to reduce barriers to help-seeking among 103 university students from different programs of study, aged 18 to 19 years, with a response rate of 71.845%. A quantitative research with a descriptive scope was conducted. **Materials and Methods:** The BASH-B questionnaire was administered before and after training called QPR: Question, Persuade, Refer. A paired sample T-test was performed to determine whether the training had an impact on the perception of seeking help. **Results:** A significant difference was found in the reduction of scores indicating fewer barriers to seeking help after receiving the training ($M = 27.422$; 23.99 , $p < .001$). The ANOVA analysis showed that students who recognized a situation of vulnerability reported more barriers to seeking help than those who did not ($M = 28.833$; 27.893 , $p < .001$). **Discussion:** The results highlight the importance of developing institutional strategies that provide guidance and information to students regarding help-seeking. Additionally, it is crucial to identify and support those who are in emotional crisis.

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Ayuda,
- Prevención,
- Programa,
- Riesgo,
- Suicidio,
- Universitarios.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Help,
- Prevention,
- Program,
- Risk,
- Suicide,
- University students

Citar como:

Torres N, Martínez I, Vega M. Análisis del impacto de un programa de prevención del suicidio en las barreras para solicitar ayuda en alumnos universitarios [Internet] Revista ISEO Journal. 2024. [Citado el...]; 1(1):20-24. <https://doi.org/10.63344/81d0dv83>



ISEO JOURNAL©

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

Según la OMS ¹ la muerte por suicidio en jóvenes ha aumentado considerablemente, de tal manera que es la tercera causa de muerte en el rango de 20 a 24 años de edad. En la actualidad, anualmente suceden cerca de 730 000 casos de suicidio, lo cual equivale a una muerte cada 40 segundos. Por lo tanto, estamos frente a un problema de salud pública que debe ser atendido desde múltiples frentes, entre ellos: la investigación, prevención, educación, intervención y transmisión de información para disminuir los estigmas y tabúes que existen alrededor del tema.

De acuerdo con el Gobierno de México ², se debe tomar en cuenta el contexto epidemiológico, demográfico, social, político y económico al fortalecer los programas relacionados a la salud con el propósito de que exista equidad y justicia en el derecho a la salud.

Aunque se han desarrollado intervenciones y acciones para prevenir esta situación, las estadísticas sobre el suicidio continúan en aumento. Ante las alarmantes cifras, la OMS ³ considera que la edad en riesgo de muerte por suicidio varía entre los 15 a 29 años. Además, según el INEGI ⁴ en México la tasa más elevada corresponde al grupo etario de 25 a 29 años, es decir 11.6 por cada 100 mil jóvenes. Por ello, es imperioso estudiar el impacto de la prevención del suicidio en los alumnos universitarios. Ante esta coyuntura, es relevante evaluar el impacto que el entrenamiento de prevención tiene en el fortalecimiento de la capacidad para pedir ayuda, así como la disminución del estigma sobre la salud mental y el aumento del autocuidado en la comunidad universitaria.

Asimismo, la etapa de estudios para la preparación profesional supone retos importantes en la vida de un joven. Según Toribio y Franco ⁵ los problemas emocionales, cognitivos y fisiológicos se producen al cursar una carrera de educación superior en la universidad debido al estrés que experimentan durante su periodo académico. Aunado a lo anterior, si los jóvenes tienen la percepción de no contar con una red de apoyo, pueden generar pensamientos de desesperanza y/o frustración que podrían desencadenar un factor de riesgo para el suicidio, y siendo este de razón multifactorial, incrementa la vulnerabilidad en este rango de edad.

Del mismo modo, al trabajar con jóvenes, se ha observado que si ellos perciben que pueden hablar con alguien sobre lo que sienten, piensan y hacen, presentan mayores niveles de bienestar. Entonces, es importante que la institución de educación, al ser un lugar donde pasan gran parte de su día, sea percibido como un lugar agradable. Por consiguiente, el contexto académico debe considerarse como un entorno propicio para la interacción socioemocional ⁶.

Cabe destacar, que entre la adolescencia media y tardía muchos jóvenes tienen que salir de casa para poder estudiar, esto los expone a un proceso de adaptación de lugar de residencia, amigos y escuela. Este cambio, también implica un camino hacia la independencia, en el que los universitarios asumen la responsabilidad de cuidar de sí mismos. Según Rodríguez et al. ⁷, los trastornos de conducta tienen una notable relación con el rendimiento escolar, la dinámica familiar y las relaciones sociales. En sí, los adolescentes que estudian preparatoria y universidad tienen mayor tendencia a sentirse presionados por encajar en el mundo, por cumplir expectativas y por encontrar su identidad, lo cual puede generar una cantidad elevada de estrés que desencadene en una afectación de su autocuidado o percepción de sí mismos. Por su parte, Rangel et.al. ⁸, indica que los alumnos al ingresar a un ambiente distinto, como es el caso de la vida universitaria, aumentan sus niveles de estrés y esto impacta en su vida emocional debido a los horarios cambiantes y a la constante exigencia académica.

En este sentido, al verse afectada la dimensión emocional, la alimentación, el sueño y la convivencia con las personas pueden llegar a sufrir cambios, lo cual podría agravar el desempeño académico y aumentar el riesgo en la salud tanto emocional como física. Por otro lado, Suárez & Díaz ⁹ afirman que las actividades que se realizan para superar los desafíos universitarios son las principales fuentes de estrés y ansiedad en los adolescentes. Por ello, una de las labores fundamentales de instituciones como el QPR Institute (Preguntar, Persuadir y Referir) es brindar capacitaciones a la comunidad sobre tres pasos para poder salvar una vida.

El programa surgió en julio de 1999 gracias a Brian Quinnell y Spokane Mental Health con la intención de aportar conocimiento y que cada vez más personas sepan cómo detectar señales de alerta en alguien con riesgo, persuadirlo para que se deje ayudar y referirlo a una atención especializada para recibir apoyo profesional ¹⁰.

En este contexto, la finalidad de este estudio es conocer la repercusión que tiene un programa de prevención del suicidio, el cual se ha implementado en una universidad en el norte de México para examinar el nivel de percepción de los alumnos sobre las barreras existentes en la búsqueda de ayuda a través de una encuesta llamada "QPR" que incluye un pre y post del entrenamiento y, como resultado, se pueda tomar acción en su fortalecimiento. Asimismo, los objetivos específicos incluyen, aplicar el cuestionario de barreras para la búsqueda de ayuda BAH-B versión breve (pre y post), analizar los resultados, comparar en que ítem del cuestionario mostraron un mejor resultado después de haber recibido el entrenamiento, así como en el que no tuvieron una reducción para posibles actualizaciones sobre temas dentro del entrenamiento y, finalmente, realizar sugerencias en base a los resultados conseguidos en el presente artículo.

Por lo expuesto anteriormente, este estudio tiene la finalidad de medir dicho impacto y poder compartir los resultados para poder desarrollar una estrategia en colaboración con los miembros de la institución y aportar elementos que sean incluidos dentro del ya existente. De esta manera, cada vez que tomen el curso por segunda y tercera ocasión, ampliarán su conocimiento sobre el tema; además, también se indaga si existe un mayor reconocimiento de vulnerabilidad en los universitarios y el nivel de aplicación que tienen los alumnos sobre los recursos aprendidos como parte de su vida cotidiana.

Cabe resaltar que esta investigación tiene una relevancia social ya que, al trabajar este tema con alumnos universitarios utilizando un programa eficiente, es posible que se pueda replicar en otras universidades, ampliando la comunidad de autocuidado y la búsqueda de ayuda en momentos difíciles. Estos factores son la clave para prevenir el suicidio.

Metodología

Enfoque metodológico

El enfoque en este estudio fue el cuantitativo, con un alcance descriptivo ya que según Sampieri ¹¹ este tipo de metodología mide o recoge información ya sea de forma individual o conjunta sobre las variables del tema sin relacionarlas entre sí.

El propósito de esta investigación fue básica o pura y el método utilizado fue el deductivo ya que, según Dávila ¹², ayuda a relacionar la teoría y la observación, permitiendo extraer desde la teoría los aspectos importantes en la observación.

Participantes

El total de la población para este estudio estuvo compuesta por 103 alumnos de diferentes carreras en su mayoría de ingeniería (58 en ingeniería, 14 en el área de salud, 7 en el área de arte, 6 de comunicación, 15 de negocios, 2 en transformación social y 1 en derecho), entre un rango de edad de 18 a 24 años, siendo la mayoría entre 18 y 19 años que cursaban entre el primer y tercer semestre.

Instrumentos

El instrumento empleado en esta investigación fue una encuesta, la cual se aplicó antes y después del entrenamiento QPR, además incluyó datos demográficos como: nombre, edad, carrera y semestre. También se realizaron preguntas en torno a la evaluación del entrenamiento y se agregaron las 11 preguntas del Cuestionario de barreras para la búsqueda de ayuda - versión breve BASH-B (desarrollado por Kuhl, Jarkon-Horlick y Morrissey en 1997 ¹³ lo conformaban 37 ítems, pero al darse cuenta de la redundancia en ellos, se diseñó la versión corta de 11 ítems por los autores Wilson, Dean, Ciarrochi y Rickwood en 2005 ¹⁴ adaptado y validado al español por Olivari y Guzmán ¹⁵ en 2018), donde cada uno de los ítems es evaluado en una escala Likert de 6 puntos (siendo 1 = altamente en desacuerdo y 6 = altamente de acuerdo).

Adicionalmente, se utilizó la prueba T de Wilcoxon, prueba T de muestras relacionadas, para investigar las medias de los ítems al detectar que no cumplieron los supuestos básicos de normalidad.

Además, el Alfa de Cronbach reportado fue de .83, una mayor suma en la cantidad de los ítems que refleja mayores barreras para la búsqueda de ayuda, el cual se aplicó a los alumnos para descubrir en los resultados el impacto que tiene el programa en la disminución de barreras.

Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se pidió a los alumnos que contestaran una encuesta al inicio y al final del entrenamiento. Fue importante que los instructores brindaran las indicaciones y que estuvieran atentos por si había alguna duda para poder ayudar a los alumnos. El método para recolectar los datos consistió en transcribir el cuestionario a Google Forms.

Aspectos éticos

Al ser el tema de la salud mental un tema tan sensible debe abordarse con mucho respeto. Es importante comunicar tanto a los alumnos como a la institución que los datos obtenidos son confidenciales; además que estos solo se han utilizado para fines de investigación, mejorar los procesos, el abordaje y el impacto del programa. Según Arguedas ¹⁶, el comité ético científico afirma que, en los elementos básicos de investigación bioética, se respetan los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Entonces, para garantizar que se cumpla el principio de autonomía, se pidió el consentimiento informado de los alumnos para participar y formar parte del estudio. Luego, para el principio ético, se mostró respeto a cada persona sin distinguir sexo, raza, religión e identidad sexual, según los Principios de Equidad de Sexo y Género-Sager ¹⁷. Finalmente, con respecto al principio de beneficencia, se informó a los alumnos la intención de mejorar y fortalecer el impacto del programa que brinda la universidad. Por lo tanto, se mostró respeto en todo el proceso, desde el trato hacia ellos, hasta el informe sobre la seguridad en el tratamiento de sus datos para la investigación.

Estrategia de análisis

Se utilizó la prueba ANOVA por medio de un análisis de Kruskal-Wallis, a través del programa para análisis estadístico JASP, el cual cuenta con un nivel de significancia de .05 para poder analizar los datos, interpretar los resultados y encontrar relaciones junto con los datos relevantes.

Resultados

Descripción de la muestra

Se aplicó el cuestionario de barreras para pedir ayuda a un total de 103 alumnos, los cuales representan el total de la población del estudio.

Como se puede visualizar en la Tabla 1, de la totalidad de universitarios, el 58.25 % reportó identificarse como mujer y el 41.74 % como hombre. Con relación a la edad, el 71.84 % se encuentran entre los 18 - 19 años, el 19.41 % en las edades entre 20 - 21 años y el 8.73 % se sitúan en el rango de 22 - 24 años.

Tabla 1. Variables demográficas.

	Demográficos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulativo
Género	Femenino	60	58.252	58.252	58.252
	Masculino	43	41.748	41.748	100
	Faltantes	0	0		
	Total	103	100		
Edad	18 y 19	74	71.845	71.845	71.845
	20 y 21	20	19.417	19.417	91.262
	De 22 a 24	9	8.738	8.738	100
	Faltantes	0	0		
Total		103	100		

En la Tabla 02 se puede apreciar el semestre que cursaban los alumnos, donde el 16.50 % se encontraba en su primer semestre, el 35.92 % en su segundo semestre, el 37.86 % en su tercer semestre y el 9.70 % eran del cuarto semestre en adelante. Por lo tanto, se concluye que la mayoría de la población a la que se le brindó el entrenamiento y que contestó el cuestionario fueron alumnos del primer semestre hasta el tercer semestre.

Tabla 2. Semestre actual

Semestre actual	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulativo
1	17	16.505	16.505	16.505
2	37	35.922	35.922	52.427
3	39	37.864	37.864	90.291
4	5	4.854	4.854	95.146
5	1	0.971	0.971	96.117
6	2	1.942	1.942	98.058
7	1	0.971	0.971	99.029
12	1	0.971	0.971	100
Faltantes	0	0		
Total	103	100		

Por lo tanto, se seleccionaron a los alumnos (de todas las carreras), buscando que la mayoría se encuentre cursando entre el primer y tercer semestre. Se descartó a los alumnos de semestres más avanzados, ya que era muy probable que hayan tomado el QPR con anterioridad, ocasionando algún sesgo en los resultados.

Asimismo, se decidió realizar una prueba T de muestras relacionadas por medio de un análisis de Wilcoxon debido a que no se cumplieron los supuestos básicos de normalidad ($W = .956$; $p = .002$). Se encontró un alto nivel de confianza al resultar una diferencia significativa ($W = 3445.5$; $Z = 5.353$; $p = < .001$). Asimismo, se encontró una disminución en el puntaje total de las barreras para pedir ayuda después de recibir el QPR ($M = 27.422$; $M = 23.99$) (Véase la Tabla 3). Dicho lo anterior, se rechazan las hipótesis nula y alternativa. Finalmente, se acepta la hipótesis de investigación.

Tabla 3. Prueba T de muestras relacionadas sobre las barreras para pedir ayuda

	N	M	DE	W	Z	P
Barreras Pre	102	27.422	9.588			
Barreras Post	102	23.99	10.235	3445.5	5.353	<.001
Nota. Prueba Wilcoxon						

Se decidió realizar una prueba T de muestras relacionadas para investigar las medias de los ítems ya que no se cumplieron los supuestos básicos de normalidad ($p = < .001$). Para esto, se utilizó una prueba de Wilcoxon. (Véase Tabla 4).

Tabla 4. Prueba T de muestras relacionadas por ítem pre y post del Cuestionario de barreras para pedir ayuda

Item		N	M	DE	W	Z	P
Si tuviera un problema lo resolvería	Pre	103	4.03	1.34	1970	5.1	<.001
	Post	103	3.18	1.54			
Aunque quisiera recibir ayuda profesional, yo no tendría el tiempo de asistir a las sesiones y recibir esta ayuda	Post	103	2.44	1.27	845.5	2.1	0.03
	Pre	103	2.2	1.32			
Si recibiera ayuda profesional por un problema psicológico, me preocupa mucho que el profesional no mantenga mi problema en secreto	Post	103	2.53	1.64	990.5	2.7	0.005
	Pre	103	2.16	1.53			
Si recibiera ayuda profesional me preocupa que tal vez tuviera que hacer o decir algo que yo no quería	Post	103	2.66	1.54	1182	3.4	<.001
	Pre	103	2.17	1.28			
Si estuviera recibiendo ayuda profesional, no querría que mi familia lo supiera nunca	Post	103	2.23	1.37	483	1.6	0.093
	Pre	103	2.07	1.39			
Los adultos realmente no pueden entender a los jóvenes	Post	103	2.6	1.33	849	3.0	0.002
	Pre	103	2.3	1.35			
Aunque tuviera un problema psicológico me sentiría avergonzado(a) de buscar ayuda profesional	Post	103	1.87	1.25	519	2.1	0.028
	Pre	103	1.67	1.17			
Aunque quisiera pedir ayuda profesional, no tendría los recursos económicos para pagarla	Post	103	2.17	1.48	428.5	1.5	0.123
	Pre	103	.04	1.36			
No importa lo que haga, nada cambiará los problemas que tengo	Post	103	1.75	1.2	413	0.9	0.334
	Pre	103	1.68	1.18			
Si pidiera ayuda profesional por un problema psicológico, temo que podría darme cuenta de que estoy loco/a	Post	103	1.74	1.28	268.5	0.4	0.675
	Pre	103	1.72	1.26			
Creo que yo mismo debería resolver mis propios problemas	Post	103	3.39	1.48	1646	4.0	<.001
	Pre	103	2.84	1.55			

Nota. Prueba Wilcoxon

Asimismo, se encontró que después de recibir el entrenamiento QPR los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7 y 11 tuvieron una diferencia significativa en el puntaje de las medias.

Como resultado, los alumnos mostraron una disminución en las barreras para poder resolver sus problemas acompañados (ítem 1, 11), además de una reducción en la preocupación al recibir ayuda de un profesional con el cual sientan que no tienen que hacer algo que no quieran o sientan que no se respeta la confiabilidad (ítem 4, 3). También se redujo la creencia que los adultos no pueden entenderlos (ítem 6), decreció la resistencia en el tiempo que se darían para asistir a las sesiones de apoyo (ítem 2) y manifestaron una menor sensación de vergüenza al recibir ayuda profesional (ítem 7).

Por otra parte, los ítems 5, 8, 9 y 10 no mostraron una diferencia significativa después de recibir el entrenamiento QPR. Se encontró que se mantienen las barreras para pedir ayuda en los casos donde reconocen situaciones de vulnerabilidad, entre ellas, cuando no quisieran que su familia se entere de lo que les sucede (ítem 5), donde no se perciben con la capacidad económica para costear la ayuda profesional (ítem 8), donde tienen la sensación de que hagan lo que hagan no cambiará su situación (ítem 9) y/o donde hay temor al contemplarse coloquialmente como locos, por presentar algún problema psicológico (ítem 10).

A su vez, se decidió realizar una prueba ANOVA por medio de un análisis de Kruskal-Wallis debido a que no se cumplieron los supuestos básicos de normalidad ($F = 7.828$; $p = < .001$). Tal como se detalla en la tabla 5, se encontró una diferencia significativa ($F = 11.583$; $p = < .001$), lo cual muestra que aquellos alumnos que contestaron que no reconocían alguna situación de vulnerabilidad mostraban menos barreras para pedir ayuda.

Tabla 5. Vulnerabilidad y barreras para pedir ayuda

Reconocimiento de situación de vulnerabilidad emocional	N	M(2,99)	DE	F	p
1	50	19.48	6.612		<.001
2	24	28.833	11.351	11.583	0.03
3	28	27.893	11.334		0.005

Discusión

Los resultados de este estudio revelan que el programa de prevención del suicidio basado en el entrenamiento QPR, aplicado a alumnos universitarios del noreste de México tuvo una disminución positiva en la reducción de las barreras de los alumnos para buscar ayuda, debido a que se encontró una diferencia significativa en el puntaje de sus respuestas en el pretest (antes) y postest (después).

Por consiguiente, los alumnos que no reconocen alguna situación de vulnerabilidad muestran menos barreras para pedir ayuda en comparación con aquellos que sí. Es posible que aquellos alumnos que sí reconocen alguna situación de vulnerabilidad, o bien lidien con el temor de expresarlo, o bien no sepan cómo o por donde comenzar para buscar ayuda.

También se encontró que, al analizar el impacto que el programa tuvo en cada ítem, se observa que los ítems 1, 7 y 10 muestran una diferencia significativa en las medias. En respuesta a la creencia que tienen de resolver solos sus problemas después de recibir el entrenamiento (ítem 1), muestran mayor receptividad al resolver sus problemas con ayuda de alguien más. Por otra parte, las respuestas que no mostraron diferencias significativas son la vergüenza que sienten al recibir ayuda de un profesional (ítem 7) o mostrar temor al darse cuenta de que están locos si piden ayuda por un problema psicológico (ítem 10).

Existen factores que puedan estar asociados con la dificultad para buscar o recibir ayuda, como por ejemplo el que aún continúen estigmas o ideas de asociar el pedir ayuda con debilidad. También se le puede atribuir como factor al hecho de sentir pena por cómo la sociedad los pueda percibir, razón por la cual prefieren no hablar.

Esto último puede generar aislamiento y riesgo en conductas de salud mental¹⁸. Además, se aborda la importancia de la confidencialidad en la búsqueda de ayuda en los casos de salud mental. Se destaca lo importante que es mencionar a los alumnos, al momento de realizarse la encuesta, que se mantendrá la confidencialidad, que es un espacio seguro con personas que buscan su bienestar y que encontrarán junto con ellos acciones y decisiones de autocuidado donde ellos sientan que pueden manejar la situación¹⁹.

Por ello, se recomienda replicar este modelo de prevención en otras universidades y que los resultados sean evaluados con el objetivo de ofrecer a la comunidad herramientas para identificar elementos importantes sobre el suicidio. Asimismo, se debe resaltar la idea de que no se tiene que ser especialista en salud mental para poder identificar señales de alerta y poder acompañar a alguien que se encuentra en crisis emocional.

Aunado a esto, se sugiere impartir el entrenamiento en semanas que no sean de exámenes parciales, finales o cierre de período con el objetivo de que haya una mayor recepción, participación, atención y reflexión con el tema de la prevención del suicidio. Para que esto sea posible, se sugiere calendarizar las fechas al inicio de cada semestre. Asimismo, es recomendable que, durante el período de exámenes o entregas finales, se incremente la publicidad en el campus y en redes sociales sobre el apoyo que existe en la Institución.

De igual manera, Casañas y Lalucat²⁰ comentan que la desinformación y los estigmas sobre la salud mental difieren en el reconocimiento de los trastornos mentales, así como en la búsqueda de ayuda. Como resultado, se sugiere diseñar actividades que brinden información a los jóvenes y que permitan identificar los problemas relacionados con la salud emocional.

Asimismo, se invita a aplicar con mayor margen de tiempo la encuesta que se realiza al final del entrenamiento, para que no sea apresurado y los alumnos puedan leer con calma las preguntas y reflexionar sus respuestas. Para ello, podrían agregarse 10 minutos más o reducir el tiempo sobre alguno de los subtemas dentro del contenido. Además, es importante que, desde el inicio del entrenamiento, se comente que la información será tratada de manera confidencial para darles la seguridad de que su red de apoyo no tendrá acceso a la información que brinden. Igualmente, se recomienda presentar de forma presencial a los especialistas en la atención, para que exista la certeza de que es un espacio seguro para la vulnerabilidad y ayuda emocional.

En conclusión, este estudio proporciona evidencia del impacto positivo del programa QPR en la reducción de las barreras para buscar ayuda en alumnos universitarios. Sin embargo, es necesario seguir trabajando en estrategias que aborden los estigmas persistentes y asegurar que los alumnos vulnerables reciban el apoyo adecuado. Del mismo modo, replicar este modelo en otras instituciones podría contribuir a mejorar la salud mental en la comunidad universitaria y reducir el riesgo de suicidio.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no ha recibido financiación específica de entidades u organizaciones públicas, privadas o sin fines de lucro.

Referencias

1. OMS. Suicidio. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 29 de agosto del 2024. [Citado el 26 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Secretaría de Salud. Promoción de la salud. [Internet]. México: Gobierno de México. 17 de agosto del 2015. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; párr. 9. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/promocion-de-la-salud-9799>
3. OMS. Cada 40 segundos se suicida una persona. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 9 de septiembre de 2019. [Citado el 26 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
4. INEGI. Día mundial para la prevención del suicidio. Datos nacionales. Comunicado de prensa núm 542/23. [Internet]. Aguascalientes: Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. 8 de septiembre del 2023. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; p. 3. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
5. Toribio C. y Franco S. Estrés académico: el enemigo silencioso de los estudiantes. [Internet]. Salud y Administración. 2016. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 3(7):11-18. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol3num7/A2_Estres_acad.pdf
6. Solorio M. y Medina R. Las redes de apoyo personal y el impacto en la trayectoria académica de alumnos y alumnas en el contexto universitario. [Internet]. Revista de educación y desarrollo. 2019. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 51:41-47. Disponible en: https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriore/s/51_51_Solorio.pdf
7. Rodríguez P, Alvarez M, Hernández M. La salud mental y los trastornos de conducta en la adolescencia. [Internet]. Revista Anales de Pediatría Continuada. 2014. [Citado el 26 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatría-continuada-51-pdf-S1696281814701763>
8. Rangel A, Vázquez F, Ruiz N, Juárez S, Hernández G, Gallegos R. Calidad de vida emocional en estudiantes foráneos de tres licenciaturas de una universidad pública del estado de Querétaro, México. [Internet]. 2019. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 16-26. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222965/16-26.pdf>
9. Suárez N. y Díaz L. Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. [Internet]. Revista de Salud Pública. 2015. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 17(2):300-313. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.ox?id=42241778013>
10. QPR. Programa de entrenamiento. [Internet]. Washington: QPR Institute. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; Disponible en: <https://qprinstitute.com/about-qpr>
11. Sampieri R. Metodología de la investigación: ¿En qué consisten los estudios de alcance descriptivo? 6ta. ed. McGraw Hill Education; 2014. p.92.
12. Dávila G. El razonamiento inductivo y deductivo dentro del proceso investigativo en ciencias experimentales y sociales. [Internet]. Laurus Revista de Educación. 2006. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 12: 180-205. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/761/76109911.pdf>
13. Kuhl J, Jarkon-Horlick L, Morrissey RF. Measuring Barriers to Help-Seeking Behavior in Adolescents. [Internet]. Journal of Youth and Adolescence. 1997. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 26(6):637-50. Disponible en: <https://doi.org/10.1023/A:1022367807715>
14. Rickwood, D., Deane, F. P., Wilson, C. J. & Ciarrochi, J. V. Young people's help-seeking for mental health problems. [Internet]. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2005. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 4 (3), 1-34. Disponible en: <https://ro.uow.edu.au/hbspapers/2106/>
15. Olivari C, Guzmán M. Validación del cuestionario general de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. [Internet]. Revista Chilena de Pediatría. 2017. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 88(3). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062017000300003
16. Arguedas O. Elementos básicos de bioética en investigación [Internet]. Acta Médica Costarricense. 2010. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 52(2). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-60022010000200004
17. Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. [Internet]. Research Integrity and Peer Review. 27 de abril del 2016;1(1). Disponible en: <https://researchintegrityjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41073-016-0007-6#Sec5>
18. OPS/OMS. Estigmas en salud mental [Diapositiva de Power Point] Venezuela: Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. 2023. [Citado el 26 de noviembre del 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/estigma-en-salud-mental_O.pdf
19. Olivari C, Méndez P, Núñez R, Sepúlveda I. Confidencialidad y conducta de búsqueda de ayuda para problemas de salud mental en adolescentes. [Internet]. Acta bioethica. 2022. [Citado el 26 de noviembre del 2024]; 28(1):113-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2022000100059>
20. Casañas R, Expósito L, Teixidó M, Jo L. Programas de alfabetización para la promoción de la salud mental en el ámbito escolar. [Internet]. Informe SESPAS. 2020. [Citado el 26 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://pdf.sciedencedirectassets.com/277692/1-s2.0-S021391120X00057/1-s2.0-S021391120301497/main.pdf>

Recibido: 17/09/2024

Aprobado: 23/11/2024

Afectaciones cognitivas en pacientes post-hospitalizados de COVID-19

Cognitive impairments in post-hospitalized COVID-19 patients

Dr. Moisés Rosales Rivas^I, Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval^{II}, Dra. Cinthia Guadarrama Godínez^{III}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México) - Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar IMSS N° 10 (Ciudad de México, México), Instituto de Reinserción Social, Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México (Ciudad de México, México).

^IInstituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.
Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar IMSS N° 10, Ciudad de México, México.
 <https://orcid.org/0009-0000-8382-8660>

^{II}Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.
 <https://orcid.org/0000-0002-6076-2993>

^{III}Instituto de Reinserción Social, Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México, Ciudad de México, México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.
 <https://orcid.org/0009-0006-6649-8253>

Resumen

Objetivo: Identificar las afectaciones cognitivas producidas por COVID-19 en pacientes que se encuentran en etapa de recuperación en una población de 24 pacientes con una muestra aleatoria que corresponde a 9 pacientes convalecientes de COVID-19. Estos fueron trasladados e intervenidos para el manejo de ansiedad y ejercicios de rehabilitación pulmonar a cargo del área de psicología en la Unidad de Medicina Familiar en el Hospital Psiquiátrico N° 10 del IMSS, Ciudad de México, México. **Materiales y métodos:** El enfoque metodológico del estudio es cuantitativo no experimental de tipo transversal explicativo. Se utilizaron el examen Mini-Mental State Examination (MMSE) y la Prueba Exacta de Fisher. **Resultados:** Se observó que el 12 % de los pacientes seleccionados (1) presenta deterioro cognitivo moderado, el 44 % (4) deterioro cognitivo leve y el 44 % (4) no presenta deterioro cognitivo. Además, no se encontró una relación significativa entre nivel educativo y el deterioro cognitivo, ya que $p = .295$ excede el umbral de significancia ($\alpha = .05$). **Discusiones:** La interpretación de los resultados no permite establecer una relación concluyente entre la COVID-19 y el deterioro cognitivo. Asimismo, la educación es el factor principal que incide en la puntuación de la prueba aplicada.

Abstract

Objective: To identify cognitive impairments produced by COVID-19 among recovery patients within a population of 24 patients, and a random sample of 9 patients affected by COVID-19. The patients were transferred and treated to manage their anxiety and provide them pulmonary rehabilitation exercises in charge of the Family Medicine Unit in the Psychology department at the IMSS Psychiatric Hospital No. 10, in Ciudad de México, Mexico. **Materials and Methods:** This research was conducted using a methodological approach under the quantitative perspective of non-experimental cross-sectional and explanatory design. The Mini-Mental State Examination (MMSE) and Fisher's exact test were also used. **Results:** The 12% of the selected patients (1) presented moderate cognitive impairment. The 44% (4) presented mild cognitive impairment, and 44% (4) did not present cognitive impairment. Furthermore, no significant relation was found between the educational level and cognitive impairment, given that $p = .295$ surpasses the significance line. **Discussions:** The interpretation of the results does not allow a conclusive relationship between COVID-19 and cognitive impairment. Moreover, education is the main factor affecting the test score.

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- COVID 19,
- Deterioro cognitivo leve,
- Mini-mental,
- Pacientes hospitalizados.

MeSH Terms

KEYWORDS

- COVID 19,
- Mild cognitive impairment,
- Mini-mental,
- Hospitalized patients.

Correspondencia:

Dra. Cinthia Guadarrama Godínez
Instituto de Reinserción Social, Secretaría de Gobierno de la Ciudad de México.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO)
cinthia.guadarrama@iseo.edu.mx

Citar como:

Rosales M, Madera R, Guadarrama C. Afectaciones cognitivas en pacientes post-hospitalizados de COVID-19 [Internet] Revista ISEO Journal. 2024. [Citado el...]; 1(1):25-29. <https://doi.org/10.63344/81d0dv83>



ISEO JOURNAL®

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

El mundo ha enfrentado una coyuntura sin precedentes a causa de la pandemia originada por el reciente coronavirus SARS-CoV-2, culpable de la enfermedad identificada como la COVID-19. La aparición de este virus fue el 31 de diciembre de 2019, cuando las entidades de salud de China informaron al mundo sobre la presencia de una nueva infección respiratoria aguda en Wuhan, capital de la provincia de Hubei. En aquel momento, se desconocía la etiología, las manifestaciones clínicas, evolutivas y pronósticas de esta enfermedad. Esto se consideró dentro del ámbito de la asistencia médica integral, abarcando acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad, incluso las dimensiones primarias de dicho proceso ¹.

En el ámbito internacional, de acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ², la COVID-19 ha causado, desde el 2019, 6.9 millones de muertes de manera directa en la población mundial; sin embargo, se estima que esta cifra sea mayor. Asimismo, cabe destacar que esta enfermedad ha repercutido en todos los ámbitos de la humanidad. Según el Informe Integral de COVID-19 en México ³, la cifra de casos registrados de la COVID-19 es de 7 713 497 pacientes. Entre los cuales 335 053 de estos, corresponden a muertes confirmadas por laboratorio y/o por antígeno. Además, se registraron 14 346 muertes sospechosas por la COVID-19.

Con respecto a las afectaciones cognitivas, estas son algunas de las diversas consecuencias que se han ido conociendo en el transcurso de la pandemia ⁴. Por su parte, el deterioro cognitivo, que no es causado por procesos fisiopatológicos, pertenece al proceso degenerativo propio del envejecimiento, debido a la reducción de las conexiones sinápticas, generando un decremento del volumen cerebral en regiones como el hipocampo, la corteza prefrontal y el núcleo dentado ⁵.

Luego, Carrillo-Vidal y Dzib-Aguilar ⁶, en un estudio de pacientes sobrevivientes a la COVID-19, encontraron que, en el área cognitiva se observan afectaciones en el funcionamiento del pensamiento, como la falta de concentración, la dificultad para recordar diferentes cosas, etc. Estudios como los de Sánchez et al. ⁷ determinan la importancia de investigar las consecuencias de los períodos de confinamiento debido a la COVID-19, mediante un estudio con 7 pacientes, cuyos resultados dieron positivo al deterioro cognitivo con la COVID-19 de leve a moderado. Asimismo, para Brasil et al. ⁸ la disfunción cognitiva era predominante y se encontró que la desregulación de actividades ejecutivas están asociadas con el daño del lóbulo frontal.

En la actualidad existe un pequeño número de estudios sobre este tema, por lo que se requiere profundizar en el tópico para tratar y minimizar las secuelas que afectan la salud mental y, en consecuencia, otras áreas de la vida, debido a que existen muy pocos estudios al respecto que puedan indicar la manera en cómo abordar y disminuir sus secuelas en el estado de salud físico y mental. A tal fin, se recomienda que futuros estudios consideren muestras y antecedentes sociodemográficos más amplios y representativos.

En este contexto, tal como señalan Ibanez y Kosik ⁹, la pandemia de la COVID-19 brinda una oportunidad única para investigar la hipótesis de que las infecciones virales pueden precipitar la neurodegeneración. Por lo tanto, debido al declive cognitivo asociado normalmente al envejecimiento, y ahora como secuelas de la COVID-19, es necesario determinar las variables envueltas en este proceso. Esto permitirá implementar acciones preventivas o retardar el desarrollo del deterioro cognitivo en las personas afectadas.

En consecuencia, es necesario investigar su impacto en la salud física y mental de quienes padecen la COVID-19 y están en etapa de recuperación, ya que esta enfermedad es relativamente nueva en el mundo. Ahora bien, como señalan Renaud-Charest et al. ¹⁰, después de la recuperación de la COVID-19, una proporción cada vez mayor de personas ha informado sobre la persistencia o la aparición de nuevos síntomas que, en conjunto, han sido identificados como síndrome post-COVID-19 por el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Atención.

Por esta razón, es importante identificar si el deterioro cognitivo no corresponde con el nivel clínico apropiado a la edad del paciente y si este afecta dominios cognitivos a un grado que le impediría realizar actividades cotidianas por sí mismo. Si se da el caso en un paciente en que, lo anteriormente mencionado, se observe, se convierte en motivo de estudio ⁵. Asimismo, contribuir al cuerpo de investigaciones en torno a las secuelas neuropsicológicas de la pandemia y destacar la importancia de un diagnóstico temprano podría prevenir o mitigar de manera adecuada comorbilidades en poblaciones vulnerables.

En este sentido, el objetivo general es investigar el grado de afectación cognitiva en internos en etapa de recuperación de la COVID-19, utilizando el Mini-Mental State Examination (MMSE) como instrumento evaluativo, el cual es ampliamente conocido en el ámbito hospitalario ya que permite determinar, en instantes, el estado mental de los pacientes hospitalizados (5-10 minutos), convirtiéndolo en el instrumento de rastreo cognitivo más utilizado. De la misma manera, el objetivo específico de la presente investigación es: reconocer si el nivel educativo influye en el desarrollo de las afectaciones cognitivas y proponer recomendaciones para futuras investigaciones.

Por otro lado, tal como establecen Hernández et al. ¹¹ para identificar la posible correlación entre el deterioro cognitivo y la COVID-19, se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo no experimental de tipo transversal explicativo. Este se validó mediante la aplicación del examen MMSE de Folstein ¹². También, se analizaron los datos mediante estadística descriptiva no paramétrica, considerando el tamaño de la muestra.

La inquietud por conocer sobre la COVID-19 y sus afectaciones cognitivas (deterioro cognitivo) impulsó la presente investigación, ya que según Johnson y Lin ¹³, existen afectaciones cognitivas, particularmente el deterioro cognitivo leve (DCL), que antecede a patologías como la Enfermedad de Alzheimer; por lo tanto, es determinante identificar de forma temprana el declive cognitivo para intervenir adecuadamente. Además, se destaca la existencia de deterioro cognitivo en individuos con una infección anterior a la COVID-19. Por lo tanto, el MMSE es un instrumento que nos permite evaluar de primera mano la sospecha de deterioro cognitivo.

Metodología

Enfoque metodológico

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo no experimental de tipo transversal explicativo ¹¹.

Participantes

Los participantes de la presente investigación se eligieron de forma aleatoria, la estancia hospitalaria de convalecencia era indefinida (una semana de estancia en promedio). Los pacientes utilizaban oxígeno suministrado por puntas nasales. De una población de 24 personas, se seleccionaron 9 como muestra. De esta población, 3 eran hombres y 6, mujeres. Luego, el margen de edad variaba de 31 a 72 años y el promedio fue de 58 años. Finalmente, el rango de instrucción variaba desde personas analfabetas hasta personas con educación superior universitaria.

Instrumentos

El Mini-Mental State Examination (MMSE), o examen breve del estado mental, fue creado por Folstein ¹² y evalúa los siguientes 11 dominios: orientación, registro, atención, cálculo, recuerdo, nominación, repetición, comprensión verbal y escrita, escritura y construcción. Asimismo, se utilizó una puntuación del 0 al 30. Luego, siguiendo a Mitchell ¹⁴, se realizó la validación en distintos grupos poblacionales del mundo, tanto en clínicas de memoria como en comunidad, abarcando diferentes padecimientos, entre ellos el Alzheimer, la demencia vascular y el DCL.

La Prueba Exacta de Fisher, dado el tamaño de la muestra, se utilizó para evaluar la asociación entre el nivel educativo y el estado cognitivo, usando código python para el cálculo del valor exacto.

Procedimiento de recolección de datos

Previamente se pidió autorización a la subdirección médica del hospital (HP/UMF 10) para la aplicación del instrumento. Posteriormente, con cada entrada al área de aislamiento COVID, los datos fueron recopilados a través de la cédula de identificación del instrumento MMSE.

Aspectos éticos

También, en la unidad clínica de cada paciente, se realizó una breve presentación del motivo de la intervención al paciente obteniendo su consentimiento informado de manera verbal, ya que la manipulación de documentos resultaba compleja, puesto que se consideró como un área contaminada.

Estrategia de análisis

El análisis de datos se realizó por estadística descriptiva, no paramétrica y considerando el tamaño de la muestra.

Resultados

En la evaluación cognitiva de una muestra aleatoria de $N = 9$ pacientes (100 %) utilizando el Mini-Mental State Examination (MMSE) se encontraron los siguientes resultados:

Tratamiento Cuantitativo de los Resultados

Muestra Total: N=9 pacientes

- Deterioro cognitivo moderado: 1 paciente (12%)
- Deterioro cognitivo leve: 4 pacientes (44%)
- Sin deterioro cognitivo: 4 pacientes (44%)

El único paciente que presenta deterioro cognitivo moderado es una mujer analfabeta. Esto representa un factor significativo, ya que la falta de educación formal puede influir negativamente en los resultados del MMSE. Las limitaciones en las habilidades lingüísticas y de comprensión debido al analfabetismo pueden afectar la puntuación total, dando la impresión de que el paciente presenta un deterioro cognitivo más grave de lo que realmente es.

Deterioro Cognitivo Leve

De los cuatro pacientes con deterioro cognitivo leve:

- 1 paciente es analfabeta.
- 2 pacientes tienen educación primaria.
- 1 paciente tiene educación secundaria.

Este grupo sugiere una posible correlación entre el nivel educativo bajo y un menor rendimiento en las pruebas cognitivas, ya que la educación formal generalmente mejora la capacidad de realizar tareas cognitivas, lo que podría influir en las puntuaciones del MMSE.

Sin Deterioro Cognitivo

Entre los cuatro pacientes que no presentan deterioro cognitivo:

- 2 tienen educación universitaria (licenciatura).
- 2 tienen educación primaria.

Los pacientes con educación universitaria no presentan deterioro cognitivo, reforzando la teoría de que un nivel educativo más alto puede estar asociado con mejores resultados en las pruebas cognitivas. Sin embargo, dos pacientes con sólo educación primaria también muestran un rendimiento adecuado, esto indica que podrían intervenir otros factores que influyen en los resultados cognitivos.

Heterogeneidad de la muestra

- La muestra es heterogénea a nivel educativo y conforme a los resultados de MMSE
- Los pacientes tienen neumonía por COVID-19 y reciben oxígeno suplementario a través de puntas nasales.

El diagnóstico uniforme de neumonía en pacientes por la COVID-19, no se refleja en una correlación clara con los niveles de deterioro cognitivo observados.

Distribución por Nivel Educativo

Nivel Educativo	Moderado	Leve	Sin deterioro	Total
Analfabeta	1 (100%)	1 (25%)	0 (0%)	2 (22%)
Educación Primaria	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	4 (44%)
Educación Secundaria	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (11%)
Educación Universitaria	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)	2 (22%)

Todos los pacientes con educación universitaria (100 %) no presentan deterioro cognitivo. Asimismo, la mitad de los pacientes con educación primaria (50 %) tampoco presentan deterioro, lo que sugiere la presencia de otros factores de protección más allá de la educación formal.

Deterioro Cognitivo Moderado

Del 100 % (1) de pacientes con deterioro cognitivo moderado:

- 1 paciente es analfabeto

No se encontró pacientes con educación, ya sea nivel primario, secundario y/o superior, que presenten deterioro cognitivo moderado.

Deterioro Cognitivo Leve

De los 4 pacientes con deterioro cognitivo leve:

- 1 paciente es analfabeto.
- 2 pacientes tienen educación primaria.
- 1 paciente tiene educación secundaria.

Sin Deterioro Cognitivo

Entre los 4 pacientes que no presentan deterioro cognitivo:

- 2 tienen educación universitaria (licenciatura).
- 2 tienen educación primaria.

Hipótesis del estudio

- Hipótesis nula (H0): No existe relación significativa entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en pacientes con COVID-19.
- Hipótesis alternativa (H1): Existe una relación significativa entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en pacientes con COVID-19.

Cálculo de Prueba Exacta de Fisher

Dado el tamaño de la muestra, se utilizará una Prueba Exacta de Fisher para analizar la asociación entre el nivel educativo y el estado cognitivo. Para esto, es necesario establecer una tabla de contingencia y calcular los valores esperados:

Nivel Educativo	Con deterioro	Sin deterioro	Total
Bajo (Analfabeta/Primaria)	4	2	6
Alto (Secundaria/Uni.)	1	2	3
Total	5	4	9

Para calcular el valor exacto se utilizó Python:

```
python
Copiar código

import scipy.stats as stats

# Tabla de contingencia
# Nivel Educativo: Bajo (Analfabeta/Primaria), Alto (Secundaria/Universitaria)
# Con Deterioro: Moderado o Leve
# Sin Deterioro: Sin Deterioro Cognitivo

table = [[4, 2], [1, 2]] # [Con Deterioro, Sin Deterioro]

# Prueba exacta de Fisher
odds_ratio, p_value = stats.fisher_exact(table)

p_value
```

Resultado de la Prueba Exacta de Fisher

```
plaintext
Copiar código

p_value = 0.295
```

Interpretación de los resultados: Con un valor de $p = 0.295$ no se rechaza la hipótesis nula a un nivel de significancia del 5 % ($\alpha = 0.05$). Esto indica que no hay evidencia estadísticamente significativa para demostrar la existencia de una correlación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en la muestra estudiada.

Discusión

Correlación COVID-19 y Deterioro Cognitivo

Los resultados no permiten establecer una correlación concluyente entre la COVID-19 y el deterioro cognitivo. Aunque todos los pacientes tienen diagnóstico de neumonía por la COVID-19, los niveles de deterioro cognitivo observados varían ampliamente, lo que sugiere la influencia de múltiples factores no relacionados exclusivamente con la infección viral.

Evaluación del nivel educativo como factor Influyente

Los hallazgos demuestran que todos los que padecían la COVID-19 con educación universitaria no presentan deterioro cognitivo, mientras que la mitad de los pacientes con educación primaria tampoco lo presentan, lo que sugiere la influencia de factores protectores adicionales a la educación formal. Aunque se observa que los pacientes analfabetos tienen mayor prevalencia de deterioro cognitivo leve y moderado, el análisis estadístico no revela una relación significativa entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo ($p = 0.295$, $\alpha = 0.05$). Esto indica que la educación, en este estudio, no es un factor predictivo del deterioro cognitivo para los casos de la COVID-19.

Comparación con estudios previos

El analfabetismo y los bajos niveles de educación formal podrían influir en las puntuaciones bajas en el MMSE, como se ha observado en estudios anteriores. Según Ardila y Roselli¹⁵, la educación es un factor determinante en las pruebas cognitivas, y un bajo nivel educativo se asocia frecuentemente con peores resultados en el MMSE.

De la misma manera, en el diagnóstico de la COVID-19 los niveles de ansiedad se elevaron, afectando las puntuaciones sobre el deterioro cognitivo. En este sentido, Lee et al.¹⁶ señalan que tanto el estrés como la ansiedad podrían estar interfiriendo en el rendimiento cognitivo del paciente en condiciones de hospitalización y cuarentena.

Por lo que, el no tener herramientas que puedan prevenir el contagio es una deficiencia significativa. Jaywant et al.¹⁷, resaltan lo esencial que es tener datos que permitan evaluar los cambios cognitivos post-COVID-19.

En este sentido, cabe resaltar que no se ha especificado que exista una relación directa y uniforme en que el uso de oxígeno suplementario y la neumonía provocada por la COVID-19 alteren momentáneamente la cognición. Por su parte, Aydemir et al.¹⁸ precisaron que el funcionamiento cognitivo puede verse afectado por la hipoxia prolongada; sin embargo, esta situación varía entre pacientes.

Beaud et al.¹⁹ presentaron una investigación empleando el MMSE en pacientes que se encontraban en situación post-COVID-19 y sus resultados mostraron que el 36 % tenía algún grado de deterioro cognitivo y el 14 %, moderado, esto reafirma la confiabilidad de los resultados de este estudio.

Asimismo, la investigación de Stern et al.²⁰ evidenció que tener un nivel educativo más alto puede funcionar como un factor protector frente al deterioro cognitivo, lo cual es apoyado por los resultados observados en este análisis, en el que los pacientes con educación universitaria no presentaron deterioro.

Interpretación de los resultados

A pesar de que el análisis de tipo descriptivo infiere que existe la injerencia del nivel de educación en el estado cognitivo, de acuerdo al análisis estadístico, no se encontraron datos que sustenten una correlación entre ambos factores de la muestra seleccionada. Por otro lado, los resultados exponen que la educación desempeña un papel fundamental en el rendimiento cognitivo, lo que tiene congruencia con estudios de otros investigadores. Del mismo modo, revelan lo complejo que es realizar una evaluación sobre el impacto cognitivo de la COVID-19, acentuando la importancia de contemplar una diversidad de factores, tales como, la ansiedad y el soporte social.

Limitaciones del estudio

Ausencia de una medición cognitiva previa. A la fecha no se cuenta con análisis previos al contagio de la COVID-19, lo que limita la capacidad para establecer una correlación precisa entre la infección por la COVID-19 y el deterioro cognitivo.

Restricciones operativas en tiempos de la COVID-19. El utilizar equipo de protección personal (EPP), a raíz de las acciones de mitigación del contagio dificultaron la posibilidad de establecer una comunicación y en consecuencia el manejo de los pacientes, así como la capacidad de realizar evaluaciones completas y concisas sobre el estado cognitivo de los pacientes.

Carencia de acciones de seguimiento. La falta de un seguimiento adecuado ante las altas domiciliarias previo aviso al staff de profesionales de psicología que se encontraba en el hospital, imposibilitó el seguimiento longitudinal de los pacientes convalecientes de la COVID-19, lo que a su vez habría permitido acceder a datos valiosos sobre la evolución del deterioro cognitivo.

Mínimo tiempo de contacto con los pacientes. La naturaleza de la pandemia de la COVID-19 limitó el tiempo de contacto con los pacientes, restringiendo así la capacidad para obtener una evaluación exhaustiva del estado cognitivo.

Recomendaciones para la investigación futura

Aumentar los estudios longitudinales. Realizar investigaciones longitudinales con mediciones cognitivas previas y posteriores al contagio para evaluar cambios significativos y establecer correlaciones más claras.

Ampliar el tamaño de la muestra. Incluir un mayor número de participantes para aumentar la robustez estadística y permitir análisis más detallados de subgrupos, como diferencias de género o edad.

Evaluar los factores psicosociales. Incluir evaluaciones de factores psicosociales y emocionales que puedan influir en los resultados cognitivos, proporcionando una visión más holística del impacto de la COVID-19 en la cognición.

Diversificar las herramientas de evaluación. Utilizar una variedad de pruebas cognitivas, más allá del MMSE y la Prueba Exacta de Fisher, para obtener un panorama más completo del funcionamiento cognitivo en pacientes con diferentes antecedentes educativos y culturales.

Aprendizaje para el sector de salud pública

La experiencia de la conversión del hospital psiquiátrico a hospital de convalecencia ha ofrecido valiosas lecciones para la adaptación de los recursos de salud mental en tiempos de crisis y destaca la necesidad de mejorar las estrategias de evaluación cognitiva en situaciones similares.

En conclusión, el estudio no encontró evidencia estadísticamente significativa para establecer una relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo en pacientes convalecientes de la COVID-19. Aunque el 56 % de los pacientes evaluados presentó algún grado de deterioro cognitivo, los resultados no permiten afirmar de manera concluyente que la COVID-19 esté directamente vinculada con dicho deterioro.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no ha recibido financiación específica de entidades u organizaciones públicas, privadas o sin fines de lucro.

Referencias

1. Díaz JAQ, Valdés MLG. La pandemia de COVID 19 y sus implicaciones en la concepción, diseño e instrumentación didáctica de la educación médica superior cubana. [Internet]. Medisur. 2020. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 18(3):496-506. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180063437022/html/>
2. OMS. Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud . 2023. [Citado el 29 de noviembre del 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
3. Gobierno de México. Informe Integral de COVID-19 en México. Secretaría de Salud. [Internet]. 30 de diciembre 2023. [Citado el 29 de noviembre del 2024]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-04-23-Int_COVID-19.pdf
4. González-Martínez P, Oltra-Cucarella J, Sitges-Maciá E, Bonete-López, B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. [Internet]. Revista de Neurología. 2021. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 72(8):288-295. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.7208.2020626>
5. Choreño-Parra JA, De la Rosa-Arredondo T, Guadarrama-Ortíz P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. [Internet]. Medicina Interna de México. 2020. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 36(6):807-824. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v36i6.3203>
6. Carrillo-Vidal MA, Dzib-Aguilar JP. La Salud Mental en la Pandemia por Covid-19 en Habitantes del Sureste Mexicano. [Internet]. Salud y Administración. 2022. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 9(25):31-40. Disponible en: <https://revista.unis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/235>
7. Sánchez AC, De La Torre L, Alvarez DNN, Mejía MAR, Wöbbeking MS. Tele neuropsychological exploratory assessment of indicators of mild cognitive impairment and autonomy level in Mexican population over 60 years old. [Internet]. PEC Innovation. 2023. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 2:100107. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2022.100107>
8. Brasil ADM, Dahy FE, Luis de Moura JV, Nascimento Marcusso RM, Ferreira Gomes AB, Maia Carvalho FM, et al. Subacute Cognitive Impairment in Individuals With Mild and Moderate COVID-19: A Case Series. [Internet]. Frontiers in Neurology. 4 de agosto del 2021. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 12:678924. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.678924>
9. Ibanez A, Kosik KS. COVID-19 in older people with cognitive impairment in Latin America. [Internet]. The Lancet Neurology. 2020. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 19(9):719-721. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(20\)30270-2](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(20)30270-2)
10. Renaud-Charest O, Lui LMW, Eskander S, Ceban F, Ho R, Di Vincenzo JD, et al. Onset and frequency of depression in post-COVID-19 syndrome: A systematic review.. [Internet]. Journal of Psychiatric Research. 2021. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 144:129-137. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.054>
11. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4^a ed. México: McGraw-Hill; 2007; p. 310-386.
12. Llamas-Velasco S, Llorente-Ayuso L, Contador I, Bermejo-Pareja F. Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. [Internet]. Revista de Neurología. 2015. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 61(8):363-371. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.6108.2015107>
13. Johnson M, Lin F. Communication Difficulty and Relevant Interventions in Mild Cognitive Impairment: Implications for Neuroplasticity. [Internet]. Topics in Geriatric Rehabilitation. 2014. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 30(1):18-34. Disponible en: https://journals.lww.com/topicsingeriatricrehabilitation/abstract/2014/01000/communication_difficulty_and_relevant.5.aspx
14. Mitchell AJ. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. [Internet]. Journal of Psychiatric Research. 2009. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 43(4):411-431. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.04.014>
15. Ardila A, Roselli M, Puente AE. Neuropsychological evaluation of the Spanish Speaker. 1^a ed. New York (USA): Plenum Press; 1994. [Citado el 29 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1453-8>
16. García-Molina A, García-Carmona S, Espiña-Bou M, Rodríguez-Rajo P, Sánchez-Carrión R, Enseñat-Cantallop A. Rehabilitación neuropsicológica en el síndrome post-COVID-19: resultados de un programa clínico y seguimiento a los 6 meses. [Internet]. Neurología. 2022. [Citado el 29 de noviembre del 2024];37(7):467-474. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2022.06.008>
17. Jaywant A, Vanderlind WM, Alexopoulos GS, Fridman CB, Perlis RH, Gunning FM. Frequency and profile of objective cognitive deficits in hospitalized patients recovering from COVID-19. [Internet]. Neuropsychopharmacology. 2021. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 46(13):2235-2240. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41386-021-00978-8>
18. Martínez Triana R, Cartaya Martínez C, Machado Almeida T, Alvarez González MA, Zaldívar Vaillant T, Rosabal Barreto Y. Rendimiento cognitivo en pacientes convalecientes de COVID-19. [Internet]. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 12 de agosto del 2020. [Citado el 29 de noviembre del 2024];36. Disponible en: <https://revhematologia.sld.cu/index.php/hih/article/view/1329>
19. Beaud V, Crottaz-Herbette S, Dunet V, Vaucher J, Bernard-Valnet R, Du Pasquier R, et al. Pattern of cognitive deficits in severe COVID-19. [Internet]. Journal of Neurology Neurosurgery & Psychiatry. 2021. [Citado el 29 de noviembre del 2024]; 92(5): 567-568. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-325173>
20. Stern Y, Arenaza-Urquijo EM, Bartres-Faz D, Belleville S, Cantillon M, Chetelat G, et al. Whitepaper: Defining and investigating cognitive reserve, brain reserve, and brain maintenance. [Internet]. Alzheimer's & Dementia. 6 de enero del 2020. [Citado el 29 de noviembre del 2024] 16(9):1305-1311. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.07.219>

Artículo original

Ciencias Médicas y Salud Mental

ISEO-JOURNAL 2024;1:30-39
<https://doi.org/10.63344/qhrr9k06>
<https://arks.org/ark:50622/>
ISSN: 3061-8878



Recibido: 28/09/2024

Aprobado: 30/11/2024

El Teatro Aplicado como agente para abordar factores psicosociales, un estudio de teoría fundamentada

Applied Theatre as an agent for the facilitation of psychosocial factors, a grounded theory study.

Dr. Ulises Moreno-Serena^I, Dr. José Guadalupe Torres Morales^{II}, Dra. Rosario del Pilar Gilbert Delgado^{III}

Instituto Superior de Estudios de Occidente - ISEO (Nayarit, México), Teatro Aplicado CDMX (Ciudad de México, México), Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de Ingeniería Mecánica y Eléctrica Unidad Culhuacán (Ciudad de México, México).

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.
Teatro Aplicado CDMX, Ciudad de México, México.
<https://orcid.org/0000-0002-7553-1709>

Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de
Ingeniería Mecánica y Eléctrica Unidad Culhuacán.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.
<https://orcid.org/0000-0001-6492-5262>

Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.
Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de
Ingeniería Mecánica y Eléctrica Unidad Culhuacán,
Ciudad de México, México.
<https://orcid.org/0000-0001-8227-8505>

Resumen

Objetivo: La presente investigación tuvo como objetivo describir las particularidades que el Teatro aplicado (TA) ofrece como agente para el abordaje de factores psicosociales a través de estudios realizados en los últimos 15 años. **Materiales y métodos:** Investigación exploratoria cualitativa, una aproximación de Teoría Fundamentada, en su vertiente constructivista. Se utilizó la herramienta excel como base de datos y el IBM SPSS versión 29 para la elaboración de gráficos tipo mapas de relación. Se analizaron artículos y libros especializados en el tema. **Resultados:** Se resalta el descubrimiento de diferentes modalidades del TA, las cuales cuentan con mayor representatividad sobre otras, como la Dramaterapia, el Teatro Playback, Teatro del Oprimido, Teatro para el Desarrollo y la Improvisación. Asimismo, se destaca la existencia de una extensa literatura sobre el tema en español, lo que refleja su creciente importancia. **Discusiones:** Se considera que la TA es efectiva para atender, prevenir y tratar factores psicosociales individuales y sociales. Permite un espacio de encuentro y respeto del otro para identificar objetivos comunes y rescatar fundamentos compartidos. La teoría del TA como agente para abordar los factores psicosociales necesita ser explorada dentro de su propio campo científico.

Términos MeSH

- PALABRAS CLAVE**
- Biopsicosocial,
 - Evidencia Basada en la Práctica,
 - Prevención Primaria,
 - Teatro Aplicado,
 - Teoría Fundamentada,
 - Factores psicosociales.

MeSH Terms

- KEYWORDS**
- Biopsychosocial,
 - Practice Based Evidence,
 - Primary prevention,
 - Applied Theatre,
 - Grounded Theory,
 - Psychosocial Factors.

Correspondencia:

Dra. Rosario del Pilar Gilbert Delgado
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO).
Instituto Politécnico Nacional Escuela Superior de
Ingeniería Mecánica y Eléctrica Unidad Culhuacán.

rosario.gilbert@iseo.edu.mx

Abstract

Objective: This research aimed to describe the specific characteristics of Applied Theatre (TA) as a tool for addressing psychosocial factors, based on studies conducted over the past 15 years. **Materials and Methods:** The study employed a qualitative exploratory approach with a constructivist variant of Grounded Theory. Microsoft Excel was used as a database tool, while IBM SPSS version 29 was utilized for generating relationship map graphs. Specialized articles and books on the topic were analyzed. **Results:** The findings highlight various modalities of TA, with certain approaches such as Dramatherapy, Playback Theatre, Theatre of the Oppressed, Theatre for Development, and Improvisation being more prominent than others. Additionally, the extensive body of literature available in Spanish underscores the growing significance of this field. **Discussions:** AT is considered effective for addressing, preventing, and treating individual and social psychosocial factors. It creates a space for mutual respect and collaboration, facilitating the identification of common goals and shared values. The theoretical foundations of AT as a tool for addressing psychosocial factors warrant further exploration within its scientific domain.

Citar como:

Moreno-Serena U, Torres J, Gilbert R. El Teatro Aplicado como agente para abordar factores psicosociales, un estudio de teoría fundamentada [Internet] Revista ISEO Journal. 2024. [Citado el...]; 1(1):30-39. <https://doi.org/10.63344/qhrr9k06>



ISEO JOURNAL©

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

Desde 1940, el Teatro comienza a rescatar territorios que, en su camino a convertirse en arte, se le habían despojado.

En esa coyuntura es que surgen manifestaciones diversas sobre su empleo y ejecución en contextos distintos a los del escenario clásico y con finalidades diferentes a las del goce artístico que se empiezan a consolidar y a sistematizar hacia principios de 1960¹. Es en estas prácticas que los recursos del arte teatral se alían transdisciplinariamente con otros saberes para alcanzar finalidades en campos como la educación, sociología, psicología, antropología, psicoterapia, promoción de la salud, desarrollo organizacional, humano, mediación y la lista se amplía².

Es por ello, que plantear desde la intuición el empleo de los recursos teatrales como una herramienta que participe en los procesos de transformación tiene una naturalidad lógica, ya que se practica y asume su uso como algo evidente, desde actividades teatrales sencillas planteadas en el salón de clases³, hasta el que se aplica para terapeutas en entrenamiento o para que sus pacientes simulen el desarrollo de intervenciones complejas o la adopción de nuevas conductas⁴. Asimismo, el Teatro Aplicado (TA) es producto del desarrollo de esa intuición que encontró en sus mecanismos y su sistematización, un vehículo para transmitir saberes, practicarlos y propiciar el cambio, aprendizaje y transformación⁵.

Además, una temática que es constante en el empleo del TA es su trabajo con poblaciones vulneradas, personas privadas de su libertad, niñez, así como adultos mayores, personas sin techo, migrantes, entre otros. Con respecto a esto, la evidencia de su literatura señala los logros, beneficios y efectividad que como aproximación tiene⁶. Los modelos de los factores protectores y de riesgo, el biopsicosocial, el ecológico y de la Atención Primaria en Salud son inalienables a los tópicos asociados a estas poblaciones^{7,8}, de ahí que en este artículo se plantee realizar el registro sobre cómo se conecta el abordaje que realiza el TA para alcanzar la efectividad en sus intervenciones con los aspectos postulados por los modelos enunciados.

De este modo, se ha realizado esta investigación para someterla a un análisis desde una aproximación de Teoría Fundamentada⁹, con la finalidad de lograr describir la Teoría Emergente detrás de las prácticas que desde este paradigma han surgido. Al hacerlo, se busca contribuir positivamente en los campos del TA toda vez que los hallazgos puedan fortalecer el respaldo de su práctica, dando solidez a su evidencia de efectividad y ser una guía para futuros desarrollos e implementaciones. Asimismo, se busca fortalecer el TA como un aliado en el trabajo de promoción y prevención en los modelos biopsicosociales, factores protectores, factores de riesgo ecológicos y la Atención Primaria en Salud, ya que es una necesidad vigente por el lugar que ocupan en los padecimientos no transmisibles y prevenibles dentro de la carga mundial de enfermedades, los cuales se encuentran asociados con la salud mental¹⁰.

Este estudio busca entender cómo el TA puede convertirse en una herramienta clave para abordar factores psicosociales. Del mismo modo, propone describir una teoría emergente que permita identificar las características específicas de la facilitación realizada por quienes participan en este paradigma, así como los elementos necesarios para diseñar intervenciones orientadas a estos factores. Además, se plantea investigar los beneficios reportados por los participantes en estas intervenciones, así como las técnicas propias del paradigma utilizadas en el proceso, con el fin de obtener un panorama integral sobre su funcionamiento y efectividad.

El objetivo de esta investigación es describir las particularidades que el TA ofrece como agente en el abordaje de factores psicosociales, poniendo especial énfasis en su proceso, los resultados obtenidos y el diseño de las intervenciones. Para ello, se analizarán casos documentados en los últimos 15 años, utilizando una aproximación basada en la teoría fundamentada, lo que permitirá construir un marco comprensivo y contextualizado sobre la efectividad y las dinámicas de este enfoque en contextos psicosociales.

Cabe destacar la relevancia del abordaje de los factores psicosociales en diversas áreas como entornos educativos, familiares, educación para la salud, laborales, entre una larga lista. Del mismo modo, se destacan los retos mundiales que demandan cambios significativos en el estilo de vida de las personas, así como las elecciones que les conlleva para tener mejores oportunidades de desarrollo pleno, con bienestar y mejores condiciones de salud física y mental. Aunque son diversos los mecanismos mediante los cuales se ha buscado elaborar el trabajo para generar estos cambios culturales, desde la perspectiva de este estudio se considera que el TA tiene diversas aportaciones importantes en este campo. Así, contar con la descripción de los márgenes orientativos para su empleo, se aprecia como un recurso importante que facilite tanto a su aplicación, como a su divulgación en beneficio de la promoción y prevención que, en materia de salud, se requiere. A la par, con este estudio se busca contribuir a la construcción de su marco epistemológico con una teoría sobre su empleo en el abordaje de factores psicosociales, lo que posibilitará que futuras intervenciones partan de una base de práctica basada en la evidencia.

Metodología

Enfoque metodológico

Se plantea para el desarrollo de esta investigación exploratoria cualitativa¹¹, una aproximación de Teoría Fundamentada^{12,9} en su vertiente constructivista¹³ a partir de la cual se pueda obtener una teoría descriptiva sobre la evidencia basada en la práctica del TA como un agente para abordar los factores psicosociales. Es así que se selecciona esta aproximación, siguiendo la observación que realiza Peón¹⁴ sobre el uso de este diseño para la elaboración de nuevas propuestas debido a que las actuales son insuficientes o inexistentes.

Asimismo, se expresa el empleo de la metodología de la Teoría Fundamentada como una aproximación, dado que existen factores que le impiden al diseño respetar por completo la aproximación que esta metodología propone. En primer lugar, porque el tratamiento planteado se centra en la bibliografía, sin incluir personas; en segundo lugar, porque la metodología propone que el investigador adopte una aproximación en la que evite el conocimiento anticipado de la teoría para prevenir sesgar el descubrimiento de la teoría emergente^{12,9}, lo cual se incumple, ya que el conocimiento que se posee de la teoría del TA es profundo. En este sentido, se emplea la teoría fundamentada en la estructura de análisis iterativa de la información seleccionada, con la finalidad de desarrollar la teoría emergente sobre el TA en el trabajo de los factores psicosociales.

De este modo, el diseño de este estudio aprovecha las fortalezas de la metodología de la Teoría Fundamentada para realizar el análisis de los elementos identificados en la bibliografía seleccionada, considerada como el cuerpo de participantes. A través de sus narrativas, se busca analizar lo que subyace en el uso del TA en el trabajo con factores psicosociales, con el fin de abstraer los aspectos que fundamentan sus mecánicas y dinámicas. Es importante mencionar que lo anterior no debe interpretarse como la última palabra ni como un conjunto de reglas absolutas sobre cómo emplear el TA o sobre lo que se considera correcto en el abordaje de factores psicosociales mediante el TA; al contrario, es un esfuerzo por organizar y articular conocimientos, cuyo objetivo es ofrecer orientación y sustento al cuerpo de conocimiento de este paradigma.

Participantes

El logro de lo anterior supuso un reto para indagar en la bibliografía sobre el TA, aquellos textos que abordan los factores psicosociales, buscando en sus narrativas el material que pudiera responder a nuestras preguntas de investigación para proceder a su codificación abierta. Además, se observó que al trabajar con textos cuyo objetivo es la comunicación estructurada de hallazgos complejos dentro de un marco discursivo y de investigación, el material ofrece sesgos debido a su planteamiento trabajado. Esto resta espontaneidad y reduce la oportunidad a la abstracción; sin embargo, también ofrece mayor facilidad para la codificación de ideas completas.

Asimismo, se identificó la bibliografía a la cual se recurría para el estudio mediante la búsqueda en Google, Scielo, PubMed, Researchgate y libros electrónicos en las tiendas de Apple y Amazon, considerándose libros, tesis y artículos tanto en inglés como español. La búsqueda se llevó a cabo utilizando las palabras "Teatro Aplicado", "Applied Theatre" y los operadores boléanos "and" y "or" acompañando a la palabra "psychosocial" o "psicosocial", según el caso.

Instrumentos

Los textos seleccionados cumplieron los criterios fijados, por lo que se procedió a su codificación. Para llevar a cabo esta tarea y considerando el universo reducido, se optó como instrumento a Excel, lo que llevó a diseñar una base de datos considerando los siguientes campos de registro: Fuente, Forma de Teatro Aplicado, Texto, Categoría abierta, Codificación Abierta, Codificación Axial, Codificación Teórica, Categoría Teórica y Columnas de Comentarios, y Registros de Proceso. Posteriormente, se decidió emplear IBM SPSS en su versión 29 para la elaboración de los gráficos tipo mapas de relación.

Se destaca que no se realizaron otros análisis estadísticos debido a que la teoría fundamentada, como estudio cualitativo, no busca establecer valores o pesos en sus hallazgos. Del mismo modo, la naturaleza del material de las codificaciones no permite establecer quienes participan en la intervención ni aplicar medidas subjetivas que clasifiquen las dimensiones encontradas en gradaciones para determinar impactos. Un estudio de frecuencias podría generar que se privilegiaran dimensiones con mayor representatividad presentes por la orientación de los sujetos participantes del estudio. Asimismo, en los estudios de la teoría fundamentada no se encuentran documentados ejemplos de uso de herramientas estadísticas para su elaboración; en contraste, se usa para metodologías mixtas, de las cuales este estudio no forma parte.

Procedimiento de recolección de datos

La lectura de cada sujeto seleccionado marcó el inicio del proceso de codificación abierta, en el cual se identificaron las ideas relacionadas con las particularidades del TA en el abordaje de los factores psicosociales, los factores psicosociales mediante TA, las consideraciones para el diseño de las intervenciones, los beneficios reportados por los participantes, las técnicas más empleadas y las competencias con las que debe contar quien lo facilita; alineándose con las preguntas de investigación planteadas o destacando factores vinculados a ellas. Las ideas identificadas con el uso del TA en factores psicosociales se documentaron junto con sus respectivas fuentes. Finalmente, al seguir las pautas del muestreo teórico, se añadieron sujetos según fuera necesario hasta alcanzar el punto de saturación, el cual se evaluó en base a las categorías emergentes durante la fase de codificación abierta.

Estrategia de análisis

Conforme se realizó la captura de los campos iniciales, se elaboró la codificación abierta, permitiendo que las categorías emergieran. Así, por ejemplo, encontramos en la codificación abierta las siguientes muestras:

(A) El teatro es "una forma inmediata y amena que conecta al niño con el mundo del arte y le abre las puertas de la sensibilidad estética, de la reflexión, de la capacidad de emocionarse, reír, llorar y comprender diferentes visiones de la vida" (p.10) ¹⁵.

(B) El objetivo no es enmarcar "esto" o "aquel", sino fomentar el entendimiento mutuo mediante el diálogo "sobre el drama" ¹⁶. Estas muestras fueron codificadas como abordaje sistémico para describir el potencial del TA y ofrecer un tratamiento integral de las partes que inciden en diferentes niveles a la vez.

En el siguiente nivel de análisis, en la definición de categoría abierta, la primera muestra (A) refiere a elementos benéficos que proporciona el teatro, mientras que la segunda (B) explica un nivel de interacción producto por la forma en que se emplean los elementos teatrales para abordar un asunto. De esta manera, la muestra A es agrupada en la categoría abierta de factor de protección, mientras que la B se agrupa en la categoría de fortalezas del TA.

Los registros generados para cada codificación se analizaron mediante tablas dinámicas con la finalidad de valorar el momento de saturación. Para efectos de este proceso, se tomó en cuenta la frecuencia y la naturaleza del hallazgo como datos informativos. Al alcanzar el punto de saturación, se procedió a revisar la relación entre códigos y las categorías abiertas para formular los códigos axiales. En este sentido, se retoma el caso de las muestras expuestas previamente, donde la muestra A, al ser evaluada en su conjunto, es codificada en la etapa axial como cualidad integradora y la muestra B como instrumento mediador.

Posteriormente, se analizaron las conexiones entre estos elementos, cuestionando las relaciones que guardaban entre ellos y elaborando un planteamiento descriptivo como parte del desarrollo de un código teórico. Con base a este análisis, se procedió a elaborar las categorías, las cuales fueron jerarquizadas según su impacto en el fenómeno estudiado. De este modo, en la codificación teórica, la muestra A se interpreta como parte de aquellos dispositivos que abordan múltiples niveles y favorecen aprendizajes en distintos grados y ámbitos. Esto le confiere al TA una cualidad integradora, difícil de encontrar en otras técnicas, y la agrupa en la categoría teórica de fundamentos del TA. Por su parte, la muestra B nos lleva a elaborar, en la codificación teórica, la idea de que el TA puede funcionar como un tercer elemento mediador. Esta posibilidad depende de las elecciones intencionales realizadas para que el dispositivo se ajuste a los objetivos a alcanzar, lo que se agrupa dentro de la categoría de diseño de intervención.

El análisis de la información permitió tomar decisiones en distintos momentos, tanto para establecer la codificación y las categorías en la fase abierta como en las posteriores etapas. Para ello, resultó útil contar con las definiciones establecidas en el marco teórico, que sirvieron como guía y parámetro para asignar etiquetas a los hallazgos en la fase abierta. De este modo, a las descripciones que expresaban un beneficio para la salud y el bienestar se les asignó la categoría de factor de protección; mientras que aquellas que manifestaban un detrimento se clasificaron como factor de riesgo; aquellas que referían al diseño de las intervenciones y al actuar de quien las conduce, se les etiquetó como facilitación; los beneficios atribuidos tanto al TA como a los participantes, se les asignó fortalezas del teatro aplicado. Hasta este punto, las categorías obtenidas se relacionaban directamente con nuestras preguntas de investigación.

La revisión de las categorías emergentes para la codificación abierta reveló puntos de intersección entre ellas, elemento que confirma la interrelación entre los aspectos estudiados y cualidades distintivas de cada elemento. La existencia de estas coincidencias y particularidades permitió la elaboración de la codificación axial, la cual persistió en la presencia de códigos traslapados y exclusivos, aunque en menor cantidad, por lo que fue posible elaborar la codificación teórica y sus categorías.

Resultados

La dinámica del campo de desarrollo del TA que ha proliferado principalmente en los países angloparlantes demuestra que la gran mayoría de nuestros sujetos se expresan en este idioma. Por ello, en un primer momento, se seleccionaron 188 textos conformados por 78 libros, 10 en español y el resto en inglés; 12 revistas, 1 de ellas en español; 25 tesis, 13 de ellas en español; y 73 artículos de los cuales solo 36 estaban en español. De este universo, se descartaron aquellos orientados a explicar una técnica o postulados teóricos del TA, los que expresaban una experiencia más enfocada al fenómeno escénico, los que no expresaban un abordaje de aspectos psicosociales y aquellos cuya fecha de publicación superaba los 10 años, salvo aquellos que se consideraron relevantes para la investigación. La selección final estuvo conformada por 20 sujetos, 8 libros y 12 artículos, de los cuales sólo dos estaban en español.

Sobre este universo se destaca el hallazgo de otras modalidades del TA que cuentan con mayor representatividad sobre otras como lo son la Dramaterapia, el Teatro Playback, Teatro del Oprimido, Teatro para el Desarrollo y la Improvisación. Se destaca también la existencia de una gran cantidad de tesis y artículos sobre el tema en español a diferencia de otras fuentes encontradas, lo que evidencia su creciente relevancia.

La codificación y categorización de la fase abierta dió como resultado un total de 930 registros pertenecientes a 198 grupos de códigos iniciales, agrupados en 7 categorías. La categoría abierta evidenció, como aspectos iniciales, una mayor representatividad del TA como agente para abordar Factores Protectores, con 431 registros a comparación de los 60 correspondientes a los Factores de Riesgo. Del mismo modo, otros registros con mayor representatividad fueron aquellos que hacían referencia a la Teoría del TA, con 204 registros, y a las Fortalezas del TA, con 180 registros, tal como se puede observar en la Tabla 1.

Tabla 1. Hallazgos de Fase Abierta

Categoría	Códigos de fase abierta registrados
Factor de protección	432
Teoría del teatro aplicado	204
Fortalezas del teatro aplicado	180
Factores de riesgo	60
Facilitación	37
Situación laboral del artista escénico	11
Dilema profesional del artista	7
Total general	930

Nota. Tabla de elaboración propia en la que se expresan las codificaciones en que se agruparon las codificaciones abiertas elaboradas.

Se describen a continuación las codificaciones que conforman cada categoría abierta, resaltando en negrita aquellos códigos de fase abierta que son transversales a las categorías establecidas posteriormente:

Factor de protección: **abordaje sistémico**, aceptación, activación conductual, adaptación al cambio, **adquisición de competencias mediante el drama**, agencia, autoeficacia, autogestión, bienestar neuropsicológico, **capacidad de contención de los accionistas**, **capacidad para contener saberes**, celebración, clima laboral, cohesión, colaboración, compañerismo, **competencias**, comunicación, comunicación en el liderazgo, **comunidad**, concientizar, conexión con otros saberes, **conexión y complicidad**, confianza, construir saberes colaborativamente, **contención**, cultura organizacional, democratización, desarrollo de habilidades socioemocionales, desarrollo personal, desempeño, **diversidad**, empatía, **empleabilidad del usuario final**, empoderamiento, equilibrio entre vida y trabajo, **espacio seguro**, estilos de afrontamiento, **estrés**, estructura, **flexibilidad**, flexibilizar estructuras de grupo, generar disponibilidad, habilidades gerenciales, habilidades sociales, **holístico**, identidad, **inclusión**, integración, inteligencia emocional, **liderazgo**, límite de responsabilidad, **modelado de conductas**, motivación, neuroplasticidad, nuevas narrativas, **participación comunitaria**, plan de vida, **proceso**, **proceso reflexivo**, profundiza **conciencia**, promoción, promotor del cambio, **propósito**, provoca diálogo, reconocimiento, reduce estrés, relaciones interpersonales, **resiliencia**, resolución pacífica de conflictos, respuesta a riesgos, sentido de pertenencia, significado, teatro como factor de protección, tolerancia al cambio, tolerancia a la incertidumbre, tolerancia al error, trabajo en equipo, **transformación**, valoración, valores, valores y compromiso, y **visibilizar**.

Teoría del Teatro Aplicado (TA): **abordaje psicosocial**, alcances, andragogía, apropiación del suceso, atiende comunicación relacional, **beneficios**, **capacidad de contención de los accionistas**, **capacidad para contener saberes**, **característica**, cercanía del hecho y compromiso, **complejidad**, **compromiso**, comunicación construcciónista, **conexión con otros saberes**, conexión, drama, sistemas organizacionales, **conexión y complicidad**, construcción de realidad, **construir saberes colaborativamente**, contextos de empleo, contextos que impiden su práctica, **democratización**, **determinantes sociales**, diagnóstico, disponibilidad, **participantes**,

diversidad, empoderamiento, ensayar conductas, escenificación, espontaneidad y comunicación, **ética**, evidencia de efectividad, finalidad, **flexibilidad**, fundamentos, **holístico**, implementación, inherencia, **mechanismos**, multidimensional, necesidad de experiencia en el teatro aplicado, necesidad por profundizar en su investigación, niveles de intervención, **objetivo**, **ontogenia**, **participación**, **participación comunitaria**, permeabilidad, poblaciones especiales, **proceso**, proceso a la medida, **proceso reflexivo**, profundiza **conciencia**, solución a problemas escenificados, teatro y comunicación reflexivo, teorías afines, transformación, trasciende determinantes, **tratamiento metafórico**, y ventajas sobre otras técnicas.

Fortalezas del Teatro Aplicado (TA): **abordaje psicosocial**, abordaje sistémico, adherencia, **adquisición de competencias mediante el drama**, agente externo, aprendizaje significativo, atender diversos objetivos, **beneficios**, capacidad de análisis, capacidad de contención de los accionistas, **capacidad para contener saberes**, **característica**, centrado en proceso, compatibilidad, competencias, **comunidad**, **conexión con otros saberes**, **contención**, democratización, desarrollo personal, descubrimientos, dificultades, disponibilidad, **participantes**, disruptivo, distanciamiento, distanciamiento y humor como recursos, **diversidad**, diversidad técnica para lograr objetivos particulares, dramatización, **efectos**, **empleabilidad del usuario final**, empoderamiento, ensayar conductas, escenificación, **espacio seguro**, evidencia de efectividad, flexible en su uso, genera alternativas, **holístico**, lúdico, **mechanismos**, **modelado de conductas**, multidimensional, **ontogenia**, **participación**, permite contrastar culturas o grupos, planeación estratégica, **proceso reflexivo**, promueve alternativas, promueve inclusión, **propósito**, provoca nuevas conductas, refleja situaciones, representa lo no humano, **resiliencia**, revela diferentes niveles de interacciones, revela emociones, transferibilidad, transformación, **tratamiento metafórico**, ventajas sobre otras técnicas, visibilizar, y vivencia simulada.

Factores de riesgo (FR): acoso, falta de administración cargas de trabajo, pobre administración del cambio, aislamiento, ambiente adverso, anquilosamiento, atiende mecanismos de defensa, burn out, falta de capacitación, (mala) comunicación, concientizar (sobre), condiciones espaciales adversas, **condiciones laborales (adversas)**, conflicto puesto - normativa, costo emocional, cultura organizacional (adversa), desgaste, desintegración, despersonalización, determinantes sociales, discriminación, mal diseño de puesto, **efectos (de los FR)**, escenificación (de FR), estilos restrictivos, **estrés (nocivo)**, exclusión, falta de personal, falta de reconocimiento, inacción, individualismo, insatisfacción laboral, inseguridad laboral, (pobre) liderazgo, planeación ineficaz, respuesta adversa al cambio, sobrecarga laboral, y **visibilizar (los FR)**.

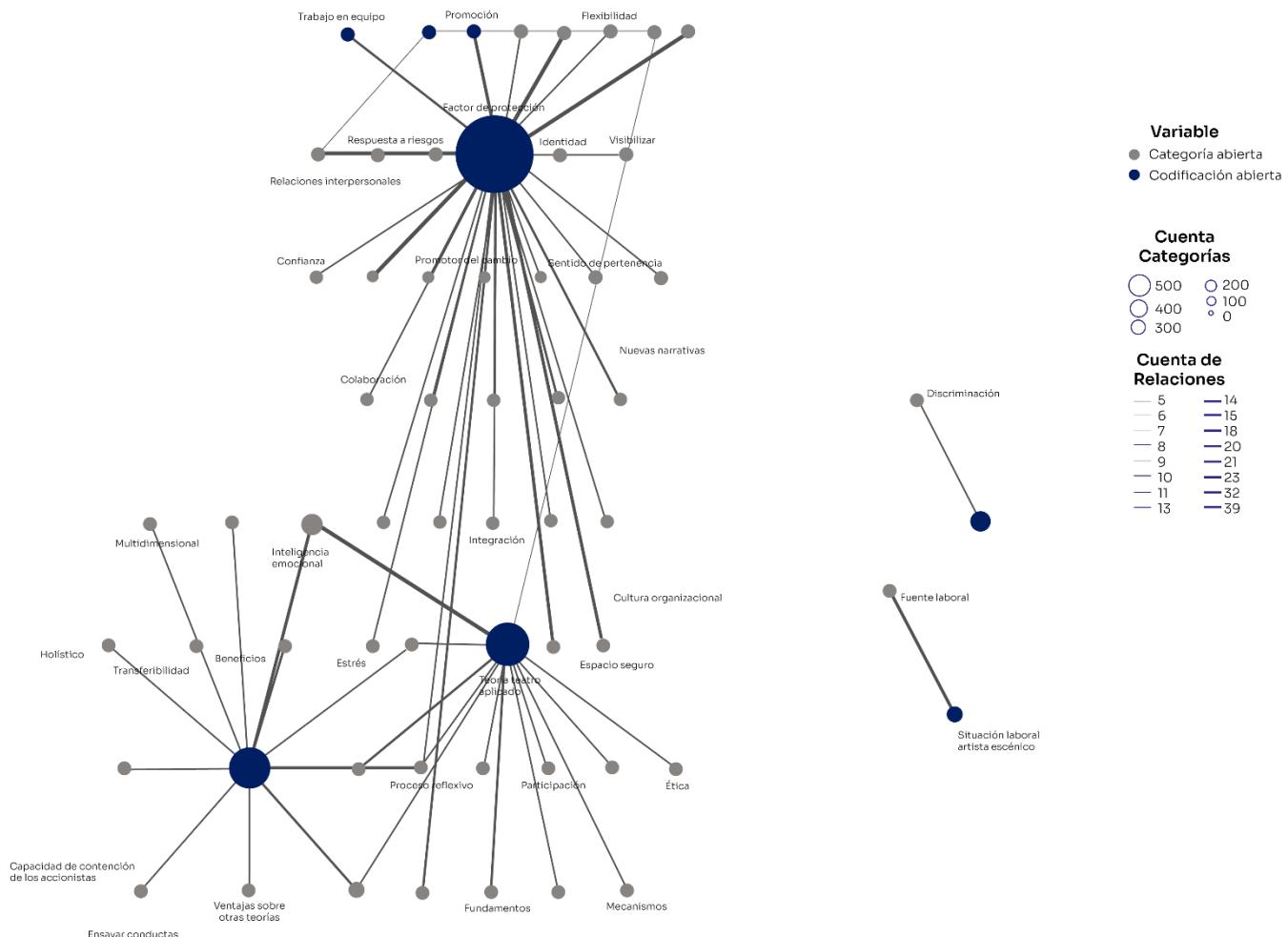
Facilitación: abordar resistencia, circunstancias, **competencias**, **complejidad**, cualidades de facilitador, **dilemas**, diseño, disponibilidad de los **participantes**, enfoque, evaluación, inclusión, mecanismos, necesidad de experiencia en el teatro aplicado, no imposición, **objetivo**, proceso y rol del facilitador.

Situación laboral del artista escénico: caso de éxito, **condiciones laborales**, demanda, **dilemas** y fuente laboral.

Dilema profesional del artista: **compromiso**, **ética** y perspectivas en conflicto.

En la Figura 1. Mapa de Relación Codificación Abierta a Categoría Abierta, se ilustra la relación de los códigos abiertos pertenecientes a cada una de las categorías que los agrupan y la relación entre cada una. La naturaleza cualitativa de este estudio obligó a cuestionar las relaciones y conexiones existentes entre códigos y categorías para poder elaborar la siguiente fase, a diferencia de un estudio cuantitativo, donde se busca establecer la validez de las frecuencias. Se observa una agrupación central en las relaciones entre la categoría abierta de factor de protección, la teoría del teatro aplicado, las fortalezas del teatro aplicado y la facilitación; mientras que las categorías de factores de riesgo y situación laboral del artista presentan menor relación con los objetos centrales.

Figura 1. Mapa de Relación Código a Categoría Fase Abierta



Nota. Figura de elaboración propia que expresa el peso de la relación entre códigos y categorías de fase abierta y el peso atribuible a cada categoría a partir de los códigos que la conforman.

En la fase de codificación abierta se identificaron 35 códigos que se comparten entre las categorías abiertas establecidas posteriormente. Este traslape permite generar conexiones entre los factores y desarrollar la fase de la codificación axial al cuestionarlos.

La codificación más representativa de la categoría Factor de Protección fue la autoeficacia. Se ilustra a continuación cómo el TA la trata desde la técnica de la improvisación:

La barrera que impide actuar a los ciudadanos es: "No sé qué hacer". En contraste, la barrera de los profesionales que trabajan en entornos altamente seguros como el transporte aéreo, la respuesta a emergencias del cuidado infantil y medicina es: "No quiero hacer algo incorrecto". Ambos temores paralizan la acción. Al poner tanto a los ciudadanos como a los trabajadores de alta seguridad en situaciones de crisis emergentes en las sesiones, pueden practicar cómo superar sus miedos y usar conscientemente las habilidades del trabajo en pequeños grupos del Ciclo de Improvisación Heroica ¹⁷.

El TA abre la posibilidad para que las personas ensayan de manera controlada las competencias y respuestas esperadas ante una situación de crisis lo que permite que superen sus temores y se perciban como capaces de entregar el resultado esperado.

La segunda codificación con mayor puntaje fue resiliencia, se ejemplifica con la reflexión que expresa Low ¹⁸ sobre el resultado que observa en los participantes de su intervención en educación sexual a través de teatro aplicado: "Podría tener un papel en capacitar a los

participantes para navegar sus realidades y demostrar que existen otras posibilidades de protección además de 'limitarlo todo'. Donde el dispositivo generado promueve en los participantes el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas que les ayudan a enfrentar su cotidianidad, dando por resultado el desarrollo de la resiliencia.

La tercera codificación con mayor representatividad es la de desarrollo de competencias, que en las formas de TA se propicia su desarrollo en tanto que las situaciones ficticias demandan del participante una respuesta que englobe sus saberes y habilidades para superar lo que ocurre. El "conocimiento" de una persona sobre los síntomas de un infarto y las "habilidades" de reanimación cardiopulmonar (RCP) no ponen a prueba su "capacidad" para actuar cuando tiene frente a ella una víctima de infarto, tal como declaran Robbins y McClure ¹⁷. En este sentido, el TA coloca a la persona en la posibilidad de conjuntarlas y desempeñarse en congruencia.

Las codificaciones agrupadas en la categoría de factor de protección explicitan las mecánicas mediante las cuales el TA provoca en las personas el desarrollo de factores protectores al actuar en diferentes niveles, lo personal, en tanto que incide en sus emociones, cogniciones, imaginación y conductas; y, en el nivel de contexto y social, al proveer de una calidad distinta de espacio que mezcla lo lúdico y lo ficcional en la liminalidad de lo real, lo que permite que se establezcan interacciones de calidad distinta a las habituales.

La codificación con mayor representatividad en la categoría Factores de riesgo fue discriminación, se ilustra una forma en la que el TA atiende los factores de riesgo con poblaciones vulnerables:

Establecida en 2001, la compañía de teatro Nicu's Spoon es un espacio inclusivo en la ciudad de Nueva York que apoya a artistas de diversos orígenes, ya sea en la selección de sus obras, programas, pasantías, producciones o el personal voluntario, sin importar si tienen discapacidades visuales, dificultades auditivas, si pertenecen a la comunidad LGBTQ+ o tienen habilidades diferentes. Asimismo, el nombre de la compañía proviene de un niño abandonado con el cual la fundadora había trabajado en Rumania, llamado Nicu, cuya historia se cuenta con más detalle en su libro *Disability and Theatre*. Cuando la fundadora conoció a Nicu, él tenía cinco años y había sido apodado como "sordo, mudo, retrasado e inútil". Sin embargo, cuando comenzó a comer alimentos sólidos, su cuchara se convirtió en el símbolo de todas esas cosas imposibles que, de repente, se volvieron posibles, como caminar, hablar, pensar y vivir.⁶

Se señala que, a través del TA la persona puede librarse de aquellas etiquetas que la limitaban, adoptando nuevas perspectivas en su contexto y en sus relaciones. Este enfoque refuerza el planteamiento previo, es decir, que el TA influye tanto en el individuo como en su contexto e interacciones, lo cual ayuda a atender factores de riesgo.

La liminalidad en el TA, enunciada previamente, hace posible también que los factores de riesgo puedan ser abordados de forma segura. Actos negativos, como el de ser víctima de una violación, en el contexto de salud sexual, puede impactar tanto al intérprete como a la audiencia.¹⁸ De igual forma, experiencias recientes de estrés pueden ser abordadas desde la distancia que establece la ficción, incorporando factores de riesgo o determinantes sociales que los participantes no consideraron como:

Al trabajar con los dos grupos teatrales identificados, los cuales son diferentes pero similares, se desarrollaron producciones en respuesta a eventos ambientales recientes y a experiencias vividas por comunidades mientras luchan, responden y reaccionan a situaciones desafiantes a nivel socioeconómico y socioecológico.¹⁹

En cuanto a la categoría de la Teoría del TA, desde un aspecto teórico, el código de Evidencia de Efectividad aborda expresiones que refieren a los resultados alcanzados en el empleo de una forma o dispositivo del TA:

De estas cinco dimensiones hipotéticas, los datos cuantitativos revelaron que la motivación intrínseca general de los estudiantes y su interés o disfrute por la ciencia ha crecido significativamente a lo largo del semestre. Los hallazgos cualitativos y cuantitativos coincidieron en señalar un incremento en la competencia percibida para la ciencia. En las entrevistas etnográficas, los estudiantes expresaron una fuerte creencia de que el LARP (juego de rol en vivo) contribuyó tanto al desarrollo de las cinco dimensiones como del interés unánime en el aprendizaje a través del Edu-larp (juego de rol educativo) en el futuro. Sin embargo, los datos no mostraron cambios significativos en las áreas de trabajo en equipo y liderazgo entre los dos momentos evaluados, aunque varios estudiantes dieron ejemplos en los que estos dos factores fueron puestos en práctica en el transcurso del Edu-larps.²⁰

La codificación con mayor representatividad en la categoría Fortalezas del TA es la Evidencia de efectividad, que abarca aquellos hallazgos de efectividad en expresiones conductuales, misma que se ilustra a continuación con los efectos reportados:

Mediante múltiples eventos de simulación de roles, se evidenció que los informes subjetivos de los participantes señalaron una mayor concientización acerca del rol de las emociones, los sentimientos, las preferencias cognitivas, sensoriales y los modos de comunicación comunes en el entorno empresarial, resultando en la optimización de la efectividad de la comunicación.²¹

La efectividad del TA se evidencia en la capacidad de efectuar algún grado de transformación ya sea cualitativa o cuantitativa, y que los participantes pueden replicar con éxito y consistencia.

Esta transformación puede estar relacionada directamente con la demanda del TA, que invita al participante a integrar sus distintas esferas y dar una respuesta al reto planteado.

Se observa la conexión entre códigos como una expresión del problema abordado, constituyendo una parte del proceso de la codificación abierta. Este enfoque permite la posibilidad de establecer relaciones y conexiones entre los materiales encontrados. De este modo, el proceso de codificación axial permite la posibilidad de estructurar estas conexiones y atender su dispersión al definir otros códigos en los cuales agrupar este conocimiento. Como resultado, este proceso llevó a definir 50 códigos que se aprecian en la Tabla 2: Hallazgos de fase axial.

Tabla 2. Hallazgos de fase axial.

Codificación axial	Códigos abiertos
Atención y prevención de factores de riesgo	61
Evidencia de efectividad	58
Autoeficacia	54
Cualidad integradora	52
Relación interdependiente colaborativa	45
Desarrolla competencias	44
Diseño de intervención	43
Adaptabilidad de sus técnicas	40
Construye comunidad	33
Objetivo y alcance de la facilitación	31
Instrumento mediador	27
Desarrolla habilidades socioemocionales	26
Integración social	26
Nuevas narrativas	25
Espacio seguro	24
Característica inherente a las formas del <i>teatro aplicado</i>	23
Empoderamiento	23
Construir saberes colaborativamente	22
Participación como habilitador del cambio	20
Comunicación integral	17
Respeto a la individualidad	17
Efectividad en transferencia del conocimiento	16
Estilos de afrontamiento	16
Aceptación de participantes	14
Promueve la toma de conciencia	14
Agencia	12
Modela conductas	12
Resiliencia	12
Acompañamiento	11
Andamiaje para el desarrollo	11
Ética de la facilitación	11
Alternativas laborales para el artista	10
Ética del artista	8
Perspectivas positivas	8
Presencia	8
Distanciamiento como recurso positivo para el proceso	7
Manejo del estrés	7
Principios del drama presentes en la vida y aplicables en ella	7
Responsabilidades del facilitador	7
Ventajas sobre otras técnicas	6
Evaluación	4
Transferencia congruente del conocimiento	4
Efectos en el participante	3
Posibilidad el diálogo incluyente	3
Disrupción como elemento extraño	2
Promueve alianzas	2
Afrontamiento del estrés	1
Competencias avanzadas	1
Disrupción como catalizador de procesos	1
Lúdico	1

Nota. Tabla de elaboración propia en la que se detallan las codificaciones axiales resultantes.

El desarrollo de las conexiones y relaciones llevó a que el campo con mayor representatividad fuera el de atención y prevención de factores de riesgo, que incluyó 61 de los códigos abiertos. Entre ellos, destacó el código con mayor representatividad, el de discriminación, y se encontró varios con poca representatividad, situación que se repitió en diversos campos dentro de la codificación axial realizada.

Se encuentra que el TA atiende y previene los factores de riesgo empleando sus cualidades positivas. Esta, permite generar un entorno basado en la adquisición y desarrollo de competencias personales, interacciones prosociales y la exploración y expresión directa mediada por la ficción de los factores de riesgo, desde la cual el TA aborda los factores psicosociales.²²

Los resultados corroboran y amplían los hallazgos anteriores, mostrando que el teatro por parejas, aplicado mediante un breve formato de campamento de verano, contribuye a mejorar los déficits sociales en pacientes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Asimismo, los avances en el funcionamiento adaptativo y la reducción del estrés en los padres resaltan las implicaciones que tiene el deterioro social, mejorando tanto la calidad de vida de los pacientes como la de sus familias.

El campo de evidencia de efectividad se estructura por hallazgos que expresan diferentes niveles de alcance de transformación que se atribuyen a las intervenciones del TA, en diferentes grados, y los cuales se manifiestan perdurables en el tiempo. El arte tiene la capacidad de transformar los eventos de formación y desarrollo dentro de las organizaciones en "incidentes críticos"; es decir, un incidente crítico en un taller es algo que, posteriormente al evento, se recuerda como relevante, al punto que deja una huella en el corazón y la mente de una persona y tiene el potencial de generar un cambio en su actitud o comportamiento ¹⁶.

Esta transformación se manifiesta en el nivel personal. Según Robbins y McClure ¹⁷, consideran que la improvisación cambia la vida de formas que no se pueden explicar, es decir, la capacidad para prestar atención, sentir alegría, cooperar y ser creativo se intensifica, a tal punto que resulta difícil recordar cómo era la vida antes de la práctica, aunque puede ser complejo explicar cómo se produce este cambio, queda claro que es atribuible al impacto del TA. La transformación alcanza a abarcar a grupos o núcleos sociales de una forma palpable, generando confianza por parte de quienes patrocinan o contratan la intervención.

Una prueba destacada de su efectividad fue cuando surgió la oportunidad de integrar nuevos gerentes de distrito en una empresa de hospitalidad, se solicitó ofrecer la misma información y habilidades a los potenciales candidatos ²¹.

Entre los resultados, se destaca el campo de la calidad integradora de la codificación axial, la cual indica que, en el TA, es posible afectar a la persona en diferentes aspectos, así como en las dinámicas de los grupos sociales. Los participantes afirman que nunca antes habían experimentado un entrenamiento en el manejo de conflictos tan impactante. Dado que el aprendizaje se dió en múltiples niveles: cognitivo, emocional, físico y relacional, muchos de ellos indicaron sentirse liberados y empoderados de una nueva forma, desafiando las estructuras y expectativas tradicionales de las escuelas de derecho, agencias de mediación y programas de manejo de conflictos ¹⁷.

Además, el TA tiene la capacidad de integrar en sus intervenciones aquellos aspectos orientados al desarrollo del individuo, grupo o núcleo social, sin descuidar y solo cuando es necesario, la transferencia de conocimiento técnico puntual. Se puede inferir que el éxito, o incluso el potencial éxito, de este enfoque radica en su naturaleza interdisciplinaria de estos talleres. El teatro educativo y las técnicas de actuación son herramientas que permiten integrar de manera holística el aprendizaje de estructuras complejas, adaptándose al perfil y las preferencias individuales de cada participante ²¹.

El ejercicio de codificación a categoría abierta permitió establecer una estructura de ordenamiento, la cual al ser cuestionada desde el proceso iterativo que marca la metodología de la teoría fundamentada, da como resultado la codificación axial o nuevas relaciones y visiones que profundizan en las dinámicas actuales de la práctica del TA para abordar factores psicosociales.

Se avanzó a la fase de la codificación y categorización teórica, en la cual, en la primera etapa, se buscó esclarecer los mecanismos y conexiones, así como las partes involucradas en la aproximación que realiza el TA para abordar factores psicosociales.

De este nivel de análisis se obtuvieron 6 categorías teóricas, que podrían considerarse como dimensiones más que como elementos. Estas permiten describir una teoría del TA como agente para abordar factores psicosociales. Se las puede observar en la Tabla 3.

Tabla 3. Categorías Teóricas para Fundamentar la Teoría del Teatro Aplicado como Agente para el Abordaje de Factores Psicosociales

Categoría teórica	Códigos teóricos
Factores psicosociales	339
Fundamentos del TA (<i>teatro aplicado</i>)	271
Diseño de intervención	235
Facilitación del TA	38
Implicaciones para el artista escénico	26
Aceptación por participantes	21

Nota. Tabla de elaboración propia en la que se expresan las categorías teóricas resultantes.

Se observa en la Tabla 3, que la categoría con mayor representatividad es la de factores psicosociales, con 339 códigos, mientras que la de menor representatividad es la de aceptación por participantes, con 21 códigos. El ejercicio de reflexión llevó a jerarquizar estas categorías de acuerdo con el impacto para el desarrollo del TA como agente para abordar factores psicosociales.

Se encuentra que los fundamentos del TA reciben la puntuación más alta, ya que son sus principios inherentes los que hacen posible que sea un instrumento para la elaboración de intervenciones orientadas a la prevención y promoción de factores psicosociales. No obstante, la particular fuerza educativa del teatro, es decir, su naturaleza dialéctica, invita a explorar puntos de intersección y confrontación, de manera que nuestras exploraciones dramáticas no se limiten a reforzar las fronteras culturales y étnicas, ni limiten nuestra capacidad o la de nuestros estudiantes para conectar con diversas identidades culturales, navegar de manera productiva a través de las fronteras y desarrollar habilidades para desempeñarse en contextos variados ²³.

Sin embargo, estas cualidades inherentes pueden ser seleccionadas, limitadas o atenuadas por dos factores que procesalmente le preceden y a los que se les asignó otro nivel de jerarquía. Además, se descubrió que estos elementos de diseño de intervención y facilitación del TA pueden tener efectos importantes en la efectividad de la intervención. Desafortunadamente, gran parte de la capacitación basada en las artes también entra en esta categoría, por ejemplo, los guiones teatrales suelen estar mal elaborados, los personajes, aunque cómicos, caen en estereotipos o están mal desarrollados, y los procesos del taller a menudo se asemejan a una capacitación deficiente, donde el arte se incorpora de manera falsa o insípida. En resumen, el drama no logra tener un impacto duradero, quedando finalmente reducido a un simple "gracias" ¹⁶.

Situaciones diversas, como la falta de claridad del objetivo, aproximaciones restrictivas, fallas en la definición de los objetivos pedagógicos o en el alcance, son algunos de los elementos encontrados que conducen a clasificar dentro de esta jerarquía al elemento del diseño como un factor diferenciador en la posibilidad de posicionar al TA como agente para abordar factores psicosociales. Por ello, el otro elemento se encuentra en la facilitación, la cual representa un desafío para los profesionales del TA: ¿cómo se facilita un proceso que parece tener un resultado limitante o disciplinario y que es contrario a las posturas y valores de uno mismo, sin cruzar la línea que separa la facilitación del activismo?, ¿cómo se evita arriesgar el proceso dialógico de la práctica cuando los resultados del riesgo creativo no coinciden con nuestras suposiciones sobre cómo debería ser el cambio social positivo? ¹⁸.

Se equipara la importancia de la facilitación con la del diseño, dado que la persona responsable de facilitar también lleva a cabo la implementación, impactando, ya sea de forma intencional o no, los alcances del diseño. En este sentido, existe una interacción causal entre los tres elementos enunciados, cuya sintonía debe estar alineada antes de establecer un trabajo efectivo para abordar los factores psicosociales.

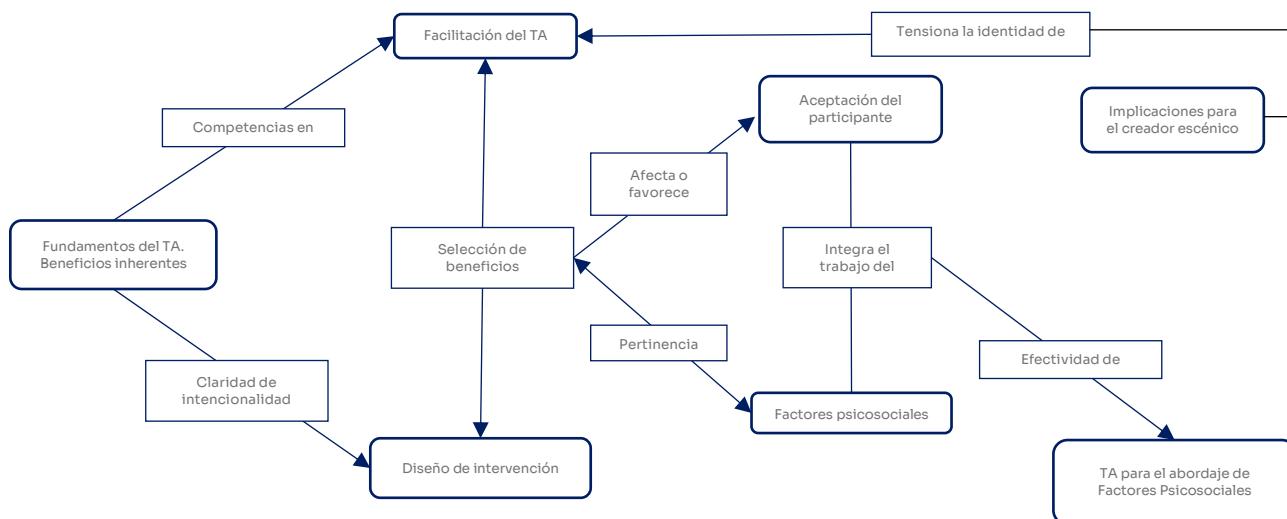
El sistema más perfecto falla si no cuenta con la aprobación del usuario final. La aceptación del participante se valoró siguiendo el nivel jerárquico de 3. Este es un espacio creativo y emocional basado en el teatro e improvisación y el cual representa una oportunidad para compartir experiencias en conjunto. Al principio, los participantes se sintieron sorprendidos, ya que los talleres o reuniones en Johns Hopkins University generalmente se centran en políticas, procesos y requisitos nuevos o modificados ¹⁷.

En el mismo nivel jerárquico se posicionan los factores psicosociales. Al respecto, no se puede desestimar el ingrediente integrador que posee el TA. Por ejemplo, a mediados de los años 70, hubo la oportunidad de estudiar actuación con la reconocida Stella Adler, quien destacaba la imaginación como un elemento fundamental en el trabajo del actor, solía afirmar: "Quizás no puedes recordar haber sido un rey o una reina, pero sí puedes imaginarlo". En la actualidad, colabora con jóvenes que han estado encarcelados o que han tenido encuentros difíciles con la policía. Muchos de ellos llevan heridas emocionales, algunos incluso sienten que están rotos. Si uno se siente de esta manera, es posible que no logre recordar un solo momento de plenitud, pero siempre podrá imaginarlo⁶.

A partir del desarrollo generado, se puede proponer un modelo para explicar cómo las dimensiones identificadas participan para abordar los factores psicosociales y el diseño de las intervenciones. Este modelo se ilustra en la Figura 2.

Figura 2. Modelo Explicativo sobre el Teatro Aplicado para el Abordaje de los Factores Psicosociales

Nota. Figura de elaboración propia que representa el modelo explicativo sobre las dimensiones que impactan en el *Teatro Aplicado* como Agente para el Abordaje de los Factores Psicosociales.



Los hallazgos obtenidos permiten establecer como posible teoría que el TA, sirve como agente para abordar factores psicosociales, seleccionar cualidades inherentes al teatro y actividades dramáticas con objetivos específicos, los cuales requieren del conocimiento de los factores psicosociales a tratar. Asimismo, conducen a su elección más adecuada y específica, ya sea mediante juegos dramáticos o la creación de un dispositivo entregado por un facilitador competente en el TA y en el abordaje de factores psicosociales. Luego, también asegura que la experiencia se gestione de manera adecuada, promoviendo la aceptación y efectividad entre los participantes y logrando la transformación deseada. Además, el ejercicio del TA tiene consecuencias para quienes provienen del campo de las artes, ya que su identidad debe ser negociada para evitar que interfiera negativamente el desarrollo de la intervención.

Por último, a través de estas intervenciones, se pueden alcanzar resultados relacionados a los factores previamente mencionados. Esto demuestra que el TA es un fenómeno que puede alcanzar su mayor efectividad gracias a su orientación transdisciplinaria. En este sentido, un desbalance sobre la interacción de sus pilares perjudicaría directamente el beneficio potencial de los participantes.

Finalmente, un hallazgo relevante de esta aproximación, son las implicaciones que tiene para el artista escénico, pues este deberá desarrollar conocimientos y formas de trabajo adecuados para participar en este campo transdisciplinario. No obstante, el desafío es similar para cualquier otro profesional sin antecedentes en el arte dramático. ¿Se considera uno mismo un agente de cambio? ¿Actúa uno mismo como facilitador del cambio? ¿Se es terrorista, predicador o misionero? ¿Se define uno mismo como maestro, entrenador o artista que busca explorar nuevos caminos para realizar su labor? ¿O acaso uno mismo es una combinación de todos estos roles, o ninguno de ellos?¹⁶.

Discusión

El TA hereda cualidades intrínsecas del arte teatral, el trabajo en conjunto y la actividad creativa-imaginativa, las cuales permiten la ficción, metáfora y aproximación lúdica, necesarias para desarrollar la escenificación en el lenguaje teatral y, posteriormente participar de ella en una paradoja que integran las funciones neuropsicológicas. Asimismo, tanto la organización como la sistematización, permiten crear el TA mediante el tratamiento de las cualidades previamente mencionadas con un objetivo establecido. En este estudio, el objetivo fue exponer cómo estas cualidades del TA pueden contribuir al trabajo de factores psicosociales.

La revisión realizada a los sujetos seleccionados permite dar respuesta a los planteamientos del problema de investigación que se propusieron al principio de este artículo, encontrando que existe evidencia sobre la efectividad del TA para abordar diversos factores psicosociales. Además, a través de sus dinámicas, dispositivos y formas, el TA puede brindar a la persona expectativas positivas, una mejor autoperción, esperanza, confianza en sí y en el otro. En este sentido, a nivel interactivo, el TA permite la vivencia de experiencias tanto positivas como esperanzadoras y, dependiendo del diseño, puede brindar modelos a seguir e imitar. A nivel exploratorio, los deseos, ambiciones y sueños pueden ser representados, manifestados y experimentados. Esto brinda autonomía y rumbo a la persona^{24, 22, 6, 18, 17}.

Como se mencionó previamente, los juegos dramáticos generan beneficios neuropsicológicos, lo cual indica que estos permiten que el cerebro salga de un estado de estrés y que pueda responder mejor al cambio, ya que desarrolla una flexibilidad psicológica mejorando las habilidades sociales. Asimismo, en lo que concierne a los aspectos emocionales, cognitivos y conductuales, promueve y desarrolla estilos y estrategias de afrontamiento efectivos donde la persona es capaz de analizar el contexto en que se llevan a cabo. Empleadas con esta finalidad, sus técnicas tienen la capacidad de modificar cogniciones y conductas, sea por autodescubrimiento de lo que es efectivo para enfrentar un contexto o mediante la repetición. Luego, también fomenta la resiliencia al educar en el manejo de actitudes, expectativas o respuestas ante la incertidumbre e incluso mediante la imaginación. En resumen, estimula el desarrollo de estrategias para el afrontamiento del estrés basadas en el trabajo psicológico, conductual e interaccional de la persona [22, 15, 16, 25, 17, 26, 27](#).

De este modo, la evidencia articulada nos señala que el TA mostró ser efectivo para atender, prevenir y tratar factores psicosociales en el aspecto individual y social. Al respecto, el TA propone abordar los factores psicosociales con características particulares, en tanto que proporciona un espacio de encuentro donde el respeto a la otredad permite reconocer objetivos comunes y rescatar raíces compartidas. A nivel social, los participantes solidifican este nuevo sentido comunitario que nace de la cooperación conjunta y colaborativa de cuyo objeto nuevo, los participantes, se reconocen propietarios. Esto genera cambios en la interacción del grupo, mientras que la dinámica común genera unidad y solidaridad. A nivel individual, promueve compromiso, responsabilidad con el grupo y sentido de pertenencia. La naturaleza de sus técnicas y la forma en que se facilitan brindan una oportunidad a las personas para mejorar la percepción que tienen de sus habilidades y su capacidad de éxito; mientras que, en el contexto grupal, se incrementa el valor de la experiencia haciéndola trascendente [24, 6, 19, 25, 27, 18, 28, 17, 26, 29](#).

Los dispositivos de TA fomentan habilidades de cooperación social, debido a la naturaleza inherente del aparato teatral como una actividad que demanda el trabajo en equipo. Aspecto que el TA aprovecha para fomentar el aprendizaje y el trabajo colaborativo entre los participantes, generando un genuino interés por el otro. Asimismo, esta influencia puede explicarse debido a que el TA trata a la comunicación como una interacción, lo que le otorga una perspectiva integral, a partir de mecanismos que desarrollan las habilidades necesarias para lograr una mejor comunicación intencional con el otro [19, 25, 27, 18, 20, 17](#).

El TA brinda el espacio para lograr una mejor comprensión de uno mismo y de su entorno, además de fortalecer la autoeficacia, reforzando las habilidades socioemocionales. De igual manera, esta herramienta se convierte en un espacio para desarrollar e incorporar dichas habilidades. Así, podemos decir que el TA lleva a los participantes a desarrollar nuevas percepciones e ideas sobre sí mismos y sobre, los demás, así como desenvolverse de la mejor manera en los retos o acontecimientos que enfrentan. También, posibilita la reinterpretación o la creación ficticia de nuevas realidades y formas de vivirlas, permitiendo su experimentación en la vida cotidiana como en el trabajo colaborativo. Asimismo, la combinación de narrativas permite la exploración de nuevos caminos, facilitando su creación [25, 18, 17](#).

Sin generar estigmas, el TA previene, aborda y reduce los factores de riesgo al permitir que se exploren e identifiquen sus orígenes, lo que permite su atención y disminución. Esto es gracias a los mecanismos del TA, los cuales promueven la toma de conciencia al permitir que los participantes observen la interpretación de sus propias vivencias o participen en la puesta en escena, proporcionando la oportunidad de poder analizar lo ocurrido [22, 15, 25, 17](#). A partir de estas aproximaciones al objeto de estudio y de las particularidades con que las que se trabaja, se puede elaborar una propuesta de teoría sobre el TA como agente para abordar los factores psicosociales.

El TA demuestra su capacidad para intervenir con objetivos y alcances definidos en diversos ámbitos como el social, organizacional, sanitario, pedagógico, psicológico, así como en la promoción y prevención de factores psicosociales.

Además, es necesario que al definir sus alcances se realice una adecuada valoración e identificación de los beneficiarios y sus intereses cada vez que se afecte la posibilidad de participación de las personas

Para determinar el alcance se deben tomar en cuenta los objetivos pedagógicos en el curso de la intervención para asegurar su eficacia. De este modo, el diseño del dispositivo o elección de la forma a emplear en la intervención, debe reflexionar adecuadamente en torno al alcance que se propone para seleccionar las cualidades del TA más propicias para abordar los factores psicosociales. Asimismo, se debe considerar el espacio real y ficcional, cómo estos intervendrán para abordar el objeto de interés y las formas, así como los grados de participación. Esto habilita la experiencia compartida y el sentido de autonomía motivado por la apropiación del hecho, dando como resultado el empoderamiento para poner en práctica en el mundo real, lo experimentado en la intervención [6, 25, 27, 18, 30, 17](#).

Bajo esta perspectiva, se han descrito los hallazgos generados a partir de la exploración de bibliografía seleccionada, empleando un enfoque de teoría fundamentada. Se identificó que el TA está respaldado por un conjunto de evidencias a partir de trabajos documentados en donde se destaca su efectividad como agente para abordar factores psicosociales en contextos diversos.

La indagación de las relaciones identificadas ha permitido señalar las particularidades que el TA proporciona al momento de abordar los factores psicosociales. Esto permite la elaboración de un trabajo en múltiples niveles, donde se integran las esferas individuales y sociales en un espacio paradójico compuesto por ficción-realidad y cercanía-distanciamiento. Estas son efectivas para el trabajo y desarrollo de habilidades y competencias a través de la participación del trabajo colaborativo que motiva a generar relaciones positivas con uno mismo y con los demás. Lo anterior sólo es factible si se respetan y seleccionan los aspectos fundamentales del TA para el diseño de la intervención, respecto a la selección de sus formas, dispositivos o actividades, asegurando que los alcances y objetivos pedagógicos estén claramente definidos y la facilitación tenga un rol importante.

El presente artículo se estima como una contribución importante para los campos de la promoción y prevención que aborda el TA, destacando la importancia de los factores psicosociales en diversas áreas de la actividad humana. Se espera que, a través de este enfoque, se pueda ofrecer una guía sobre las particularidades que el TA aporta a dichos procesos de promoción y prevención. Esto último, vale la pena que siga siendo explorado, ya que un agente como el TA podría ser un gran aliado para que las personas tomen buenas decisiones y construyan su bienestar en entornos sociales que les permitan desarrollarse.

Se reitera que este estudio pretende ser una guía y referente, más no un estándar al que deben ceñirse investigaciones futuras. Ciertamente, uno de los limitantes encontrados en este estudio fue la diversidad de contextos culturales de las fuentes. Asimismo, este problema se agravó cuando en algunos casos las personas del primer mundo intervenían en los contextos de personas de países en vías de desarrollo. Aunque se manifestó el respeto y el dilema ético, es clara la necesidad de mayor evidencia documentada en el campo desde las áreas locales.

Por último, esta aproximación a la teoría del TA como agente para abordar factores psicosociales requiere ser explorada, probada y enriquecida para incorporarse como un área de conocimiento dentro del cuerpo epistemológico de la misma; de este modo, se espera que pueda ser consultada, validada, refutada y profundizada con la práctica.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación específica de entidades u organizaciones en los sectores público, privado o sin fines de lucro.

Referencias

1. Motos T, Ferrandis D. Teatro Aplicado. Teatro del Oprimido, teatro playback, dramaterapia. Ediciones Octaedro; 2015.
2. Sedano-Solis A. S. El Teatro Aplicado como campo interdisciplinario de investigación en los Estudios Teatrales. [Internet]. Artnodes. 2019 [citado el 20 de junio de 2024];(23):104-13. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Artnodes/article/view/n23-lima-vidiella>
3. Sosenski S. Niños limpios y trabajadores. El teatro guiñol posrevolucionario en la construcción de la infancia mexicana. [Internet]. Anuario de Estudios Americanos. 2010 [citado el 20 de junio de 2024]; 67(2):493-518. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3989/aeamer.2010.v67.i2.517>
4. Ruiz J. Manual de Terapias Conductuales Contextuales. Una exposición crítica descriptiva. Ediciones Psara; 2021.
5. Prendergast, M, Saxton, J. Applied Theatre: International case studies and challenges for practice. Intellect; 2009.
6. Brenner L, Ceraso C, Diaz-Cruz E. Applied Theatre with Youth. Education, engagement, activism. Routledge; 2022.
7. Agarwal G, Brydges M. Effects of a community health promotion program on social factors in a vulnerable older adult population residing in social housing. [Internet]. BMC Geriatrics. 16 de abril del 2018. [Citado el 01 de diciembre del 2024];18(1):95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-018-0764-9>
8. Gouvernet B, Bonierbale M. Bio-psychosocial study on the impact of the COVID-19 lockdown on depression and anxiety in a sample of 1753 French-speaking subjects. [Internet]. L'Encéphale. 2022. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 48(2):118-124. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.03.002>
9. Jacobs J. Putting it together: A grounded theory approach to exploring the role of performing arts studies in educational leadership development [dissertation]. California State University; 2019. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; Disponible en: <https://www.proquest.com/openview/daaf6ec4321666a58125f8ea67a9e0/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
10. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. [Internet]. EClinicalMedicine. 2022. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 54:101675. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675>
11. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. Mc Graw Hill Education; 2014.
12. Charmaz K. Constructing Grounded Theory. A practical guide through Qualitative Analysis. Sage; 2006.
13. Rodríguez A. Programa piloto de musicoterapia comunitaria para aportar a la expresión y las relaciones interpersonales de jóvenes que se encuentran en el Sistema de Responsabilidad Penal en la modalidad de sanción de prestación de servicios a la comunidad de la institución YMCA sede Bogotá, con el objetivo de potenciar su agenciamiento [Trabajo final de grado]. Universidad Nacional de Colombia; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/81483?show=full>
14. Peón R. Efectos de una intervención educativa sobre el dolor en cónyuges de pacientes con fibromialgia: Estudio mixto con diseño exploratorio secuencial. [Trabajo final de grado]. Universitat de Lleida; 2018. Disponible en: <https://repositori.udl.cat/items/3535a9b5-b132-4365-b127-b74443f71161>
15. Calafat-Selma M, Sanz-Cervera P, Tárraga-Mínguez R. El teatro como herramienta de intervención en alumnos con trastorno del espectro autista y discapacidad intelectual. [Internet]. Revista Nacional e Internacional de Educación Inclusiva. 2016. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 9(2):95-108. Disponible en: <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/rei/article/view/255>
16. Darsø L, Meisiek S, Boje D. Thin book Organizational Theatre. The Danish University of Education; 2007.
17. Robbins T, McClure C. Applied Improvisation. Leading, collaborating, and creating beyond the theatre. Methuen Drama; 2018.
18. Low K. Applied Theatre and Sexual Health Communication. Apertures of Possibility. Palgrave Macmillan; 2020.
19. Brown K, Eernstman A, Reding H, Reding N. The drama of resilience: learning, doing, and sharing for sustainability. [Internet]. Ecology and Society. 2017. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 22(4):1-8. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/26270076>
20. Lynne S, Standiford A. Educational Larp in the Middle School Classroom: A Mixed Method Case Study. [Internet]. International Journal of Role-Playing. 20 de enero del 2015. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 6:4-25. Disponible en: <https://doi.org/10.33063/ijrp.vi5.233>
21. Munro M, Munro A, Lemmer K, Pretorius M. Theatre strategies to develop emotional intelligence skills in business communication: An exploratory study. Southern African Business Review. [Internet]. African Journals Online. 7 de septiembre del 2015. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 19(3):1-26. Disponible en: <https://www.ajol.info/index.php/sabr/article/view/121698>
22. Bellavista-Rof C, Mora-Giral M. Prevención y tratamiento de los trastornos mentales a través del teatro: Una revisión. [Internet]. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes. 2019. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 6(1):1-12. Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/1920-3_0.pdf
23. Gallagher K. Emergent Conceptions in Theatre Pedagogy and Production. In: Gallagher K, Booth D (ed.) *How Theatre Educates: Convergences and Counterpoints with Artists, Scholars, and Advocates*. Toronto: University of Toronto Press; 2003. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; p.3-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3138/9781442627574-002>
24. Arcila J. Integrating memory, historical remembrance and drama in Colombian schooling: Pedagogical and psychosocial implications. Psychología. [Internet]. Avances de la disciplina. 2012. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 6(1):13-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297225770001>
25. Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. 2019. [Citado el 01 de diciembre del 2024] Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/329834>
26. Salas R, Steele K, Lin A, Loe C, Gauna L, Jafar-Nejad P. Playback theatre as a tool to enhance communication in medical education. [Internet]. Medical Education Online. 23 de diciembre del 2013. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 18:22622. Disponible en: <https://doi.org/10.3402/meo.v18i0.22622>
27. Lavik E. Thermo in the time of COVID-19: Using improvisation to foster discussion and translating the experience to online learning. [Internet]. Biomedical Engineering Education. 2 de septiembre del 2020. [Citado el 01 de diciembre del 2024]; 1(1):133-138. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s43683-020-00022-z>
28. Siddiqui N, O'Connor-Hill M, Muñoz B, Nikolova L. The space between: Exploring the interplay of mediation and applied theatre practices to create space for dialogue and support. [Internet]. CORE. 2016. [Citado el 01 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.33232/JMACA.3.1.7030>
29. Nicholson H. Applied Drama. The gift of theatre. Palgrave Macmillan; 2005.
30. Shaw P, Stacey R. Experiencing risk, spontaneity and improvisation in Organizational Change. Working live. Routledge; 2006.

Recibido: 03/10/2024

Aprobado: 12/11/2024

Evaluación del modelo FSD de psicopatología evolucionista en pacientes con TAG

Evaluation of the FSD model of evolutionary psychopathology in patients with GAD

Dra. Angélica Fabiola Sánchez Gutiérrez^I, Dr. Pedro Uriarte Molina^{II} Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval^{III}

Universidad Virtual de Estudios Superiores, Clínica Avance Tratamiento de Adicciones, Tijuana, México, Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO), Nayarit, México.

^IUniversidad Virtual de Estudios Superiores.
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.
<https://orcid.org/0000-0003-4031-9211>

^{II}Clínica Avance Tratamiento de Adicciones, Tijuana,
México.
<https://orcid.org/0009-0001-6951-569X>

^{III}Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO),
Nayarit, México.
<https://orcid.org/0000-0002-6076-2993>

Resumen

Objetivo: Evaluar el Modelo FSD (*Fast-Slow-Defense*) de la psicopatología evolucionista en 29 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en Durango, México. **Materiales y métodos:** Cuestionario de Historia Clínica, Escala de Likert para Estrategias de Historia de Vida y el Inventory de Preocupación de Pensilvania (PSWQ), con una metodología mixta y un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo exploratorio. **Resultados:** No se muestra una correlación entre las estrategias de historia de vida (modelo FSD) y el cuestionario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) ($p=0.7039$, $r=0.07372$). Asimismo, el 62 % tiene TAG, el 27.6 % tiene otros trastornos de ansiedad y el 10.4 % mantiene controles sanos. El 69 % de los participantes mantienen una estrategia de historia de vida defensiva, el 17.1 % mantienen una estrategia rápida y el 13 % lenta. **Discusiones:** Revisar las estrategias de historia de vida relacionadas al TAG permite reconocer las estrategias utilizadas, sus consecuencias, el impacto en la vida del ser humano, así como el análisis de las conductas impulsivas para encontrar respuestas a situaciones complejas de la sociedad contemporánea.

Abstract

Objective: To evaluate the FSD (Fast-Slow-Defense) Model of evolutionary psychopathology in 29 patients. **Materials and Methods:** The Clinical History Questionnaire, the Life History Strategies Likert Scale, and the Pennsylvania Worry Questionnaire (PSWQ) were employed, utilizing a mixed-methods approach and a non-probability convenience sampling with an exploratory design. **Results:** No correlation was identified between life history strategies (FSD model) and the Pennsylvania Worry Questionnaire (PSWQ). Furthermore, 62% of participants were diagnosed with GAD, 27.6% had other anxiety disorders, and 10.4% were healthy controls. Among the participants, 69% exhibited a defensive life history strategy, 17.1% exhibited a fast strategy, and 13% exhibited a slow strategy. **Discussions:** Reviewing life history strategies associated with GAD enables the identification of strategies employed, their consequences, and their impact on human life. Moreover, it facilitates the analysis of impulsive behaviors to address complex challenges in contemporary society.

Términos MeSH

PALABRAS CLAVE

- Ansiedad,
- Evolucionismo,
- Modelo FSD,
- Salud mental,
- Supervivencia.

MeSH Terms

KEYWORDS

- Anxiety,
- Evolutionary,
- FSD Model,
- Mental health,
- Survival.

Correspondencia:

Dra. Ruth Lizzeth Madera Sandoval
Instituto Superior de Estudios de Occidente (ISEO).
ruth.madera@iseo.edu.mx

Citar como:

Sánchez A, Uriarte P, Madera R. Evaluación del modelo FSD de psicopatología evolucionista en pacientes con TAG [Internet] Revista ISEO Journal. 2024. [Citado el...]; 1(1):40-49. <https://doi.org/10.63344/7fc8z75>



ISEO JOURNAL®

Este artículo científico se publica como acceso abierto y está protegido por la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>), se autoriza su uso, distribución y reproducción no comercial, con la condición de citar adecuadamente la obra original.

Introducción

La fenomenología del TAG ha sido investigada desde finales del siglo XVIII. El concepto clínico de neurosis de William Cullen en 1769, hacía referencia a afecciones generales del sistema nervioso que cursaban sin fiebre ni afectación local de algún órgano, y que comprometía "el sentido" y "el movimiento" (Ojeda, 2003)¹. Posteriormente, Freud (1895)² estableció todo un tratado sobre la neurosis, cuya característica principal radicaba en torno a la angustia, la excitabilidad general y la espera angustiosa. Luego, entre los siglos XIX a XX se discutían los términos "pantofobia" y "neurosis ansiosa" como los términos precursores del TAG (Crocq, 2017)³. Además, el TAG está asociado con factores sociales y ambientales que interactúan con mecanismos epigenéticos, explicando el por qué las personas que tienen este padecimiento se ven claramente afectadas. Asimismo, se distingue por los desequilibrios sociales y psicológicos a través del comportamiento y de la afectación de procesos cognitivos de alto y bajo nivel.

En la Región de las Américas, los trastornos de ansiedad representan la segunda causa de años de vida ajustados en función de discapacidad (2.1 %) y de años perdidos por discapacidad (4.9 %) (OPS, 2018)⁴. En México, la prevalencia registrada más reciente fue de 14.3 % en 2002 (Medina-Mora et al., 2003)⁵. En este sentido, el TAG es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes y se distingue por una anticipación aprehensiva sobre acontecimientos futuros, quienes lo padecen tienen complicaciones para controlar sus pensamientos de preocupación sobre actividades cotidianas relacionadas con la salud, el trabajo o la familia.

Actualmente, los criterios diagnósticos del DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición) consideran al TAG como "ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como la actividad laboral o escolar)"⁶. En paralelo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10 (2018), indica que el TAG se caracteriza fundamentalmente por ser una "ansiedad generalizada y persistente, que no se restringe ni siquiera en términos de algún fuerte predominio a ninguna circunstancia del entorno en particular (es decir, la angustia, "flota libremente")"⁷.

Por otra parte, la psicología evolucionista fomenta el estudio de procesos mentales y de la conducta humana en función de la teoría de la evolución darwiniana, utilizándose para comprender el origen y el funcionamiento de los mecanismos psicológicos de los seres humanos (Fernandez, 2004)⁸. De esta manera, los procesos mentales y las conductas evolucionan en aspectos genotípicos y fenotípicos; de tal forma, permite unificar la comprensión del comportamiento (Barkow et al., 1992)⁹. Por ende, el caso del TAG puede ser estudiado como "aprehensión ansiosa" y es identificado con el término de amenaza potencial. Además, se define como un patrón persistente de pensamiento negativo repetitivo sobre las amenazas percibidas (Insel, et al., 2010, Cuthbert & Insel, 2013; Crocq, 2017)^{10,11,3}.

Desde una perspectiva naturalizada que se deriva de los trabajos realizados por la psicología evolucionista, esta tiene el principio de que la mente consiste en un sistema de módulos seleccionados evolutivamente como respuesta a las presiones adaptativas ambientales. De este modo, se explican las características de los procesos psicológicos humanos, considerando las situaciones histórico-biológicas de la especie (Cosmides & Tooby, 1992)¹². En tal sentido, el Marco de Historia de Vida (Life History Framework) para la psicopatología incorpora el modelo FSD con una taxonomía de tres vías, distinguiendo entre el espectro rápido (tipo-F), el espectro lento (tipo-S) y los trastornos de activación de defensa (tipo-D).

Tanto las estrategias de espectro rápido como lento se caracterizan por manejar cinco aspectos fundamentales: factores de personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y, finalmente, la maduración sexual (Del Giudice, 2018).¹³

Las estrategias de historia de vida y su "modelo extendido" identifican múltiples perfiles cognitivo-conductuales dentro de las estrategias rápidas y lentas, en el cual se propone que las estrategias lentas comprenden perfiles prosociales/cuidadores y hábiles/aprovisionadores, mientras que las estrategias rápidas comprenden perfiles antisociales/explotadores y seductores/creativos (Del Giudice, 2018).¹³

En el caso de las estrategias rápidas, los factores de personalidad implican baja amabilidad, baja escrupulosidad, baja humildad/honestidad y alta apertura a la imaginación/estética. La motivación implica sexualidad precoz, sociosexualidad sin restricciones, ideas de relaciones románticas inestables y la reducida orientación a largo plazo. Esto, a su vez, implica baja sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral). En la toma de decisiones y autorregulación, se observa alta impulsividad, alta toma de riesgos y búsqueda de sensaciones. En las habilidades cognitivas, se encuentran alta cognición mentalista, baja cognición mecanicista, mayor habilidad verbal y menor habilidad viso-espacial. Finalmente, la maduración sexual es temprana y rápida, especialmente en mujeres (Del Giudice, 2018)¹³.

Por otra parte, las estrategias lentas presentan a los factores de personalidad como sujetos altamente amables, con alta escrupulosidad, alta humildad/honestidad y baja apertura a la imaginación/estética. La motivación implica sexualidad tardía, sociosexualidad sumamente restrictiva, idealización de las relaciones románticas, orientación a largo plazo y alta sensibilidad al asco (especialmente sexual y moral). En la toma de decisiones y autorregulación, se caracterizan por ser poco impulsivos, con baja o nula toma de riesgos y búsqueda de sensaciones. En las habilidades cognitivas, se encuentran la alta cognición mecanicista, la baja cognición mentalista, menor habilidad verbal y mayor habilidad viso espacial. Finalmente, la maduración sexual es tardía y lenta (Del Giudice, 2018)¹³.

Ahora bien, en el caso de las estrategias de activación de defensa (tipo-D), el rasgo principal es la oscilación entre los extremos del modelo, de tal forma que pueden presentarse diversos trastornos, los cuales eventualmente oscilan entre las estrategias rápidas y las lentas. Los mecanismos defensivos son la mayor fuente de síntomas psiquiátricos y son más comunes en mujeres. Asimismo, se destaca que el TAG, tema que compete a la presente investigación, muestra de manera clara el surgimiento de condiciones de activación intensa y prolongada de mecanismos defensivos evolucionados. De este modo, existen muchas razones para que suceda esta activación exagerada, desde las respuestas adaptativas, las disfunciones neurobiológicas, evolutivas y de desarrollo mental, hasta las de aprendizaje desadaptativo (Del Giudice, 2018)¹³.

Particularmente, en el caso de los trastornos de activación de defensa, es importante considerar que estos pueden estar subdivididos dentro del espectro de estrategias rápidas y lentas, y que, dependiendo del tipo de estrategia de vida dominante, se pueden desarrollar rasgos más o menos asociados a cada una de ellas en cualquiera de ambos extremos. Los principales marcadores asociados a la activación defensiva es el neuroticismo, entendido como una tendencia a experimentar frecuentes e intensas reacciones negativas como respuestas emocionales ante eventos desafiantes vividos como una amenaza grave y que va más allá de las capacidades de afrontamiento.

Las personas con estas características tienden a ser intolerantes a la incertidumbre, pesimistas, sensibles a la crítica o a evaluaciones negativas, también, son propensos a rumiar y preocuparse en exceso (Watson y Naragon-Gainey, 2014)¹⁴.

En ese contexto, el principal problema para abordar esta investigación es que actualmente el TAG se encuentra en las clasificaciones del DSM-5 y el CIE-10 con una serie de rasgos y síntomas físicos, cognitivos y conductuales que han facilitado el diagnóstico y la investigación clínica.

Sin embargo, no están alineados con los hallazgos que surgen de la neurociencia clínica y la genética, de tal forma que estas categorías no han sido predictivas en la respuesta al tratamiento, retrasando nuevas opciones del mismo al no ser capaces de identificar los mecanismos subyacentes de la disfunción (Insel, et al., 2010)¹⁰. Por ello, se pretende resolver la pregunta ¿Cómo evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de TAG para conocer si efectivamente las estrategias de historia de vida están asociadas al trastorno?

Por este motivo, conocer a profundidad la complejidad del TAG es un factor que juega a favor de una detección oportuna del trastorno mediante el diseño de estrategias de prevención para quienes aún no tienen un diagnóstico pero que han desarrollado estrategias de historia de vida asociadas al trastorno, lo que de hecho potencializa su surgimiento (Del Giudice, 2018)¹³. Asimismo, la predicción y la detección oportuna del trastorno pueden impactar de manera positiva la elaboración de políticas públicas dirigidas a la prevención, principalmente en mujeres y adolescentes. Por ello, esta investigación tiene como objetivo general, evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de TAG. Por otra parte, los objetivos específicos que trata esta investigación son: conocer el historial clínico del paciente con TAG; identificar estrategias de historia de vida del paciente según el modelo FSD y asociar el contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM-5 y CIE-10.

Metodología

Enfoque metodológico

Para desarrollar este estudio, se utilizó un enfoque metodológico mixto con un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo exploratorio (Hernández, et al., 2010)¹⁵, ya que se investiga un problema que, si bien es cierto, es muy común en salud mental, a saber, el TAG, siendo poco estudiado desde la perspectiva de la psicopatología evolucionista. Lo anterior, por tanto, implica que se indague desde una perspectiva innovadora y se prepare el terreno para nuevos estudios.

Así, el presente estudio exploratorio tiene la consigna de examinar el tema del TAG en relación con las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista, de manera que, al ser un problema poco estudiado, pueden existir muchas dudas ya que no se ha explorado antes. En este sentido, al evaluar el modelo FSD de la psicopatología evolucionista, se utilizaron los factores: personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y maduración sexual.

Con relación a las estrategias de historia de vida, a fin de asociarlos al rasgo distintivo del TAG, a saber, la preocupación, se midió a través del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ por sus siglas en inglés). Asimismo, el TAG se encuentra dentro de la clasificación de las estrategias de activación defensiva, con tendencia al espectro de las estrategias rápidas; es decir, este trastorno será evaluado desde las variables de la estrategia Tipo-F.

Participantes

La muestra se tomó por conveniencia debido a la naturaleza del estudio. La población estuvo conformada por 29 hombres y mujeres mayores de 18 años diagnosticados con TAG de la ciudad de Durango, México. Los participantes contestaron un cuestionario en línea para obtener información sobre su historia clínica, el cual incluía una Escala de Likert para valorar las estrategias de historia de vida del modelo FSD y, finalmente, el PSWQ.

Instrumentos

En la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Historia Clínica, Escala de Likert para estrategias de historia de vida del modelo FSD y el PSWQ. Cada instrumento se ha considerado adecuado para la obtención de la información requerida, según los objetivos de la investigación, previo consentimiento informado.

Cuestionario de Historia de Vida

El cuestionario de historia de vida es una técnica orientada a establecer un contacto directo con la fuente de información para obtener datos de manera más espontánea y abierta, a fin de profundizar en la problemática que se aborda en la investigación (Díaz-Bravo, et al., 2013)¹⁶. Este cuestionario fue realizado en línea, y en él se contenían los datos fundamentales para tener un acercamiento al participante y sus circunstancias, como determinantes sociales en salud mental. De tal forma, este instrumento se aproximó de manera general a la situación contextual del participante y a su relación con el trastorno de ansiedad revisado.

Escala de Likert

La escala de Likert es un instrumento que consiste en un conjunto de ítems que son presentados en forma de afirmaciones o juicios para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías (Hernández et al., 2010)¹⁵. Con relación al estudio en cuestión, se utilizó una escala de Likert para las estrategias de historia de vida (rápidas) del modelo FSD en relación a cada uno de los factores propuestos: personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y maduración sexual. El objetivo es cuantificar de manera objetiva las estrategias desarrolladas por el sujeto, para conocer si efectivamente las que son rápidas forman parte de su vida y, así, revisar y contrastar la información recabada con la historia clínica, así como con los datos obtenidos del PSWQ.

Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ)

El PSWQ (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)¹⁷ evalúa la tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo. Para la investigación, el PSWQ fue un instrumento fundamental al evaluar la preocupación, rasgo distintivo del TAG, de tal forma que, con ello, fue posible conocer el grado de preocupación del participante y, de esta manera, asociarlo a las estrategias de historia de vida utilizadas.

Procedimiento de recolección de datos

Es importante destacar que, debido a la situación de pandemia por COVID-19, el proceso de obtención de datos se recabó por medios electrónicos, ya que es un recurso práctico y fácil para recopilar los datos de la investigación. Asimismo, para llevarla a cabo se dieron distintas fases. Primero, se realizó una campaña de concientización y se abrió una convocatoria a través de redes sociales y medios impresos para participar en la investigación. Luego, se realizó una convocatoria donde se incluía un código QR para facilitar el acceso de los participantes al consentimiento informado y a los instrumentos de evaluación a través de formularios Google. El consentimiento informado explica la naturaleza de la investigación, los objetivos, la confidencialidad de los datos obtenidos y la libertad de retirarse de la investigación en cualquier momento sin necesidad de explicaciones y sin que esto sea problemático para su situación personal.

Asimismo, los instrumentos de investigación constaban de Cuestionario de Historia Clínica, Escalas de Estrategias de Historia de Vida y el PSWQ. La investigación fue destinada a personas de género femenino y masculino con edad de 18 años en adelante, con diagnóstico de TAG.

Posterior al consentimiento informado, y para aquellas personas que decidieron participar, el formulario contó con un apartado de historia de vida, el cual permitió recabar información general asociada al contexto de vida del participante y a sus factores sociales actuales. Al concluir esta parte, se presentó una Escala de Likert con las estrategias de historia de vida del modelo FSD, enfocada en las estrategias rápidas y en los factores propuestos por este modelo (personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y maduración sexual). Finalmente, se solicitó contestar el PSWQ a fin de evaluar el rasgo de la preocupación por ser el distintivo del trastorno investigado.

Estrategia de análisis

Se utilizó estadística descriptiva con base en las variables de interés. Así, para las variables categóricas (sí/no), se reportaron como proporciones el uso de porcentajes. Para variables cuantitativas discretas o continuas, se determinaron la media y desviación estándar.

Además, para el análisis comparativo entre las características sociodemográficas (hombre vs. mujer) y la edad (categorías de edad), se realizaron pruebas de hipótesis mediante la prueba de chi-cuadrado o U-Mann Whitney, según correspondiera. En particular, la U-Mann Whitney se utilizó debido a que los datos fueron no paramétricos, es decir, no cumplen con la Campana de Gauss (distribución de probabilidad).

Resultados

Para el análisis de resultados, se parte del objetivo general que es evaluar el modelo FSD en pacientes con diagnóstico de TAG, con el fin de determinar la relación entre los principales síntomas del trastorno (en este caso los que están ligados a la preocupación) y las estrategias de historia de vida propuestas en el modelo FSD de la psicopatología evolucionista.

Se destaca que el resultado de la estadística descriptiva no mostró correlación entre el modelo FSD y el cuestionario PSWQ de la ansiedad. Por lo tanto, el presente análisis se desarrolló considerando las variables sociodemográficas de los participantes para conocer si desde esa perspectiva se encontraba alguna correlación entre ambas propuestas.

La información que se presenta a continuación está en el orden de los objetivos específicos para facilitar su comprensión.

Conocer el historial clínico del paciente con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

La primera parte del desarrollo de la investigación buscó indagar en datos sociodemográficos de los participantes a fin de identificar información asociada a la teoría. Se encontró que el 69 % fueron mujeres y el 31 % hombres, lo que en principio lleva a considerar que la incidencia del TAG en la población femenina es mayor que en la masculina, y, que la tasa de prevalencia de por vida, según Heather et al., (2001)¹⁸, es del 3.6 % en hombres y del 6.6 % en mujeres. Esto se asocia a los grupos de riesgo, siendo uno de ellos ser mujer y el otro ser adolescente, de modo que ser mujer adolescente incrementa las posibilidades de desarrollar TAG.

Por otra parte, el 48 % de los participantes oscilan entre los 18 y 28 años de edad, lo que implica que cerca de la mitad de los sujetos en la investigación padecen TAG. En cuanto a la edad de inicio del trastorno, fue entre los 11 y 15 años de edad en un 31 % del total de los participantes; de 16 a 20 años, el 13.8 % corresponde al rango de edad de inicio, y el 17.2%, correspondiente de los 21 a los 25 años de edad.

Los resultados descritos se alinean con lo mencionado por Merikangas et al., (2009)¹⁹, quienes consideran que el TAG es uno de los trastornos más prevalentes en jóvenes y parece estar presente a partir de la adolescencia, con mayor énfasis en la adolescencia tardía (Van Oort, et al., 2009)²⁰. En esta misma tesitura, Benjet, et al., (2009)²¹ ha estudiado la prevalencia de los trastornos de ansiedad en adolescentes mexicanos y sus resultados arrojan que uno de cada once ha presentado un problema mental grave, uno de cada cinco lo ha presentado de forma moderada, y uno de cada diez de forma escasa.

En este punto, los datos obtenidos muestran que los participantes tienen antecedentes psicopatológicos personales y familiares. Esto es importante, porque al realizar esta investigación desde una perspectiva evolucionista, se toma por marco de referencia el que ofrecen los RDoC, que promueve la investigación biológica para facilitar el estudio etiológico de los distintos trastornos mentales (Cuthbert, 2015)²². En este contexto, considerar el antecedente genético es fundamental para entender el desarrollo del padecimiento. En principio, se debe mencionar que el 31.6 % en casos de TAG es heredable cuando se trata de hijos de padres con dicho trastorno (Gottschalk & Domschke, 2017)²³. Aunque no existen estudios propiamente relacionados con el TAG en genética molecular, sí existen estudios del genoma completo y de la relación de rasgos neuróticos extremos con el trastorno revisado, es decir, es parte de la red molecular del espectro de la ansiedad (Gottschalk & Domschke, 2017)²³.

También, se encontró que la interacción de los genes con el medio ambiente juega un papel fundamental en los trastornos de ansiedad en general, y, en particular, en el TAG. Aquí, se destacan las relaciones interpersonales de los participantes en su vida cotidiana, en donde se observa que el 51.7 % vive con su familia nuclear, el 24.1% vive con sus padres (sin hermanos) y el 17.2 % con su pareja o cónyuge. Lo principal, según Gottschalk & Domschke (2017)²³, es considerar los traumas de la infancia como las experiencias emocionales de maltrato, negligencia o abuso sexual, ya que estos alteran de manera significativa los genes transmisores de serotonina en el cerebro, y, por tanto, se incrementa la posibilidad de que aparezca el trastorno. En otros casos, se considera que la aparición del trastorno podría estar ligada a una alta deficiencia genética (Torrades, 2004)²⁴ y a las condiciones adversas en términos de estilo de crianza y apego (Newman et al. 2013)²⁵. En el caso de los participantes, se destacan los traumas de la infancia, la deficiencia genética y las condiciones adversas en la crianza según los datos obtenidos, como factores en el padecimiento de TAG.

En cuanto al diagnóstico y tratamiento, los participantes manifiestan que han sido diagnosticados por un psiquiatra en un 62.1 %, mientras que el 27.6 % por un psicólogo o psicoterapeuta. Por otro lado, el 79.3 % han consumido algún psicofármaco para el padecimiento que los aqueja, siendo los principales: sertralina, con un 31 %; fluoxetina, con un 20.7 % y alprazolam, con un 10.3 %. En cuanto al proceso psicoterapéutico, el 65.5 % sí lo ha llevado, mientras que el 34.5 % nunca lo ha hecho. Por otra parte, en lo relativo a la psicoeducación, el 55.2 % manifiesta llevar acompañamiento en este sentido para tener un mejor manejo del trastorno en la vida cotidiana, mientras que el 44.8 % nunca ha llevado psicoeducación en salud mental.

Según Wittchen (2002)²⁶, el tratamiento psicológico y los medicamentos antidepresivos pueden mejorar la condición del individuo que presente comorbilidad en trastornos ansiosos y depresivos, de este modo, se pretende reducir los costos individuales y sociales. En este sentido, la expectativa de mejora se asocia a la correcta implementación de ambos protocolos, permitiendo que el paciente sea tratado desde una perspectiva integral y, por tanto, lograr que se establezca con una vida funcional y llevadera, aún con el trastorno mental que padece.

Otro aspecto a mencionar es que, a nivel mundial, la investigación en prevención para el TAG está utilizando herramientas que incluyen el uso de dispositivos móviles, intervenciones basadas en estrategias de mindfulness y la integración de terapias ocupacionales dentro de los programas de prevención (Mendelson & Eaton, 2018)²⁷. Por otra parte, la terapia cognitivo-conductual ha sido utilizada como recurso de intervención y prevención en niños y adolescentes, obteniendo resultados favorables (Neil & Christensen, 2009)²⁸.

Finalmente, si se toma en consideración todos los aspectos del historial clínico, se observa que, de manera general, se tienen las características y rasgos del trastorno, así como los factores psicosociales que permiten el desarrollo de este. De manera que, lo siguiente en el proceso investigativo es aplicar la Escala de Likert asociada a las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista. Con ello, se pretende profundizar en el segundo objetivo específico, el cual busca identificar estrategias de historia de vida del paciente según el modelo FSD.

Identificar las características y rasgos del paciente asociado al modelo Fast-Slow-Defense (FSD)

La segunda parte de los resultados están orientados al segundo objetivo específico, considerando que el enfoque bajo el que se desarrolla la investigación es por los RDoC.

El TAG se encuentra en la clasificación tipo-D. Esta se relaciona con un continuo de las estrategias de historia de vida rápidas y lentas. Asimismo, las variables implicadas en el TAG se pueden encontrar en cualquiera de los extremos del modelo, aunque generalmente está más asociado a las estrategias rápidas (Del Giudice, 2018)¹³.

El marco de historia de vida ofrece una taxonomía alternativa de trastornos basada en criterios funcionales. La distinción tripartita entre el espectro rápido, el espectro lento y los trastornos de activación de defensa es la base del modelo de psicopatología de defensa rápida-lenta (FSD).

En este sentido, los datos muestran que sí existe un alto grado de uso de estrategias de historia de vida en lo referente a la estrategia rápida, de manera que sí es posible observar que los dominios del RDoC están relacionados con procesos cognitivos, sociales y afectivos básicos; asimismo, están explicados de una manera mucho más funcional, impulsadas mediante el sustrato genético, lo que necesariamente implica aspectos biológicos (Cuthbert & Insel, 2013; Insel, et al., 2010) ^{11,10}.

La descripción del modelo FSD en su estrategia rápida, así como los datos por cada estrategia de historia de vida, se presentan para mostrar los datos obtenidos como resultado de la investigación. Tanto las estrategias rápidas como las lentas se caracterizan por manejar cinco aspectos fundamentales: factores de personalidad, motivación, toma de decisiones y autorregulación, habilidades cognitivas y finalmente la maduración sexual. En cada rasgo atendido, se utilizó la Escala de Likert, modelo alfanumérico a fin de conocer si los participantes se identifican con el enunciado. Los niveles de respuesta son: 1) No me describe en absoluto, 2) Me describe muy poco, 3) Me describe moderadamente, 4) Me describe demasiado, 5) Me describe absolutamente.

En los resultados obtenidos, de lo general a lo particular, se presentan de acuerdo al instrumento que evaluó el modelo FSD, en el que se observó que el 69 % de los participantes mantienen una estrategia de historia de vida defensiva, el 17.1 % mantiene una estrategia rápida y el 13 % una estrategia lenta.

Asociar el contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM-5 y CIE-10.

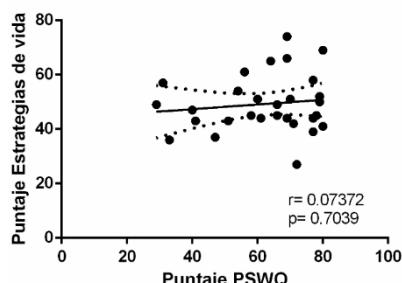
El tercer objetivo específico consiste en asociar el contenido de las estrategias de historia de vida de pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM-5 y CIE-10, para lo cual se utilizó la prueba estandarizada del PSWQ (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002) ²⁹.

Los datos obtenidos en esta parte del proceso de investigación muestran la tendencia general a preocuparse o bien la preocupación como rasgo del trastorno que se investiga. La variable de la preocupación parece cumplir un importante rol en todos los procesos emocionales y en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, pero es especialmente relevante en el TAG, cuya principal característica diagnóstica es precisamente una preocupación excesiva e incontrolable.

En este punto, los resultados arrojan que el 62 % de los participantes tienen TAG, el 27.6 % tiene otros trastornos de ansiedad y el 10.4 % mantiene controles sanos. A continuación, se desglosan los resultados de acuerdo a lo obtenido en cada ítem atendido por parte de los participantes.

Para concluir con este punto sobre la asociación de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista con el rasgo de la preocupación del PSWQ de los criterios diagnósticos del DSM-5 y CIE-10, se muestran los resultados de la correlación estadística entre ambos. El resultado de la estadística descriptiva no mostró correlación entre el modelo FSD y el cuestionario PSWQ de la ansiedad (Fig. 1).

Figura 1. Correlación entre el puntaje de PSWQ y Estrategias de historia de vida del modelo FSD



En la Figura 1, la línea punteada representa el límite de confianza del 95 %. Asimismo, la Correlación de Pearson, regresión lineal, muestra estadísticamente que no existe una correlación entre las estrategias de historia de vida (modelo FSD) y el cuestionario de preocupación de Pensilvania (PSWQ) ($p=0.7039$, $r=0.07372$ $p=$).

Discusión

Se comenzará con el primer objetivo específico, que ofrece datos sobre el historial clínico de las pacientes con diagnóstico de TAG que participaron en el estudio. Posteriormente, se presentan los resultados derivados del segundo objetivo específico, el cual indaga en las estrategias de historia de vida de los participantes. Finalmente, se presentan los resultados del tercer objetivo específico, cuyo enfoque es asociar las estrategias de historia de vida con el principal rasgo del trastorno de ansiedad generalizada: la preocupación, mediante el PSWQ.

Para la elaboración de la discusión, se incluyen los constructos teóricos implicados, así como las categorías conceptuales desarrolladas en la investigación. Se presentan, además, los hallazgos más importantes, dando inicio con el objetivo general de la investigación, que consiste en evaluar el modelo FSD en pacientes con TAG, y, con ello se desglosan los hallazgos relevantes de los datos obtenidos en la investigación. Dado que la presente investigación sigue una metodología mixta con un muestreo no probabilístico por conveniencia de tipo exploratorio, los datos obtenidos han sido manejados de forma estadística. A continuación, se presentan los hallazgos encontrados de mayor relevancia.

Es importante mencionar que los resultados estadísticos no marcaron una asociación relevante entre las estrategias de historia de vida del modelo FSD y el PSWQ. En este punto, lo que resultó de importancia fueron las variables sociodemográficas vistas en el primer instrumento de recolección de datos asociados a la historia clínica de los participantes. Por ello, la discusión que se presenta, se enfoca principalmente en mostrar los datos sociodemográficos arrojados que tuvieron mayor incidencia en términos generales, dado que todos los participantes tienen diagnóstico de ansiedad generalizada. Esto, en principio, permite observar si existe o no congruencia con la teoría para, posteriormente, identificar los rasgos sociodemográficos asociados a las coincidencias en las respuestas de los participantes en los PSWQ y las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista, es decir, aquellas respuestas en donde el rasgo de la preocupación coincide con la estrategia de historia de vida defensiva.

En este sentido, el primer hallazgo de relevancia está asociado a las siguientes variables: ser mujer y adolescente, tal como lo establece la teoría (Heather, et al., 2001 y Merikangas, et al., 2009) ^{18,19}. En el estudio realizado, se observa que el total de los participantes que resultaron con TAG según el PSWQ (62 % de los participantes), el 83.3 % son mujeres y el 16.7 % son hombres. Además, el 48 % de los participantes oscilan entre los 18 y 28 años, manifestando una edad de inicio entre los 11 y 15 años (31%) y 16 a 20 años (13.8%). Esto, confirma que las mujeres suelen ser más propensas a desarrollar el TAG, así como que el TAG emerge durante el periodo de la adolescencia, según lo dicho por Van Oort, et al. (2009) ²⁰.

Asimismo, al hablar de salud mental, se mencionan los factores protectores y los factores de riesgo (Silva, Loureiro, A., & Cardoso, G., 2016) ³⁰, dentro de los cuales se destacan en la presente investigación: vivir con la familia nuclear, vivir con los padres (sin hermanos) y vivir con la pareja. Esto puede resultar en factor protector o factor de riesgo. En la presente investigación, este aspecto se ha de considerar parte del primer hallazgo, con diferencia significativa ligado a las variables sociodemográficas, ya que se encontró que el 51.7 % de los participantes mencionaron que viven con su familia nuclear y, de acuerdo a los resultados obtenidos, del total de participantes con TAG (62 %), el 50 % vive con su familia nuclear, mientras que el 27.7 % vive con sus padres (sin hermanos) y el 16.6 % vive con su pareja o cónyuge. Lo anterior muestra una incidencia en los casos en que coinciden el rasgo de la preocupación del PSWQ y la estrategia defensiva del modelo FSD de las estrategias de historia de vida de la psicopatología evolucionista.

Las variables sociodemográficas analizadas en torno al contexto socioemocional del participante reflejan la relevancia de las relaciones interpersonales y su impacto en la vida del sujeto sin que esto determine si, en lo particular, favorece o no la condición mental del participante.

Dentro de los factores protectores y de riesgo, y como parte de los hallazgos vinculados a las variables sociodemográficas, se encuentran: el nivel educativo y el nivel de ingresos. Ambas variables fueron consideradas dentro del instrumento de historia clínica de los participantes y los resultados arrojan que el 57.1 % tiene estudios de pregrado (licenciatura) y el 21.4 % tiene estudios de posgrado, sumando un total del 78.5 % del total de los participantes. Lo anterior es congruente con lo que menciona Silva, Loureiro & Cardoso, (2016) ³⁰, en tanto que sugieren que, a menor nivel educativo, mayor es el riesgo de padecer algún trastorno mental. De acuerdo con los participantes de la investigación y teniendo una población adulta, es decir, mayores de 18 años, en una muestra por conveniencia, se estaba sumamente limitado. Sin embargo, se observa que es el nivel educativo alcanzado, un factor en la mayor prevalencia entre los participantes y, en relación a la investigación, puede considerarse relevante para los fines perseguidos.

En lo que respecta al nivel de ingresos, asociado al nivel socioeconómico, se observa que la muestra arroja que el 50 % ($p=0.0026$) de los participantes tiene un ingreso entre los \$5 000.00 y los \$15 000.00 mensuales, lo que en relación a las condiciones de vida actuales, si bien no es un ingreso despreciable, tampoco permite hacer frente a situaciones básicas para el individuo en términos de salud, recreación y otros aspectos que la OIT considera indispensables para la vida de las personas y que, además, forman parte de la protección a la salud mental.

Todos los datos presentados hasta este momento forman parte de los resultados obtenidos con el primer instrumento, el cual abarca características de la historia clínica ligadas a las variables sociodemográficas analizadas. A partir de ello, es posible identificar incidencias que, como parte de los hallazgos encontrados, pueden ser categorizadas en función de la correlación de variables del rasgo de la preocupación del PSWQ y de la estrategia defensiva del modelo FSD de psicopatología evolucionista. De tal forma, se ofrece una síntesis de dicha correlación asociada, a su vez, a variables sociodemográficas que se mostraron significativas en los resultados de la presente investigación. Con eso, se plantea que los participantes que coinciden en el rasgo de la preocupación y la estrategia defensiva son, en su mayoría, mujeres entre los 20 y 40 que viven en familia o en pareja. Esto, en relación con la teoría, permite observar que estas características coinciden con los participantes.

El siguiente hallazgo relevante fue aquello relacionado propiamente con el TAG: el diagnóstico y tratamiento. En este caso, el 62.1 % corresponde a diagnóstico psiquiátrico y el 27.6 % a diagnóstico psicoterapéutico. Esto estaría ligado, posiblemente, a que uno de los criterios de inclusión de los participantes fue que estuvieran diagnosticados con TAG, por lo que es de entenderse que ello resultara de esta manera. Asimismo, el tratamiento se basa en psicofármacos, psicoterapia y psicoeducación, y los resultados ligados a ello fueron los siguientes: 79.3 % sí ha consumido psicofármacos, mientras que el 20.7 % no los ha consumido. A su vez, esto permite observar que la mayor parte de los participantes han modificado su neuroquímica cerebral por consumo de psicofármacos, además, se sabe que también modifica la conducta. El 31 % menciona que ha consumido sertralina y el 20.7 % fluoxetina, como los fármacos más relevantes, ambos dentro del grupo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (Bravo, 2015) ³¹. En esta misma tesisura, se observa que el 65.5 % se ha sometido a tratamiento psicoterapéutico, mientras que el 34.5 % no. En relación con el acompañamiento de psicoeducación en salud mental, el 55.2 % sí lleva o ha llevado acompañamiento y el 44.8 % no.

Con la estructura presentada para el desarrollo de esta investigación, se observa que los participantes tienen conocimiento del TAG y que manifiestan los rasgos que establece el PSWQ. Sin embargo, estadísticamente no se ve reflejada la relación entre el PSWQ y las estrategias de historia de vida del modelo FSD de la psicopatología evolucionista, por lo que es posible atribuir las coincidencias en los resultados a las variables sociodemográficas y de historia clínica. De tal forma, a partir de ello, se ofrece una explicación viable para comprender qué sucede con la correlación de variables.

Al asociar el contenido de las estrategias de historia de vida del modelo FSD de los pacientes con TAG con los síntomas de las categorías vigentes del DSM-5 y CIE-10, se observa que, del total de los participantes, se encontró una coincidencia del 41.3 %, es decir, más del 40 % coinciden en el rasgo de la preocupación con la estrategia defensiva del modelo FSD de la psicopatología evolucionista. La mayoría fueron mujeres, lo que de hecho coincide tanto en lo dicho por la psicopatología evolucionista como por las categorías vigentes DSM-5 y CIE-10. Asimismo, el 66 % de los participantes que coinciden en los criterios de su estado civil están en pareja, ya sea casados o en unión libre, y, en otros casos, viven con su familia nuclear o bien solo con su pareja. La mayoría tiene nivel de estudios de licenciatura y la ocupación predominante fue: empleados y actividades profesionales.

De acuerdo con la variable de diagnóstico y tratamiento, se observa que los participantes que coinciden en el rasgo de la preocupación del PSWQ y la estrategia defensiva del modelo FSD, corresponden a que el 75 % fue diagnosticado por un psiquiatra. Asimismo, el 41.66 % consume sertralina como parte de su tratamiento, el 75 % lleva tratamiento psicoterapéutico y el 66.66 % lleva acompañamiento con psicoeducación.

Por otra parte, los aspectos a considerar en lo que se refiere a las categorías existentes entre el rasgo de preocupación del PSWQ y la estrategia defensiva de historia de vida del modelo FSD son los siguientes: del factor de personalidad, se observaron tres rasgos de un total de cinco; del factor de motivación, hubo un total de cuatro rasgos de cinco; y de otros factores, a saber, toma de decisiones y autorregulación, y habilidades cognitivas y maduración sexual, se observaron todos los rasgos de cada uno. De manera particular, se observa que del total de los participantes con coincidencia en rasgo preocupación y estrategia defensiva, se destaca que las características de mayor impacto, con un 91.67 %, fueron aquellas asociadas a las categorías de toma de decisiones y autorregulación, seguida de las habilidades cognitivas y personalidad, con un 83.33 %, y posteriormente, la motivación y la maduración sexual, con un 75 %.

Se destaca que el primer hallazgo significativo de la relación entre la estrategia defensiva del modelo FSD con el rasgo típico de la ansiedad es la preocupación, la cual se presenta en función de la frecuencia de aparición de rasgos, es decir, cuántas veces se ve reflejado un rasgo particular entre los participantes que coincidieron en puntaje alto en los instrumentos del PSWQ y el Modelo FSD.

Los rasgos de estrategias de historia de vida con mayor frecuencia fueron: alta impulsividad, correspondiente a la categoría de toma de decisiones y autorregulación con un porcentaje del 91.67 %; seguida de la capacidad analítica y reflexividad y la habilidad verbal, ambos rasgos correspondientes a la categoría de habilidades cognitivas; luego, se destaca un rasgo de la categoría personalidad que es sentirse atraído por lo bello e imaginar situaciones de agrado. Todos estos rasgos están por encima del 80 % de las respuestas de los participantes, lo que indica que en principio representan rasgos de relevancia asociados al TAG. Los siguientes rasgos de mayor frecuencia, con un 75 % fueron la maduración sexual temprana y rápida, en la categoría de maduración sexual; y no considerarse susceptible a situaciones evaluadas como moral o sexualmente asquerosas, correspondiente a la categoría de motivación.

A partir de estos datos, se puede establecer que existen rasgos del modelo FSD de mayor dominio como parte del trastorno de ansiedad generalizada, a saber:

1. Alta impulsividad
2. Capacidad analítica y reflexividad
3. Habilidad verbal
4. Atracción por la belleza e imaginar situaciones agradables
5. Maduración sexual temprana y rápida
6. No ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas

Derivado de lo anterior, a continuación, se presentan los resultados particulares relacionados a los seis rasgos del modelo FSD de mayor frecuencia, los cuales se revisaron en función de las particularidades de la psicopatología evolucionista, es decir, por qué estos rasgos resultan adaptativos para el sujeto y de qué manera se volvieron disfuncionales para contribuir en el desarrollo de una enfermedad mental.

Para comenzar, es indispensable establecer que la escala Likert desarrollada para evaluar los rasgos de las estrategias de historia de vida presenta criterios que son afines a lo dicho por Del Giudice (2018)¹³ en torno a las estrategias rápidas y defensivas del modelo FSD. Esto puede asociarse a que los rasgos de los factores del modelo de mayor impacto se relacionan con aspectos adaptativos que caben en los criterios del evolucionismo y que implican conductas instintivas.

De acuerdo a los resultados obtenidos y con ello a los rasgos de mayor frecuencia, se observa que la alta impulsividad en la toma de decisiones y la autorregulación están vinculados a la preservación de la vida. Asimismo, las habilidades cognitivas que abarcan la capacidad analítica y la reflexividad, así como la habilidad verbal, pueden considerarse configuraciones concretas de la arquitectura de la mente como parte del adaptacionismo (Cosmides & Tooby, 2000)³².

La perspectiva darwinista supone que los seres vivos están inmersos en una lucha por la vida, enfrentándose a múltiples problemas que afectan su supervivencia y las oportunidades de reproducirse. Sin embargo, los rasgos heredables que ayudaron a mantenerse con vida pueden ayudar a resolver problemas. En este sentido, aquellos individuos que tienen una variación más adecuada del rasgo para resolver problemas tienen una mayor posibilidad de sobrevivir y reproducirse que los menos adecuados. Los problemas de supervivencia y reproducción generan presiones de selección que, a su vez, generan variaciones particulares (Dickins, 2016)³³.

En primer término, la alta impulsividad, como parte de los hallazgos obtenidos, es también el reflejo de la necesidad de tomar decisiones urgentes a fin de mantenerse a salvo mediante la huida (lo que implica ejecutar una de las estrategias de historia de vida propuestas por el modelo FSD). En este contexto, este rasgo puede ser considerado de gran relevancia en el desarrollo del trastorno, puesto que se muestra la necesidad del sujeto de mantenerse con vida. Para la persona que vive con TAG, la evitación de la preocupación es fundamental (Behar et al., 2011)³⁴; sin embargo, eso mismo puede llegar a ser causa de mayores conflictos y dolor en virtud de que el sujeto pasa de un estado a otro (eventualmente lleno de angustia por mitigar el dolor y lograr estabilidad), como parte de sus mecanismos de supervivencia.

Algunos autores, como Damasio (1994)³⁵ y Gigerenzer (2008)³⁶, han realizado experimentos que muestran que la racionalidad humana está centrada en el instinto. Esto, vinculado al rasgo de la alta impulsividad, da cuenta de que el rasgo estaría asociado a la necesidad de tomar decisiones como parte del mecanismo de supervivencia. Damasio³⁵, en su libro "El error de Descartes", sugiere que el propósito de razonar es decidir. Esta decisión necesariamente debería llevar al individuo a vivir bien o, al menos, a preservar su vida. La propuesta que hace Damasio, llamada la hipótesis del marcador somático, está relacionada con la respuesta emocional del cerebro ante determinados estímulos. El cerebro vincula sólidamente el estímulo con la respuesta ventajosa al tomar una decisión. Esta propuesta rompe los esquemas clásicos del

razonamiento y abre la puerta para la realización de análisis empíricos que permitan investigar el funcionamiento cerebral del individuo en la toma de decisiones coherentes y sistemáticas para la vida cotidiana pero que tienen un referente somático-biológico.

La propuesta del marcador somático tiene que ver con sensaciones viscerales y no viscerales relativas al cuerpo. Es decir, las sensaciones del soma pueden tener un referente emocional intenso que propiamente se asocia a la respuesta neural del organismo ante ciertos estímulos, así como las sensaciones que pueden ser de tipo perceptual y que implican los sentidos (tacto, gusto, oído, olfato y vista); de forma que ambas sensaciones vayan conduciendo al individuo a la acción. El marcador somático obliga a enfocar la atención en el resultado negativo de una acción determinada, a través de una fugaz sensación deplacer en el cuerpo, para poder captar el peligro y así enfocarse en lo que cause el menor daño y sea proveedor de estabilidad vital (Damasio, 1994)³⁵.

Esta hipótesis indica que las estructuras neurales tienen representaciones de asociaciones efectuadas entre situaciones complejas vividas por el individuo y las sensaciones viscerales o no viscerales vinculadas con anterioridad a esas situaciones. Cuando una persona se enfrenta a una situación igual o parecida a alguna experimentada en el pasado, los mecanismos de la memoria se activan como un recuerdo o bien como representación cognitiva, que lleva al individuo a enfrentar opciones de respuesta ante una situación concreta.

El organismo va acumulando información desde su ontogenia, de modo que las asociaciones situacionales con eventos somáticos van otorgando señales ante determinados estímulos, logrando que los procesos de razonamiento y toma de decisiones lleven al individuo a conductas específicas asociadas al alcance de determinados resultados, sobre todo aquellos que mantengan la vida estable del individuo.

Las marcas somáticas no son elegidas de manera deliberada por la persona; son un emparejamiento entre los procesos cognitivos y los procesos emocionales, que, además, están inmersos en un ambiente determinado. Permite situar experiencias vividas, las cuales llevan a la decisión tomada y por lo tanto dan significación a los acontecimientos. Este punto es relevante porque se destaca que el emparejamiento contextualizado que menciona Damasio³⁵ ofrece al individuo referencias para la vida futura, que no surgen de la nada, pero tampoco a voluntad, sino como expresión de preservación de la vida en función de varios aspectos.

Por otra parte, Gigerenzer (2008)³⁶, en su libro "Decisiones instintivas: la inteligencia del inconsciente", expresa que las decisiones inconscientes de los individuos son más frecuentes de lo que imaginamos. Estas decisiones inconscientes han sido llamadas "intuiciones" y, según él, no es posible dar razones que justifiquen la acción tomada. Las investigaciones realizadas por Gigerenzer³⁶ y su equipo, muestran que existen reglas generales o heurísticas que subyacen a las intuiciones. La heurística, para este autor, es parte del proceso racional humano y se fundamenta en un enfoque adaptativo de la conducta.

Por otro lado, la atracción por la belleza e imaginar situaciones agradables, como parte de los hallazgos obtenidos, forma parte de la categoría de la personalidad. Según Carl Jung (2010)³⁷, la personalidad es configurada por la persona y sirve para adaptarse al medio en el que se habita. Es decir, este rasgo adaptativo es capaz de mostrar y esconder lo que el sujeto quiere que otros observen o no de sí mismo, a fin de lograr la supervivencia en su entorno y en el mejor de los casos la pertenencia al grupo, lo que, de hecho, también implica mayores posibilidades de supervivencia. La personalidad se modela a partir de la conjunción de la genética y el ambiente, lo que en principio no parecería instintivo. Sin embargo, es adaptativo dado que la persona desarrolla rasgos que le permiten la supervivencia en el ambiente en el que se encuentra con los recursos que cuenta. Esto podría llevar a la discusión sobre si es verdaderamente posible que se tenga este rasgo de la personalidad, aunado a las habilidades cognitivas: analíticas, reflexivas y verbales. Lo que, en principio, resulta complejo, es posible desde la perspectiva junguiana, ya que la personalidad está afectada por el inconsciente colectivo generando arquetipos que tienen una representación simbólica y que han sido

construidos como un recurso o esquema adaptativo transmitido de generación en generación que permite la supervivencia de la persona (Ortiz, 2021) ³⁸.

La maduración sexual temprana y rápida, así como no ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas, implica un sentido de supervivencia y reproducción como parte de las motivaciones básicas del ser humano, lo que, al parecer, daría razón al modelo FSD de la psicopatología evolucionista. Esto implica que el sujeto, orientado a la supervivencia desde sus niveles más fundamentales es capaz de tener acciones que promuevan actos que garanticen su éxito de vida desde una perspectiva funcional y básica. Según Lawson (2016) ³⁹, la perspectiva de historia de vida usa la optimización de recursos para entender la variación en las historias de vida observadas, de tal forma que se reconozca la optimización de dicha variación como una aptitud que le permite desarrollarse en el nicho ecológico en el que se encuentra. Así, estas estrategias elegidas son capaces de propiciar el éxito de una persona en relación con las condiciones individuales y al acceso de recursos.

Por ejemplo, la madurez sexual retardada incrementa la reproducción potencial de adultos por los beneficios físicos y cognitivos que conlleva. Sin embargo, cuando se considera estar en peligro, la madurez sexual retardada puede significar fracaso reproductivo. En el caso particular de un sujeto con TAG, sentirse en constante amenaza y/o peligro, implica que su maduración sexual sea pronta a fin de minimizar el fracaso reproductivo y garantizar la supervivencia. Este tipo de estrategias merman el desarrollo del cerebro y ralentizan el aprendizaje, lo que, en principio, lleva a un ciclo sin fin de supervivencia generacional asociado al TAG.

Esto, a su vez, se asocia a las características rápidas del modelo FSD de Del Giudice (2018) ¹³, en donde se menciona que algunos rasgos del TAG, sobre todo en mujeres, están asociados a una maduración sexual temprana y rápida. Según la teoría de las invarianzas de historia de vida (Charnov, 1993) ⁴⁰, el retraso en la sexualidad es producto de menores riesgos potenciales y/o amenazas extrínsecas para el individuo. A la inversa, un individuo que se siente en constante peligro tiende a desarrollar conductas sexuales tempranas y rápidas a fin de garantizar su supervivencia. Lo que resulta paradójico, en tanto que la persona que padece TAG siente que vive en constante peligro. Esto, por un lado, conduce a una maduración sexual temprana y rápida, mientras que, por el otro, mantiene conductas sexuales de riesgo al no tener un gran impacto lo considerado moral o sexualmente asqueroso. Esta combinación de conductas tiene un impacto ambivalente en el sujeto dado que la necesidad de reproducción no está en función de la estabilidad física, emocional y cognitiva (que, en principio, llevan al éxito reproductivo y por lo tanto implican fertilidad), sino en la necesidad de mantenerse con vida ante la hostilidad del contexto en que habita, ya sea real o imaginario. Se menciona así, en tanto que el rasgo principal del TAG, la preocupación, denota inestabilidad e incertidumbre percibida, mas no necesariamente real.

Es importante mencionar que, recientemente, algunos investigadores de la psicología evolucionista han estudiado los mecanismos adaptativos de la historia de vida, así como los límites psicológicos, cognitivos y de desarrollo, que permiten identificar ciertas particularidades de determinadas poblaciones. En este caso, revisar las estrategias de historia de vida en torno al TAG permite reconocer cuales han sido las estrategias llevadas a cabo, las consecuencias de ello, de qué manera han impactado la vida del ser humano y la posibilidad de que, en algunas de esas conductas realizadas desde la inmediatez de la supervivencia, se pueden encontrar respuestas a situaciones complejas por las que atraviesa la sociedad contemporánea. El caso de los trastornos mentales es solo uno de muchos temas en los que la psicología evolucionista está abonando para conocer nuevos marcos explicativos que permitan dar cuenta de las causas de dichas situaciones que el ser humano experimenta en la vida actual.

Finalmente, los rasgos de la capacidad analítica y la reflexividad, así como la habilidad verbal representan características que se asocian a la cognición de alto nivel, es decir, a aspectos cognitivos que, en principio, parecieran no estar vinculados al instinto de supervivencia, pero que son parte importante del desarrollo cognitivo de las funciones ejecutivas, principalmente del razonamiento. Según la psicología evolucionista, el razonamiento es parte del proceso evolutivo del cerebro. El enfoque que ofrecen los psicólogos evolucionistas para el estudio de la razón se caracteriza por considerar que la mente humana está compuesta por módulos innatos de dominio específico, producto de la selección natural. Cosmides y Tooby (1992,1997) ^{12, 41} sostienen que los módulos son mecanismos computacionales innatos. En este sentido, la modularidad masiva es una hipótesis que afirma que la mente humana está compuesta mayormente por mecanismos cognitivos altamente especializados o módulos (García, 2009) ⁴² y los psicólogos evolucionistas aceptan el computacionalismo, el innatismo y el adaptacionismo.

Dado que los psicólogos evolucionistas proponen una manera distinta de entender la racionalidad humana, la psicología evolucionista se asocia a una visión optimista de la racionalidad. Esta visión considera que el ser humano razona a partir de procesos cognitivos que se han desarrollado por selección natural, como parte del instinto de supervivencia. Los psicólogos evolucionistas definen su proyecto como "un acercamiento a la psicología, en el que el conocimiento y los principios de la biología evolucionista son usados para investigar la estructura de la mente. Bajo esta visión, la mente es un conjunto de máquinas procesadoras de información que fueron diseñadas por la selección natural para resolver problemas adaptativos a los que nuestros ancestros cazadores-recolectores se enfrentaron" (Cosmides & Tooby, 1997) ⁴¹.

Si se parte de este supuesto, la psicología evolucionista presenta argumentos en contra de la interpretación pesimista de la racionalidad propuesta por la tradición de heurísticas y sesgos, además de realizar un estudio descriptivo de la razón, a saber, cómo de hecho razonamos, esto es, un razonamiento instintivo. Desde esta perspectiva, la mente humana es poderosa e inteligente, no porque contiene propósitos generales en los métodos de razonamiento, sino porque es instintiva, llamado por Cosmides (1994) ⁴³ *reasoning instincts*. Los principales problemas a los que se enfrentaron nuestros ancestros, como se mencionó anteriormente, fueron de tipo adaptativo. Esto, según los psicólogos evolucionistas, dio lugar a las bases neurales de los programas cognitivos para la adaptación. Tal como lo describen Cosmides y Tooby ⁴¹ "la mayoría de los problemas adaptativos se relacionan con cómo los organismos conducen sus vidas: qué comen, quiénes se los comen, con quiénes se aparean, con quiénes socializan, cómo se comunican, y así sucesivamente. Los problemas adaptativos son el único tipo de problemas para los que la selección natural pudo diseñar circuitos para solucionarlos".

Con frecuencia, se piensa en los instintos como el polo opuesto del razonamiento y del aprendizaje (Cosmides & Tooby, 1997). Sin embargo, la perspectiva cognitiva que se ha sostenido e informado de la biología evolutiva pone en duda estos supuestos. Dentro de la lógica adaptacionista y la psicología evolutiva, se intenta mostrar cómo las respuestas conductuales adaptativas son resultado de un proceso evolutivo constante. De tal forma que las conductas efectuadas como parte del razonamiento humano no dependen de materias formales como la lógica o la probabilidad, sino que se encuentran intrínsecas en el razonamiento instintivo (Gigerenzer, 2008) ³⁶.

El enfoque adaptacionista se centra en el diseño cerebral adaptativo de la especie, por lo que busca las distintas capacidades mentales como únicas, y la psicología evolucionista utiliza este tipo de enfoque para estudiar la mente humana. Asimismo, rechaza la dicotomía del instinto versus razonamiento o bien lo innato versus lo aprendido. Supone, de hecho, que los aspectos fenotípicos de un organismo son el producto de la selección natural, los genes y el ambiente, por lo que puede suponerse que el ser humano es capaz de desarrollar mecanismos adaptativos, como la capacidad analítica, la reflexividad y la habilidad verbal, como parte de sus estrategias de supervivencia.

Ahora bien, las conclusiones se centran en lo esbozado y proyectado en el inicio del documento, principalmente en evaluar el modelo FSD. Dicha evaluación consistió en asociar los rasgos de los factores de las estrategias de historia de vida de la psicopatología evolucionista con el rasgo de la preocupación, por ser considerado uno de los principales signos y síntomas del TAG, según las clasificaciones vigentes del DSM-5 y CIE-10.

Para lograr lo anterior, se utilizó el PSWQ y una Escala de Likert de diseño propio con los rasgos de la estrategia rápida del modelo, es decir, del tipo-F, la cual se caracteriza por ser una estrategia de supervivencia a través de la huida. El objetivo fue igualar la cantidad de ítems y emparejar los puntajes, según lo establecido en la teoría propuesta por el autor del modelo FSD.

De acuerdo a lo realizado durante la investigación, es de notarse que, si bien es cierto que estadísticamente no se encontró correlación entre las estrategias de historia de vida del modelo FSD y el rasgo de la preocupación del TAG, también lo es que se observaron rasgos concretos del modelo FSD en los participantes que manifiestan el rasgo de la preocupación, mediante los resultados obtenidos en el PSWQ. Este proceso permitió analizar los resultados desde una perspectiva sociodemográfica, obtenida de la historia clínica de los participantes, y con ello revisar las incidencias relacionadas con el modelo a evaluar.

Recomendaciones y sugerencias para estudios futuros

Derivado de lo anterior, se sugiere profundizar en la investigación mediante la validación del instrumento de las estrategias de historia de vida, a fin de conocer su viabilidad para ser utilizado como herramienta predictiva de TAG. Esto puede abrir la posibilidad de una línea de investigación más amplia en torno a una patología mental que va en aumento y que genera incapacidad en muchos aspectos de la vida para la persona afectada.

Por otra parte, la especulación sobre la disonancia cognitiva en el TAG ofrece la posibilidad de realizar un análisis metacognitivo con relación a las implicaciones subjetivas de dicha disonancia, y cómo esto impacta la vida de la persona, dado que se recibe información de alto y bajo nivel en términos cognitivos, lo que puede resultar sumamente complejo de experimentar.

En este sentido, se presenta la posibilidad de estudios futuros vinculados a lo dicho, principalmente, validar el instrumento diseñado para conocer las estrategias de historia de vida y aplicarlo de manera amplia, a fin de lograr hallazgos significativos para la investigación. Posteriormente, revisar si efectivamente los rasgos de los factores de las estrategias de historia de vida que hasta ahora resultaron, a saber: alta impulsividad, capacidad analítica y reflexividad, habilidad verbal, atracción por la belleza e imaginación de situaciones agradables, maduración sexual temprana y rápida, y, finalmente, no ser susceptible a situaciones consideradas moral o sexualmente asquerosas, pueden resultar en rasgos predictivos para el desarrollo del trastorno y si a partir de ello es viable generar estrategias en salud pública que permitan una atención oportuna en personas con tendencia a desarrollar el trastorno para mejorar su calidad de vida. Asimismo, se esperaría que ello permita el diseño y elaboración de estrategias de prevención basadas en el autoconocimiento y el autocuidado.

Finalmente, se espera que esta investigación promueva la psicoeducación en torno a la salud mental desde una perspectiva biológica, en tanto que la argumentación de la psicopatología evolucionista ofrece razones que facilitan el entendimiento de aquello que se vive en términos subjetivos ante un padecimiento sumamente complejo, como lo es el TAG.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación específica de entidades u organizaciones en los sectores público, privado o sin fines de lucro.

Referencias

1. Ojeda C. Historia y redescipción de la angustia clínica. [Internet] Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. 2003. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 41(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272003000200002>
2. Freud, S. Estudios sobre la histeria. España: RBA; 1895.
3. Crocq M. A. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. [Internet] Dialogues in clinical neuroscience, 2022. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 19(2), 107-116. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq>
4. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. [Internet] Washington, DC: OPS, 2018. [Citado el 04 de diciembre de 2024] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
5. Medina-Mora ME, Borges G, Muñoz CL, Benjet C, Jaimes JB, Bautista CF, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. [Internet] Salud Mental. 4 de agosto del 2003. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 26(4):1-16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
6. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría. [Internet]. 2013. [Citado el 04 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/redde las preguntas/Documentos/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
7. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Edición. CIE-10. Décima Revisión. Volumen 1. Ginebra: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems; 2008. [Citado el 04 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
8. Fernández, AM. (2004) Aportes del Darwinismo a la Psicología Clínica: El paradigma de la Psicología Evolucionista. [Internet] Terapia Psicológica 2004. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; Vol.22, Nº 1, 33-42 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2052403>
9. Barkow, J.H., Cosmides, L., y Tooby, J. The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture; 1992.
10. Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. [Internet] The American Journal of Psychiatry. 2010. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 167(7): 748-751. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09091379>
11. Cuthbert, B.N., Insel, T.R. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. [Internet] BMC Medicine. 14 de mayo del 2013. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 11: 126. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
12. Cosmides, L. y Tooby, J. Cognitive adaptations for social exchange [Internet] En: Barkow, J., Cosmides, L. y J. Tooby (eds.). The Adapted Mind: Evolutionary Psychology and the Generation of Culture, New York: Oxford University Press, 31 de octubre del 2023. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 163-228. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/oso/9780195060232.001.0001>
13. Del Giudice, M. Evolutionary psychopathology: A Unified Approach. [Internet] Oxford University Press. 2018. ISBN: 9780190246846. [Citado el 04 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190246846.001.0001>

14. Watson, D., & Naragon-Gainey, K. Personality, Emotions, and the Emotional Disorders. [Internet] Clinical psychological science: a journal of the Association for Psychological Science. 2014. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 2(4): 422-442. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2167702614536162>
15. Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2010) Metodología de la Investigación. Quinta edición. McGrawHill. México.
16. Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica. [Internet] 2013. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 2(7):162-167. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3497/349733228009.pdf>
17. Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. [Internet] Behaviour research and therapy, 1990; 28(6), 487-495. [Citado el 04 de diciembre de 2024] Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
18. Heather B, Howell BA, Brawman-Mintzer O, Monnier J, Yonkers KA. Generalized Anxiety Disorder in Women. Psychiatric Clinics of North America. [Internet] 2001. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 24(1):165-178. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70212-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70212-4)
19. Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. Dialogues in clinical neuroscience. [Internet] 2022. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 11(1), 7-20. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>
20. Van Oort, F. V., Greaves-Lord, K., Verhulst, F. C., Ormel, J., & Huijink, A. C. The developmental course of anxiety symptoms during adolescence: the TRAILS study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines. [Internet] 2009. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 50(10): 1209-1217. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02092.x>
21. Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, ME., Zambrano, J. & Aguilar-Gaxiola, S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. [Internet] Journal of Child Psychology and Psychiatry. 25 de marzo del 2009. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 50(4): 386-395. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
22. Cuthbert B. N. Research Domain Criteria: toward future psychiatric nosologies. [Internet] Dialogues in Clinical Neuroscience. 1 de abril del 2022. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 17(1): 89-97. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/bcuthbert>
23. Gottschalk, M. G., & Domschke, K. Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. [Internet] Dialogues in Clinical Neuroscience, 1 de abril del 2022. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 19(2): 159-168. Disponible en: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/kdomschke>
24. Torrades, S. (2004) Ansiedad y Depresión. Evidencias genéticas. OFFARM; 2004: 23:126-9.
25. Newman, M. G., Llera, S. J., Erickson, T. M., Przeworski, A., & Castonguay, L. G. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. [Internet] Annual Review of Clinical Psychology. 2013. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 9:275-297. Disponible en: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544>
26. Wittchen HU. Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. Depress Anxiety. 2002; 15(4):162-171.
27. Mendelson, T. & Eaton, W. Recent advances in the prevention of mental disorders. [Internet] Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 15 de marzo del 2018. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 53(4): 325-339. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1501-6>
28. Neil, A. L., & Christensen, H. Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. [Internet] Clinical Psychology Review. 2009. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 29(3): 208-215. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.01.002>
29. Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M.A. Aplicabilidad del Inventory de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. [Internet] Ansiedad y Estrés, 2002. [Citado el 04 de diciembre de 2024] ; 8: 157-172. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/231315866_Aplicabilidad_del_Inventario_de_Preocupacion_de_Pensilvania_PSWQ_a_poblacion_de_edad_avanzada
30. Silva, M. Loureiro A., & Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. [Internet] European Journal of Psychiatry. 2016. [Citado el 04 de diciembre de 2024] ;30(4): 259-292. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-61632016000400004
31. Bravo, M.F. Psicofarmacología para psicólogos. [Internet] Madrid. 2015. [Citado el 04 de diciembre de 2024] Disponible en: <http://librodigital.sangregorio.edu.ec/librosusgp/46598.pdf>
32. Cosmides, L. & Tooby, J. Evolutionary Psychology and the Emotions. [Internet] Handbook of Emotions, 2nd Edition. Nueva York. 2000. [Citado el 04 de diciembre de 2024] Disponible en: <https://cognitionandculture.net/wp-content/uploads/10.1.140.7434.pdf>
33. Dickins, T. Perspectivas evolucionistas de la conducta. En Swami, V, editor. Psicología evolucionista. Una introducción crítica. México: 2016; 9-41.
34. Behar, E., DiMarco, I., Hekler, E., Mohlman, J., & Staples, A. Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. [Internet] Journal of Anxiety Disorders. 2009. [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 23: 1011-1023. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.07.006>
35. Damasio, A. Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain. New York: Editorial Avon Books; 1994.
36. Gigerenzer G. Decisiones Instintivas: La Inteligencia del Inconsciente. Barcelona: Editorial Ariel; 2008.
37. Jung, C. Sobre el desarrollo de la personalidad. España: Trotta; 2010.
38. Ortiz, E. Los arquetipos de Jung en la antropología cognitiva. En: García Campos, J. y Guerrero Rodríguez, F, editores. Ciencias sociales y humanidades en Durango. Estudios de filosofía e historia. Universidad Juárez del Estado de Durango; 2021.
39. Lawson, D. Teoría de la historia de vida y conducta reproductiva humana. En: Swami, V. (Ed.) Psicología evolucionista: Una introducción crítica. México, 2016; 197-230.
40. Charnov, E.L. Life history invariants. Oxford University Press; 1993.
41. Cosmides, L. y Tooby, J. Evolutionary Psychology: A Primer. [Internet] 1997 [Citado el 04 de diciembre de 2024] Disponible en: https://www.cep.ucsb.edu/wp-content/uploads/2023/05/CosmidesTooby_Evolutionary-Psychology-Primer_spanish.pdf
42. García, J. La psicología evolucionista y la racionalidad. Capítulo III, "Epistemología y psicología cognitiva". En: Centro de Estudios Filosóficos, Políticos y Sociales Vicente Lombardo Toledano, editor. México; 2009.
43. Cosmides L, Tooby J. Beyond intuition and instinct blindness: toward an evolutionarily rigorous cognitive science. Cognition. [Internet] 1994 [Citado el 04 de diciembre de 2024]; 50(1-3):41-77. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(94\)90020-5](https://doi.org/10.1016/0010-0277(94)90020-5)



ISSN: 3061-8878