

10.22402/j.rdipycs.unam.7.2.2021

eISSN 2448-8119



# Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

*Pandemia por COVID-19 y su impacto  
en la sociedad visto desde la psicología  
y ciencias sociales*

*Volumen 7 | Número 2 | Julio-Diciembre 2021*



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala





*Pandemia por COVID-19 y su impacto en la sociedad visto desde la psicología y ciencias sociales*

# Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

*Volumen 7 | Número 2 | Julio-Diciembre 2021*

*COVID-19 pandemic and its impact on society seen from psychology and social sciences*

# International Digital Journal of Psychology & Social Science



Universidad Nacional Autónoma de México  
México, 2021

*“La mejor defensa contra los patógenos  
es la información”*

*Yuval Harari*

**D.R. © UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala  
C.P. 54090, Tlalnepantla, Edo. de México

**DISEÑO EDITORIAL**

Laboratorio de Evaluación y Educación Digital  
UNAM, FES-Iztacala  
Tel. (+52) - (55) -56231333 ext. # 39707

**PUBLICACIÓN PERIÓDICA A CARGO**

Universidad Nacional Autónoma de México [www.unam.mx](http://www.unam.mx)  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala [www.iztacala.unam.mx/](http://www.iztacala.unam.mx/)  
Corporativo Universitario Virtual de Educación a Distancia (CUVED) [www.cuved.unam.mx](http://www.cuved.unam.mx)  
El Colegio de Académicos de Psicología de la UNAM, FES-Iztacala (CAPSI)  
Asociación de Profesionales e Investigadores en Ciencias de la Educación a Distancia (APICED) [www.cuved.unam.mx/apiced](http://www.cuved.unam.mx/apiced)  
Grupo de Investigación en Procesos Psicológicos y Sociales (GIPPS) [www.gipps.org/](http://www.gipps.org/)

**EDITOR GENERAL DE LA REVISTA**

Arturo Silva Rodríguez

**CORRECCIÓN DE ESTILO**

Rubén Cortez Aguilar

**COMPOSICIÓN Y MAQUETACIÓN DE LA REVISTA**

Oscar Giovanni Balderas Trejo  
Lucía Jocelyn Andrade López

**EDICIÓN JULIO-DICIEMBRE**

La edición en formato electrónico fue realizada en la Editorial LEED del Laboratorio de Evaluación y Educación Digital



Las imágenes de la cubierta, portada, portadillas, secciones y cubiertas de los artículos de la revista fueron cortesía de [Freepik](https://www.freepik.com)



Copyright: © 2021 Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social

Esta es una revista de acceso abierto distribuida bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-Compartirigual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus creadores con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://www.revista.unam.mx/) y a sus creadores.

---

**REVISTA DIGITAL INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL**, Año 6, Volumen 7, No. 2, julio-diciembre 2021, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, Tel. (55) 5623-1333, Ext. #39707, <http://cuved.unam.mx/rdipycs/>, [rdipycs@gmail.com](mailto:rdipycs@gmail.com). Editor Responsable: Arturo Silva Rodríguez. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-012514394300-203, ISSN: 2448-8119, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Laboratorio de Evaluación y Educación Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Lic. José Manuel Sánchez Sordo, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, fecha de última modificación, 08 de Septiembre de 2017.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.

## *Dirección Editorial*

---

EDITOR GENERAL

Arturo Silva Rodríguez

EDITORA EJECUTIVA

Mirna Elizabeth Quezada

EDITOR TÉCNICO

J. Jesús Becerra Ramírez

DISEÑO EDITORIAL

Oscar Giovanni Balderas Trejo y Lucía Jocelyn Andrade López

## *Consejo Editorial*

---

Arturo Silva Rodríguez  
PRESIDENTE

Adriana García Silva  
DIRECTORA DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS ECONÓMICO-ADMINISTRATIVAS

Mirna Elizabeth Quezada  
SECRETARIA EJECUTIVA

Claudia Lucy Saucedo Ramos  
DIRECTORA DEL ÁREA DE LA CIENCIAS SOCIALES

Luis Fernando García Silva  
DIRECTOR DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Miguel Ángel Tellez Jardínez  
DIRECTOR DEL ÁREA DE LAS INGENIERÍAS

José Eduardo López Peralta  
DIRECTORA DEL ÁREA DE LAS CIENCIAS FÍSICO-MATEMÁTICAS

José Manuel Sánchez Sordo  
DIRECTOR DEL ÁREA DE LAS HUMANIDADES Y LAS ARTES

## *Editores Honorarios*

---

Juan Manuel Mancilla Díaz  
Editor General  
Época Revista de Psicología y Ciencia Social  
Período 2000 a 2005

Rosario Espinosa Salcido  
Editora General  
Época Revista de Psicología y Ciencia Social  
Período 2009 a 2014

Jaime Montalvo Reyna  
Editor General  
Época Revista de Psicología y Ciencia Social  
Período 2005 a 2009

Rafael Palacios Abreu  
Editor de Proyectos  
Época Revista de Psicología y Ciencia Social  
PERÍODO 2000 A 2014

## Comité Editorial Nacional

§

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

Ismene Ithai Bras Ruíz    Alma Adriana Becerril Ramírez  
Relaciones Internacionales    Ciencias de la Comunicación

§

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Estudios Superiores Acatlán

José Eduardo López Peralta    Luis Daniel Vilchiz Alcántara  
Matemáticas Aplicadas | Computación    Matemáticas Aplicadas | Computación

§

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Laura Edna Aragón Borja    Gisel Gómez Escobar  
Evaluación Psicológica | Dislexia | Métodos Cuantitativos    Procesos Psicológicos Básicos | Metodología

María Leticia Bautista Díaz    Esperanza Guarneros Reyes  
Psicología de la Salud | Metodología de la Investigación    SUAyED Psicología | Psicología del Desarrollo Infantil

Enrique Berra Ruíz    Jorge Guerrero Barrios  
Psicología de la Salud | Psicología Clínica    Psicología Experimental | Psicología Educativa

María de los Angeles Campos Huichán    Gilberto Hernández TzinTzun  
Psicología Cultural | Terapia Gestalt    Ciencias de la Salud | Sociología

Margarita Chávez Becerra    Edilberta Joselina Ibáñez Reyes  
Psicología Educativa | Métodos Cuantitativos    Psicología Experimental

Norma Coffin Cabrera    Omar Moreno Almazán  
Psicológica Clínica | Psicología de la Salud    SUAyED Psicología | Psicología Clínica y de la Salud

Ana Elena del Bosque Fuentes    Juan Manuel Montiel Génova  
Entornos Virtuales de Aprendizaje | Psicología Educativa    SUAyED Psicología | Terapia Familiar

María Guadalupe de los Milagros Damián Díaz    Oscar Iván Negrete Rodríguez  
Desarrollo Psicológico | Estimulación Temprana    SUAyED Psicología | Métodos Cuantitativos

David Javier Enríquez Negrete    Rafael Palacio Abreú  
SUAYED Psicológica | Psicología Clínica y de la Salud    Psicología Educativa

Estela Flores Ortiz    Gilberto Pérez Campos  
Psicología Social | Desempeño Escolar    Psicología Cultural | Historia de la Psicología

Mirna Elizabeth Quezada  
Gestión Organizacional | Educación Digital

Christian Sandoval Espinosa  
SUAYED Psicología | Terapia Familiar

Leticia Nayelli Ramírez Ramírez  
Psicología Educativa | Diseño curricular

Claudia Lucy Saucedo Ramos  
Psicología Cultural | Psicología Escolar

Ma. Refugio Ríos Saldaña  
Psicología del Adolescente | Habilidades Sociales

Aura Silva Aragón  
SUAYED Psicología | Terapia Familiar

David Ruíz Méndez  
Psicología Experimental | Psicología Organizacional

José de Jesús Vargas Flores  
Editor de la Revista Electrónica de Psicología Iztacala

Ricardo Sánchez Medina  
SUAYED Psicología | Psicología Clínica y de la Salud

Cynthia Zaira Vega Valero  
Psicología Organizacional | Psicología Clínica y de la Salud

José Manuel Sánchez Sordo  
Experto en Tecnologías de la Información | Psicología

Luis Zarzosa Escobedo  
Psicología Experimental | Psicología Educativa

§

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**Facultad de Estudios Superiores Zaragoza**

Luz María Flores Herrera  
Psicología Ambiental | Comportamiento Humano

Juan Jiménez Flores  
Psicología de la Salud | Psicología Comunitaria

§

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**Facultad de Psicología**

German Álvarez Díaz de León  
Historia de la Psicología | Criminología en México

Javier Urbina Soria  
Psicología Ambiental | Educación Ambiental

Nestor Fernández Sánchez  
Entornos Virtuales de Aprendizaje | Psicopedagogía

§

**INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL**

José Gonzalo Amador Salinas  
Psicología Educativa | Tecnología Educativa

Virginia González Rivera  
Rendimiento Escolar | Metodología de la Investigación

§

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES**

Pedro Palacios Salas  
Desarrollo Psicológico | Infancia

§

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO**

Sonia Sujell Velez Baez  
Psicología Clínica | Psicoterapia

§

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO**

Rebeca María Elena Guzmán Saldaña      David Jiménez Rodríguez  
Psicología de la Salud | Trastornos Alimentarios      Psicología de la Salud | Psicología Educativa

§

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO**

Reyna Amador Velázquez      Hugo Alberto Yam Chalé  
Psicología de la Salud | Adolescencia      Psicología Aplicada | Criminología

§

**UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA**

Jorge Arauz Contreras  
Psicología de la Salud | Gestión Educativa

§

**UNIVERSIDAD DE SONORA**

Julio Alfonso Piña López  
Psicología de la Salud | Gestión Educativa

§

**UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO**

Alba Cerino Soberanes  
Psicología Educativa | Psicología del Desarrollo

§

**UNIVERSIDAD JUÁREZ DE DURANGO**

Patricia Lorena Martínez Martínez  
Psicología Educativa | Psicología Clínica

§

**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO**

Fabiola González Betanzos  
Psicología de la Salud | Metodología Científica

Juan Torres Melgoza  
Psicología | Educación

Marisol Morales Rodríguez  
Psicología | Educación

Alehtia Dánae Vargas Silva  
Psicología | Educación

*Comité Editorial  
Internacional*

---

§

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA**

Analía Verónica Losada  
Abuso Sexual Infantil | Patologías Alimentarias

§

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE NUESTRA SEÑORA DE LA ASUNCIÓN PARAGUAY**

Norma Coppari González de Vera  
Editora de la [Revista Eureka](#)

§

**UNIVERSIDAD FEDERAL FLUMINENSE DE BRASIL**

Marialia Etienne Arruguy  
Psicología de la Salud | Metodología Científica

*Comité Editorial  
Profesionales Independientes*

---

Fabiola Arellano Jiménez  
Terapia Familiar | Consultorio Particular

María Fernanda Rodríguez Abello  
Terapia Familiar | Consultorio Particular

Silvia Alicia Cabrera Torres  
Psicología Educativa | Tecnología Educativa

Alondra Belem Medina Luna  
Terapia Familiar | Consultorio Particular

Yu Hing Valeria Chuey Rosas  
Terapia Familiar | Consultorio Particular

Sarai Yáñez Márquez  
Evaluación | Capacitación Educativa Profesional

## Revisores

### Volumen 7 | Número 2 | Julio - Diciembre 2021

#### Evaluadores institucionales

María Kenia Porras Oropeza  
UNAM | FES Iztacala | México

José Manuel Sánchez-Sordo  
UNAM | FES Iztacala | México

Angelica Juárez Loya  
UNAM | Facultad de Psicología | México

Ricardo Sánchez Medina  
UNAM | FES Iztacala | México

Mabel Goretty Chala Trujillo  
UNAM | FES Iztacala | México

#### Evaluadores externos a la institución

Ma. del Rocío Figueroa Varela  
Universidad Autónoma de Nayarit | México

Lorena Toribio Pérez  
Universidad Autónoma del Estado de México | México

Argenis Josué Espinoza-Zepeda  
Investigador independiente | México

Gilda Marianela Moreno Proaño  
Universidad Indoamérica | Ecuador

Sonia Villagrán-Rueda  
Universidad Autónoma de Zacatecas | México

Ana Isabel Brito Sánchez  
Universidad Autónoma de Baja California | México

Patricia Balcázar Nava  
Universidad Autónoma del Estado de México | México

Yu Hing Valeria Chuey Rosas  
Investigadora independiente | México

Maria Elena Rivera Heredia  
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo | México

Karina Franco Paredes  
Universidad de Guadalajara | México

Miriam Paola Semhan Guzmán  
Investigadora independiente | México

Raquel García Flores  
Instituto Tecnológico de Sonora | México

María Xochitl Santos Vega  
Hospital Infantil de México Federico Gómez | México

José Gonzalo Amador-Salinas  
Instituto Politecnico Nacional | México

Ariana González Trejo  
Investigadora independiente | México

VOLUMEN 7 | NÚMERO 2 | JULIO-DICIEMBRE 2021  
PANDEMIA POR COVID-19 Y SU IMPACTO EN LA SOCIEDAD  
VISTO DESDE LA PSICOLOGÍA Y CIENCIAS SOCIALES

Presentación del Número, 170

**PANDEMIA POR COVID-19 Y SU IMPACTO**

**180**

Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19 , 181

Percepción de las fortalezas de los adolescentes durante el confinamiento por covid-19, 204

Cambios en el compromiso de universitarios con pareja y uso de redes sociales durante el covid-19, 221

Burnout en profesionales de la salud en contexto de pandemia: Una propuesta metodológica para la detección de patrones basada en inteligencia artificial, 241

**ARTÍCULOS DE TEMATICA LIBRE**

**258**

Consideraciones éticas para la elaboración de informes psicológicos clínicos en el contexto mexicano, 259

El pensamiento de tercer orden en la terapia breve estratégica para parejas que vivieron una infidelidad, 287

Desarrollo y análisis psicométrico de una nueva escala de homofobia interiorizada, 306

Análisis de la ejecución y percepción al hablar en público en universitarios, 330

Interés generativo en cuidadores de pacientes crónicos, adultos mayores y jóvenes universitarios , 347

Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso, 364

10.224023/rdjpsyc.unam.7.2.2021.353.169-365



e-ISSN: 2448-8119

*Pandemia por COVID-19 y su impacto en la sociedad visto desde la psicología y ciencias sociales*

**Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social**

*Volumen 7 | Número 2 | Julio-Diciembre 2021*

*COVID-19 pandemic and its impact on society seen from psychology and social sciences*

**International Digital Journal of Psychology & Social Science**



Universidad Nacional Autónoma de México  
México, 2021

*Volumen 7 | Número 2  
Julio-Diciembre 2021*

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.383.170-179](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.383.170-179)

## PRESENTACIÓN DEL NÚMERO

Mirna Elizabeth Quezada  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México

VOLUMEN 7 | NÚMERO 2 | JULIO-DICIEMBRE 2021

### TABLA DE CONTENIDO

<b>PRESENTACIÓN DEL NÚMERO</b>	<b>22</b>
<b>MATERIAL CIENTÍFICO PUBLICADO</b>	<b>22</b>
<b>ESQUEMA EDITORIAL</b>	<b>23</b>
<b>ANÁLISIS DEL DICTAMEN DE LOS REVISORES</b>	<b>24</b>
Panorama general, 24	
1) Perfil de evaluación entre pares, 24	
Apartados, 25	
2) Calificación promedio de los artículos, 26	
3) Índice de concordancia, 26	
4) Correlograma, 26	
5) Índice de desacuerdo entre revisores/as, 27	
<b>REFERENCIAS</b>	<b>27</b>

## PRESENTACIÓN DEL NÚMERO

**E**n un giro inesperado de acontecimientos para muchos, el año 2021 se ha visto aun golpeado fuertemente por la pandemia de COVID-19 a nivel global. La situación sin duda alguna marca un antes y un después en la historia de la humanidad, ante esto el sistema de salud con sus colosales esfuerzos ha tratado de mantener a flote la sociedad, mientras que ésta se enfrenta a otras consecuencias más allá de la enfermedad.

En concreto, México y América Latina por sus características sociales, políticas y geográficas particulares se ha visto fuertemente impactado a nivel salud, pero no solo eso. La sociedad en general ha visto afectaciones no sólo a nivel físico, sino mental y funcional; la interacción ha cambiado, así como el modo de relacionarse y comportarse, por lo que se presentan nuevos problemas sociales o se han agudizado los ya existentes.

Por tal motivo, la Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social en su segundo número del año 2021, espera reunir las voces de aquellos académicos que construyen conocimiento científico de la serie de secuelas o precuelas de problemáticas sociales diversas derivadas de la pandemia. En este sentido, todos los estratos de la población se han visto afectados, desde niños, adolescentes y adultos, así como sistemas que pensábamos más robustos o estables como la salud, la educación o el contexto laboral; también se ha visto impactada la manera más básica de relacionarse como la interacción social, familiar y ambiental. Por lo que el presente número busca abrir un espacio a aquellos académicos interesados en contribuir desde su trinchera a la comprensión, prevención y tratamiento de dichas problemáticas.

Así mismo, la revista pone a disposición su plataforma de exposición a aquellos académicos interesados en otros temas además de la pandemia, encontramos que el mundo procura mantener su orden o integrar uno nuevo que permita mantener la atención a otros acontecimientos que tienen igual relevancia, como la cuestión ética del trabajo o de derechos humanos, la atención a la salud mental de la población, el desarrollo personal y profesional, entre otros. Ante esto el presente número busca recopilar ambas caras del avance científico y tecnológico, tanto la que observa y procura los acontecimientos derivados de la pandemia, como la que atiende los problemas sociales ya existentes.

Por otra parte, el presente número marca de igual modo un cierre de ciclo para la revista. Desde su primer número digital en el 2015 la RDIPyCS ha buscado mantenerse a la vanguardia en cuanto a publicaciones periódicas digitales se refiere, procurando en todo momento la apertura y transparencia del conocimiento científico, así como del proceso editorial a través de su revisión por pares abierta y su política de acceso abierto. En este sentido, el equipo editor observa la necesidad de adaptar los esfuerzos editoriales a los nuevos tiempos que vivimos, ya que la pandemia ha mostrado al mundo de las revistas científicas que no basta la transparencia y el acceso abierto al conocimiento, sino la celeridad con la que este conocimiento llega a la comunidad científica y general.

La preocupación por la información confiable, rápida y expedita ha puesto en la mira de editoriales científicas lo que se conoce como publicación continua, que no es más que el salto de la edición periódica pensada para imprenta de papel a la pensada para la virtualidad. En este sentido, las revistas científicas constituyen en su gran mayoría publicaciones periódicas semestrales o cuatrimestrales, las cuales en un momento determinado del año liberan la serie de artículos científicos que superaron las condiciones de calidad científica y relevancia académica conforme a sus políticas y lineamientos de aceptación. Así ese compendio de artículos debe esperar a la fecha, día, mes y año marcados para poder ver la luz y diseminarse a través de la red. En este sentido, la pandemia nos ha mostrado que el conocimiento científico en temas de salud y sociales no puede seguir la misma lógica que se seguía para las publicaciones en papel, ya que la virtualidad no obedece a un lineamiento de espacio y además exige prontitud en la recolección y diseminación de la información.

En este sentido, la RDIPyCS adopta a la publicación continua como política editorial, en donde los artículos científicos vean la luz una vez éstos hayan superado los lineamientos de aceptación correspondientes en vez de esperar al conjunto de artículos que comprendan un número en específico. Este cambio permite que la información se publique de manera eficiente, que los autores compartan los últimos hallazgos de sus investigaciones y que estos hallazgos respondan a la prontitud de los tiempos en los que vivimos. Así los autores podrán estar seguros de que el artículo enviado a publicación a la RDIPyCS verá la luz una vez haya cumplido con los principios de científicidad y calidad académica marcados desde la política editorial y atendidos en la revisión por pares, más allá de un periodo temporal impuesto por el equipo editor. Además, los lectores podrán confiar en que los textos académicos publicados responden

al principio de vigencia y no constituyen hallazgos atraídos o fuera de tiempo.

Este cambio implica para la revista la adaptación a un nuevo orden de las cosas, a un nuevo mundo que se abre paso durante y después de este golpe a la humanidad como lo es la pandemia. El conocimiento, y en sí, la información relevante para atender problemas de salud pública deben de cumplir con el principio de prontitud, por lo que la revista asume este compromiso e incorpora a su proceso editorial la publicación continua, así como el compromiso de que los artículos científicos publicados desde esta visión sigan manteniendo su calidad académica y científica. Por lo que, a nuestros lectores los invitamos a esperar el Volumen 8 Número 1 del año 2022, el cual estará comprendido por artículos científicos originales e inéditos bajo la política de publicación continua. Mientras tanto, invitamos al lector a analizar los artículos que se publican en este segundo número del 2021, los cuales representan el trabajo de la comunidad científica para atender las problemáticas derivadas de la pandemia por COVID-19, al tiempo que marca el cierre de ciclo para la revista y el comienzo de uno nuevo.

## **MATERIAL CIENTÍFICO PUBLICADO**

El presente número está compuesto por diez artículos originales e inéditos, cuatro de ellos comprenden la sección temática de COVID-19 y seis la sección de artículos inéditos libres. Ambas secciones son comprendidas a su vez por artículos teóricos, empíricos, de revisión de la literatura, innovación y desarrollo tecnológico así como estudios de casos.

El primer artículo que integra la sección temática es el escrito por Rueda-Aguilar el cual es una revisión de la literatura sobre violencia de género durante la pandemia, en éste se exponen y discuten las condiciones de aislamiento y vulnerabilidad derivadas del confinamiento por pandemia y cómo esta situación expone a las mujeres como víctimas de violencia de género. La autora plantea que la revisión de los datos oficiales podría indicar una disminución de la violencia doméstica, sin embargo hay que analizar que el confinamiento puede orillar a las víctimas a no exponer al agresor, sino al empleo de medios silenciosos.

De igual modo, este artículo titulado “Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19” plantea cómo poder observar la violencia de género a través de otros indicadores, como la sintomatología depresiva que pueden presentar las víctimas durante la pandemia, además de que la pandemia agudiza el problema de violencia de género no sólo

por el aislamiento, sino por la disminución de apoyo social propias del confinamiento. Por último, derivado de la revisión de la literatura al respecto, la autora plantea una serie de estrategias para prevenir y tratar la violencia de género en tiempos de pandemia, así como posibilidades futuras de investigación y de acción.

Por otra parte, el segundo artículo de la sección temática lo presenta Macías-Mozqueda y cols., quienes contribuyen con un trabajo empírico a comprender cómo los adolescentes de nivel secundaria viven la pandemia, así como la percepción de sus fortalezas antes y después del confinamiento por COVID-19. Los autores muestran que los adolescentes difieren en fortalezas percibidas con base en sexo, en donde hombres y mujeres declaran cambios en cuanto al apoyo y supervisión recibida por parte de los padres, así como en las habilidades que se demuestran en sus condiciones escolares, sociales y familiares. Así mismo, los autores plantean en su artículo “Percepción de las fortalezas de los adolescentes durante el confinamiento por COVID-19” que este estudio marca la pauta para nuevas investigaciones e intervenciones con población adolescente, en donde se comprenda cómo han vivido el confinamiento prolongado, así como prevenir o atender futuros problemas psicosociales.

Por otra parte, otro artículo empírico de la sección temática lo conforma el manuscrito presentado por Escobar-Mota y cols. titulado “Cambios en el compromiso de universitarios con pareja y uso de redes sociales durante el covid-19”, el cual gira en torno a los efectos del confinamiento al igual que el artículo anterior, pero en este caso el interés lo conforman las relaciones de pareja y los cambios en la interacción derivados de la pandemia. En este caso los participantes fueron estudiantes universitarios mexicanos en los cuales se comparó antes de la pandemia y en la actualidad variables como compromiso, satisfacción y su relación con el uso de redes sociales, entre otras. Los autores plantean que el distanciamiento físico debido a la pandemia representa una variable de interés para el desarrollo de las relaciones afectivas, y que el uso de redes sociales para mantener el compromiso y satisfacción de las parejas es una alternativa que merece la pena seguirse estudiando.

Por último, encontramos el trabajo de Zamudio-Sosa y cols. como un manuscrito de innovación y desarrollo tecnológico empleando inteligencia artificial en la sección temática por COVID-19. En este caso los autores dirigen su propuesta al fenómeno laboral y de salud conocido como Burnout o síndrome del quemado, el cual por las condiciones de pandemia se ha visto aumentado en distintas profesiones. De este modo los autores volcaron sus esfuerzos a la detección de patrones de respues-

ta de médicos mexicanos frente al Burnout en conjunto con variables sociodemográficas y carga laboral con el fin de conseguir unidades clasificatorias predictivas. El artículo titulado “Burnout en profesionales de la salud en contexto de pandemia: una propuesta metodológica para la detección de patrones basada en inteligencia artificial “ muestra en sus resultados grados de clasificación de profesionales con base en las variables propuestas, lo cual puede coadyuvar a la prevención, tratamiento y automatización de recomendaciones con base en datos futuros. Sin duda alguna la propuesta invita a incorporar la inteligencia artificial como herramienta de apoyo para la labor del psicólogo.

Por otra parte, en la sección de artículos originales e inéditos de temática libre, encontramos en un primer momento el manuscrito teórico de Moreno-Rodríguez y cols. titulado “Consideraciones éticas para la elaboración de informes psicológicos clínicos en el contexto mexicano”, el cual trata un tema aun vigente dentro de la psicología. Los autores desarrollan una recopilación y discusión sobre las características de un informe psicológico clínico para mantener el ejercicio dentro de los límites éticos de la profesión. Para esto reunieron información sobre el tema en asociaciones de psicólogos mexicanas y extranjeras, además de que documentaron los requerimientos legales y normativos del ejercicio psicológico al respecto, con lo cual elaboraron una propuesta de diez lineamientos básicos para la elaboración de un informe psicológico clínico, entre los cuales se encuentran el ser un profesional licenciado de preferencia en constante formación, el respeto a la dignidad y privacidad del cliente, el informar al cliente para su autónoma toma de decisiones, entre otras.

Para concluir su escrito, los autores hacen hincapié en la actualización constante de los psicólogos en temas referentes a ética profesional, así como las normativas y lineamientos que guían su ejercicio con responsabilidad social. De igual modo, presentan la necesidad de que los psicólogos se formen en estos principios, y sea de su conocimiento la serie de pautas al respecto para su ejercicio profesional.

Siguiendo con la serie de artículos publicados en la sección de temática libre, encontramos el presentado por Gómez-Lamont titulado “El pensamiento de tercer orden en la terapia breve estratégica para parejas que vivieron una infidelidad”, el cual desde una perspectiva teórica plantea a la terapia breve estratégica para la intervención psicológica en parejas con temas de infidelidad. Además se reflexiona sobre cómo el pensamiento de tercer orden en conjunto con la terapia breve estratégica reformulan el papel del psicólogo como agente de

cambio social al comprender cómo la cultura y el poder afectan en las interacciones.

Así, el autor menciona que al incorporar el pensamiento de tercer orden en el proceso terapéutico se da la pauta a replantear la manera en la que el terapeuta interactúa con la particularidad de los casos que llegan a consulta, poniendo en la mira el dilema ético del utilitarismo que suele estar presente en las psicoterapias. Al tomar en cuenta la singularidad de los casos en temas como la terapia de pareja por infidelidad, el autor plantea que el dilema ético se resuelve a través del pensamiento de tercer orden, en donde se buscaría emplear la equidad y redistribución de poder para diseñar un espacio de libre expresión de ideas.

Siguiendo con los artículos de esta sección temática libre, se tiene el manuscrito titulado “Desarrollo y análisis psicométrico de una nueva escala de homofobia interiorizada” por los autores Bonilla-Teoyotl y cols. En este caso se muestra el ejercicio de conformación y prueba de propiedades psicométricas de un instrumento que mide un constructo muy discutido desde la teoría de las minorías. La homofobia interiorizada juega un papel importante en el desarrollo del concepto personal de la comunidad de lesbianas, gays y bisexuales ya que resume el entramado de prejuicios, estereotipos y comportamientos homofóbicos que los sujetos interiorizan o aprenden a lo largo de su vida, lo cual impacta directamente en la salud emocional y sexual de los individuos.

Así, con base en un estudio previo, los autores redactaron un banco de reactivos de los cuales obtuvieron evidencia de validez de contenido, validez de constructo y consistencia interna; además aportaron evidencia sobre el comportamiento de los reactivos en distintos grupos a través de un análisis de varianza con pruebas post hoc. Dicha evidencia permitió robustecer al instrumento para su posterior uso en investigación, con lo cual los autores concluyen que se contribuye directamente a la visibilización del fenómeno y operacionalización de la variable.

Otro trabajo empírico de la sección de temática libre es el presentado por Bravo-González y cols. el cual se titula “Análisis de la ejecución y percepción al hablar en público en universitarios”, este artículo plantea la importancia que la habilidad de hablar en público representa para los estudiantes a nivel universitario no sólo por su relación con la situación escolar, sino por la satisfacción o insatisfacción con el propio rendimiento o desempeño, así como la percepción de control de sí mismo y confianza en las propias habilidades; además de que repercute directamente en la vida profesional o

laboral del actual estudiante por su alta relación con la comunicación efectiva.

Por tanto, el artículo ofrece al lector el análisis no sólo de la ejecución, sino de la percepción de la propia capacidad de hablar en público de una muestra de universitarios mexicanos. Los resultados ponen de manifiesto que la percepción de control sobre esta habilidad y ejecución efectiva en muchos casos no muestran relación como se podría hipotetizar, y que el miedo a hablar en público se puede reflejar en respuestas afectivas, cognitivas y conductuales, mientras que la seguridad sobre la habilidad no se ve forzosamente reflejada en la ejecución.

Por otra parte, encontramos el manuscrito empírico de Reyes-Jarquín titulado "Interés generativo en cuidadores de pacientes crónicos, adultos mayores y jóvenes universitarios" en el cual se estudia a la generatividad entendida como el interés por compartir y apoyar a otras generaciones desde el punto de vista humano, lo cual se desprende desde la teoría de Erikson del desarrollo humano. Desde esta teoría se observan las etapas vitales de los individuos, entre ellas la generatividad expresada comúnmente con paternidad. Ante esto, los autores se avocaron a estudiar de qué otras maneras puede expresarse ese interés por el cuidado y guía de otros, para eso estudiaron una muestra de adultos mayores, cuidadores de pacientes crónicos y estudiantes universitarios. Los autores llegaron a interesantes hallazgos, concluyendo que el interés generativo puede desarrollarse en generaciones jóvenes, pero que ésta diferirá en correspondencia al motivo para desempeñarse con generatividad.

Para cerrar este número presentamos el trabajo titulado "Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso" de Lugo-González y Pérez-Bautista, el cual es un estudio de caso que muestra el trabajo terapéutico desde la psicología de la salud. En este caso los autores muestran una intervención desde la psicoterapia cognitivo-conductual para una paciente diagnosticada con asma, con el fin de modificar la percepción sobre la enfermedad y disminuir síntomas de depresión y ansiedad. Para esto, los investigadores realizaron un Análisis Funcional de la Conducta y una evaluación psicométrica para poder proponer un plan de intervención a la medida de la usuaria; este plan de intervención se compuso de sesiones de evaluación inicial, intervención, evaluación final y seguimiento.

Para el caso en particular y derivado de los datos de diagnóstico, los autores enfocaron sus esfuerzos en estrategias tales como psicoeducación, solución de problemas, planeación de actividades y revaloración cognitiva empleando materiales desde la psicología de la salud y la

TCC. Así, se concluye el trabajo mostrando no sólo el ejercicio profesional en este caso, sino con la reflexión de la pertinencia de intervenciones cognitivo conductuales para la modificación de percepción negativa sobre la enfermedad, así como sus usos en el contexto clínico para la disminución de sintomatología de ansiedad y depresión.

## ESQUEMA EDITORIAL

En cuanto al esquema editorial, la Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social reitera su compromiso con la transparencia editorial. Para ello, se presenta toda aquella información que muestre la pertinencia social, disciplinar y científica de los manuscritos publicados, así como la información que permita al lector enterarse de las decisiones editoriales llevadas a cabo para cada artículo, y a través de esto, conocer el proceso editorial que se lleva a cabo número con número dentro de la revista.

Por tal motivo, damos a conocer las secciones de la revista que ponen a su disposición toda aquella información relevante, así como una breve descripción de cada una.

- Portada. Constituida por título, resumen, abstract y palabras clave. En esta sección se comparte la bitácora del artículo la cual expone los tiempos editoriales de recepción, aceptación y publicación. Por otra parte, se comparte el Digital Object Identifier (DOI) que permite rastrear y encontrar el recurso en la red.
- Autoría y derechos de propiedad intelectual. Integridad por las fotografías y extracto curriculares de los primeros dos autores(as) del artículo, así como la contribución de cada uno de los autores(as) en la elaboración del manuscrito y sus datos de afiliación. Por último, se presentan los términos de licencia Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0).
- Índice. Serie de vínculos que permiten al lector navegar de manera libre por el cuerpo del artículo, desarrollando así una lectura dinámica del material científico publicado.
- Cuerpo. Consiste en el artículo científico en su totalidad cuyos apartados dependerán del tipo de estudio en cuestión (teórico, empírico, metodológico, etcétera).
- Meta-análisis del artículo. Constituido una sección cuantitativa y otra cualitativa; la primera consiste en la exposición de los procedimientos meta-analíticos donde se presentan de modo cuantitativo las opiniones que emitieron los revisores sobre el artículo antes de ser trabajado en su versión final. Esta

sección tiene tres partes: 1) perfil con respecto a la calidad de la introducción, la metodología, los resultados y todos los apartados del artículo; 2) figura de concordancia entre las opiniones de los revisores (Bland y Altman, 1986), y 3) nivel de acuerdo entre los revisores al calificar los apartados del material científico. Por otra parte, se presenta la dimensión cualitativa la cual expone los comentarios de los revisores a cada una de las secciones desarrolladas por los autores.

- Historia del proceso editorial. En esta sección se presenta un enlace al seguimiento del proceso editorial de cada artículo, en el cual se comparte el manuscrito en las diferentes fases de revisión por el equipo editorial y por los dictaminadores.

## ANÁLISIS DE LOS DICTÁMENES DE LOS REVISORES

### Panorama general

A continuación se comparte el análisis que se ha desarrollado de la percepción de los revisores sobre los artículos que componen el presente número. El análisis se divide en cinco secciones: 1) perfil de evaluación entre pares; 2) calificación promedio otorgada a cada uno de los artículos; 3) índice de concordancia; 4) correlograma, y 5) índice de desacuerdo entre revisores. En este número se analizaron las respuestas de 20 revisores, un par por cada artículo publicado: un artículo de revisión de la literatura, dos teóricos, cinco empíricos, un estudio de caso y un manuscrito de innovación y desarrollo tecnológico.

La opinión de los revisores para cada artículo fue recabada mediante un formulario de revisión el cual evaluaba todas y cada una de las secciones que componen a un manuscrito, tomando como referencia la estructura y secuencia de un artículo empírico. Así tenemos que los revisores emitieron su opinión a secciones como la pertinencia del título, resumen, propósito de estudio, introducción, método, entre otros. La evaluación se lleva a cabo bajo una escala del 1 al 4 en cuanto a calidad, en donde 1 es muy deficiente y 4 muy satisfactoria. También se tomó en cuenta el 0 como referencia a que no aplicaba la escala para su evaluación, y -1 como indicador de que el elemento no se desarrollaba y debía desarrollarse. El 0 en este caso es elegido por los revisores cuando los artículos son de tipo teórico o revisión de la literatura y no presentan las mismas secciones y características que un artículo empírico, y el -1 es empleado por los revisores cuando a su consideración el artículo carecía de información o alguna sección importante.

El formulario es llenado por los revisores como parte del proceso de dictaminación, por lo cual las opiniones recabadas de cada artículo son anteriores a las adecuaciones y modificaciones solicitadas a los autores para la aceptación. Así, la opinión que se presenta en el siguiente análisis corresponde al estado inicial de los artículos enviados a la revista.

### Perfil de evaluación entre pares

Este apartado presenta el análisis de las opiniones de los revisores con respecto a la estructura de los manuscritos, que incluye las secciones de introducción, método, resultados y todos los apartados del artículo. En este último se incluyen la opinión referente al título, resumen, propósito de estudio, introducción, método, resultados, discusión, conclusiones, referencias, apreciación global del manuscrito, y calificación final otorgada al manuscrito. A continuación, se ofrece un análisis más detallado de cada sección evaluada.

### Introducción

Teniendo en cuenta la escala de evaluación antes mencionada, los revisores opinaron que la calidad de los elementos de la introducción se encontraba entre satisfactoria a muy satisfactoria como puede observarse en la figura 1. Así el elemento mejor puntuado por los revisores fue el desarrollo de la introducción con 3.17 puntos de 4, seguido por la pertinencia de las referencias (3.15), el marco teórico (3.08), y el planteamiento del problema (3.05), estos cuatro elementos se colocaron en la categoría "Muy satisfactorio", mientras que la definición de las variables (2.35) y el objetivo e hipótesis presentados (2.20) obtuvieron las calificaciones más bajas, pero aun así clasificadas en la categoría de "Satisfactorio".



Figura 1.  
Introducción.

## Método

En lo que respecta al método, los revisores evaluaron entre "Satisfactorio" y "Deficiente" la calidad de los elementos de esta sección (figura 2), como lo son el desarrollo, la especificidad de la población y muestra para cada estudio, la pertinencia en la recolección de datos, así como la presencia y detalle de las cuestiones éticas relacionadas a los estudios. Con base en la escala mencionada anteriormente, la recolección de datos fue el elemento mejor calificado con 2.54 puntos sobre 4, seguido por la especificación de la población y muestra (2.15) y el desarrollo de la sección de método (2.09), estos tres elementos se posicionaron en la categoría de "Satisfactorio". Por su parte, las cuestiones éticas cayeron a la categoría de "Deficiente" con 1.10 puntos sobre 4, lo cual habla de que los artículos en su fase inicial no reportaron lo referente al ejercicio ético en su artículo, lo cual fue penalizado en la revisión por pares.



Figura 2.  
Método

## Resultados



Figura 3.  
Resultados

Lo que respecta a los resultados (figura 3), los revisores opinaron que los tres elementos de esta sección se posicionaron en la categoría de "Satisfactorio", siendo el desarrollo el elemento mejor puntuado entre los tres que componen esta sección (2.65), seguido por la presentación de datos (2.48), y por último el análisis de los datos llevado a cabo en cada manuscrito (2.28). Cabe destacar que la sección de resultados sólo aplica para algunos artículos como los de tipo empírico, no así los teóricos o de otro estilo.

## Todos los apartados

Por último, el perfil de los artículos incluye todos los apartados que componen al manuscrito (título, resumen, propósito de estudio, introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias). Además, se solicitó a los revisores dar una apreciación global sobre la precisión de escritura y originalidad del manuscrito, con lo cual se pudo calcular en conjunto la calificación final del artículo en la misma escala antes reportada.

En la figura 4 se puede observar que la opinión de los revisores sobre cada elemento del manuscrito va de "Muy satisfactorio" a "Satisfactorio". Para este caso, los revisores opinaron que el título era el elemento mejor constituido con 3.72 puntos sobre 4, seguido por la apreciación global del manuscrito (3.28), la pertinencia de las referencias (3.19) y la constitución del resumen (3.05). Por otra parte, entre los elementos en la categoría de "Satisfactorio" tenemos que la introducción (2.96), la calificación global (2.89), la sección de resultados (2.62) y el propósito de estudio (2.56) fueron los elementos mejor puntuados, mientras que las conclusiones (2.29), la discusión (2.25) y el método (2.04) recibieron las puntuaciones más bajas entre todos los apartados.



Figura 4.  
Todos los apartados

### Calificación promedio de los artículos

Como se comentó anteriormente, la calificación final de los artículos fue dada tomando en cuenta las puntuaciones de todas las secciones, de esta manera para este análisis se promedió la calificación final los revisores en cada artículo para posteriormente ponderarse, siendo el resultado lo mostrado en la Figura 5.

En este número el artículo con mejor calificación fue el presentado por Bonilla y cols. titulado “Desarrollo y análisis psicométrico de una nueva escala de homofobia interiorizada” con 88.68%, seguido de cerca por el manuscrito empírico de Bravo y cols. “Análisis de la ejecución y percepción al hablar en público en universitarios” (86.29) y el manuscrito teórico de Gómez-Lamont “El pensamiento de tercer orden en la terapia breve estratégica para parejas que vivieron una infidelidad”. Por otra parte se encuentran los artículos con calificaciones medias alrededor de 70%, como el presentado por Zamudio y cols. “Burnout en profesionales de la salud en contexto de pandemia: una propuesta metodológica para la detección de patrones basada en inteligencia artificial” (76.67%), Macías y cols. “Percepción de las fortalezas de los adolescentes durante el confinamiento por COVID-19” (76.50%), Escobar y cols. “Cambios en el compromiso de universitarios con pareja y uso de redes sociales durante el covid-19” (76%) y Reyes y cols. “Interés generativo en cuidadores de pacientes crónicos, adultos mayores y jóvenes universitarios” (74.05%).

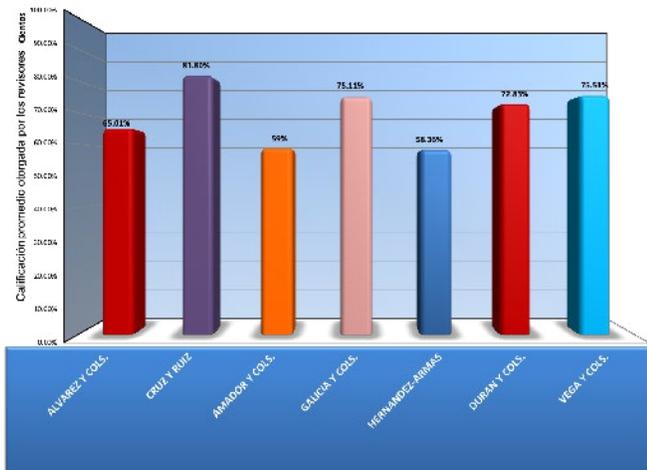


Figura 5.  
Calificación promedio de los artículos.

Por último, las calificaciones más bajas alrededor de 50% las obtuvieron tres manuscritos, el primero de ellos el estudio de caso de Lugo y Pérez “Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir depresión y ansiedad en una persona con asma: Estudio de caso” con

55.40%, seguido por el manuscrito de revisión de la literatura de Rueda-Aguilar “Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19” con 54.33%, y el manuscrito teórico de Moreno y cols. “Consideraciones éticas para la elaboración de informes psicológicos clínicos en el contexto mexicano” con 50.45%.

### Índice de concordancia

Este análisis indica la variabilidad entre las opiniones respecto a las secciones de los artículos dictaminados, así podemos observar en la Figura 6 el acercamiento que hubo en las calificaciones de los revisores sobre todas las secciones. Para elaborar dicho análisis se calculó la media de puntuaciones en las secciones del artículo (título, resumen, propósito, introducción, método, resultados, discusión, conclusiones y referencias, apreciación global y la calificación fina).

De este modo se muestra en la figura 6 la concordancia entre las puntuaciones ya que no se superó el límite de las desviaciones estándar de las diferencias para la mayoría de los apartados. Sin embargo, se puede observar cómo una puntuación superó el límite inferior, en este caso esa puntuación es la referente a las diferencias en el apartado de discusión (-1.443), lo cual nos habla de que esta sección fue de las más controversiales por presentar variabilidad entre las puntuaciones de los revisores.

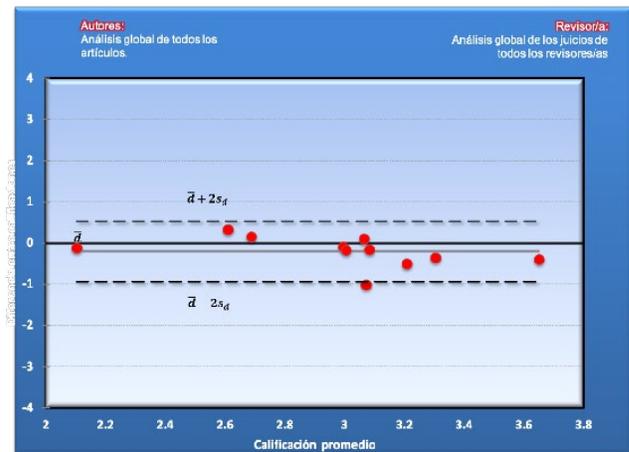


Figura 6.  
Índice de concordancia.

### Correlograma

El presente análisis tomó en cuenta los índices de correlación entre las calificaciones que otorgaron los revisores a todos los apartados, así se graficó la relación y dirección entre las opiniones en un mismo artículo (Figura 7).

Con base en este análisis se detectó que el artículo de Rueda-Aguilar “Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19” presenta la correlación más alta y positiva ( $r=0.88$ ), seguido por los artículos de Moreno y cols. ( $r=0.71$ ), Lugo y Pérez ( $r=0.67$ ) y Bonilla y cols. ( $r=0.62$ ).

En correlaciones bajas y positivas encontramos los artículos de Escobar y cols. ( $r=0.49$ ), Gómez-Lamont ( $r=0.47$ ), Reyes y cols. ( $r=0.44$ ), y correlaciones muy bajas los artículos de Macías y cols. ( $r=0.16$ ) y Bravo y cols. ( $r=0.07$ ), lo cual indica que las evaluaciones otorgadas se inclinaron hacia la misma opinión, pero con mayor amplitud. Por su parte, en este análisis se detectó que en el artículo de Zamudio y cols. hubo disparidad de opiniones al presentarse una relación negativa ( $r=-0.01$ ) que no es más que el reflejo de dos opiniones distintas sobre el mismo artículo convergiendo. Este análisis permite identificar que la opinión de los revisores no en todas las ocasiones puede coincidir, en este caso se refleja con la poca relación entre las puntuaciones que reflejan su opinión, lo cual nos recuerda que en el mundo de las revistas científicas el par evaluador juega un papel muy importante, como veremos en el siguiente análisis.

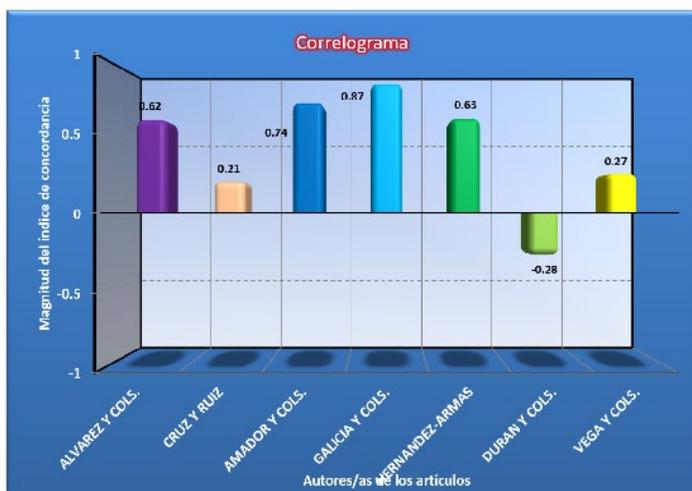


Figura 7.  
Correlograma.

### Desacuerdo entre revisores

En la figura 8 se puede observar la diferencia de opinión con respecto a la calificación final del manuscrito, el punto representa la calificación de cada revisor y la línea la magnitud de la diferencia entre esas puntuaciones. Así podemos observar que el artículo con mayor diferencia entre las puntuaciones es el de Macías y cols. “Percepción de las fortalezas de los adolescentes durante el confinamiento por COVID-19” con 39.46 de diferen-

cia, mientras que el artículo con menos diferencia entre sus puntuaciones es el de Rueda-Aguilar “Reflexiones sobre la violencia de género durante el confinamiento causado por Covid-19” con tan solo 1.27 puntos de diferencia entre cada calificación.



Figura 8.  
Magnitud de desacuerdo entre revisores.

El análisis hasta aquí mostrado refleja cómo la perspectiva de los revisores juega un papel importante en la aceptación del material científico, ya que plantea las carencias o áreas de oportunidad de los manuscritos con respecto a la calidad científica esperada. Cabe destacar, que la calidad científica es un concepto universal que puede caer la mayoría de las veces como una obviedad, pero que en lo singular regula nuestras decisiones y juicios sobre el material publicado en cualquier revista científica.

Es un requisito del mundo académico que los artículos para gozar de científicidad requieran ser arbitrados por pares, lo cual en la mayoría de los casos sucede a través de una revisión doble ciego. Ante esto, el lector y público en general no cuenta con información para conocer cuál fue la perspectiva o el juicio de esos revisores, sino que observan solamente el resultado final de dicha revisión. Por tal motivo, la RDIPyCS asume como compromiso acercar al lector al mundo de las decisiones académicas, en donde no sólo se comparta con la comunidad el resultado final de las decisiones editoriales representado en un número, sino el recorrido editorial para que ese número fuera conformado, y en primer momento, dictaminado. Ante esto, se invita al lector a tomar con ojo crítico lo presentado hasta el momento, y

a analizar el consumo que se realiza de material académico aquí y en el mundo.

Con esto concluye la última presentación de la RDI-PyCS en su política de publicación anidada semestral, y damos paso a un nuevo ciclo en el que nos adaptemos a los nuevos retos de las revistas científicas incorporando la publicación continua como política editorial, además de la transparencia por revisión por pares y del acceso abierto, todo en miras de la innovación constante y del desarrollo científico. 📌

Mirna Elizabeth Quezada

---

## REFERENCIAS

---

- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 327(8), 307-310. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(86\)90837-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(86)90837-8)
- Glass, G. V., Wilson, F., & Gottman, G. (1975). *Design and analysis of time-series experiments*. Boulder: Colorado Associated Press.
- Menard, S. (1991). *Longitudinal research*. London: SAGE University paper.
- Silva Rodríguez, A. (2004). Diseño de investigación con N=1 o series de tiempo. In A. Silva Rodríguez (Ed.), *Métodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico* (pp. 45-70). México: Trillas.
- Yin, R. K. (1984). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.



*Pandemia por COVID-19  
y su impacto*

[Revisión de la literatura]

Contenido relacionado a la  
pandemia por **covid 19**[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.358.181-203](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.358.181-203)

## REFLEXIONES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL CONFINAMIENTO CAUSADO POR COVID-19

Estrella Fátima Rueda Aguilar  
Universidad de Sevilla  
España

### RESUMEN

Durante el periodo de confinamiento, de marzo a junio de 2020, las mujeres asesinadas víctimas de la violencia machista fueron ocho, 11 menos que en el mismo periodo del año anterior. Además, el número de denuncias disminuyó 10.25% en el primer cuatrimestre y 14,62% en el segundo cuatrimestre de 2020. No obstante, se confirmó un incremento de 41.1% en llamadas al 016 desde el 14 de marzo al 31 de mayo. Lo que en principio podía indicar una disminución de la violencia de género, en realidad ponía de manifiesto dificultades de las víctimas para pedir ayuda durante el confinamiento, evidenciado sobre todo por el incremento del uso de medios silenciosos. El presente estudio hizo una revisión bibliográfica para reflexionar acerca de cómo ha influido el Covid-19 en la violencia de género, en su vulnerabilidad y cuáles han sido las consecuencias. La literatura actual revisada indicó que las condiciones generadas por la pandemia por Covid-19 ha impactado de modo negativo en la violencia de género porque las mujeres víctimas se han encontrado aisladas sin ningún tipo de apoyo familiar o social. El aumento de la vulnerabilidad también se manifiesta mediante la sintomatología depresiva. Por último, se aportan datos importantes a tener en cuenta a la hora de implementar intervenciones.

### Palabras Clave:

Covid-19, violencia de género, pandemia, confinamiento, riesgo de violencia

## REFLECTIONS ON GENDER VIOLENCE DURING CONFINEMENT CAUSED BY COVID-19

### ABSTRACT

During the period of lockdown, from March to June 2020, there were eight murdered women victims of gender-based violence, eleven less than in the same period of the last year. In addition, the number of complaints decreased by 10.25% in the first quarter and by 14.62% in the second quarter of 2020. However, an increase of 41.1% in calls to 016 was confirmed from March 14 to May 31. At first it could indicate a decrease in gender-based violence, revealed difficulties for victims to ask for help during lockdown, evidenced mainly by the increase in the use of silent means. This study carried out a bibliographic review to reflect on how Covid-19 has influenced gender-based violence, its vulnerability and what the consequences have been. The literature reviewed indicated that the conditions generated by the Covid-19 pandemic have had a negative impact on gender-based violence, since female victims have been isolated without any type of family or social support. Increased vulnerability has also manifested itself through depressive and affective symptoms. Finally, important data is provided to consider when implementing interventions.

### Keywords:

Covid-19, gender-based violence, pandemic, lockdown, violence risk

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 02 de Abril de 2021 | Aceptado: 28 de Junio de 2021 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2021 |

## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### REFLEXIONES SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DURANTE EL CONFINAMIENTO CAUSADO POR COVID-19

Estrella Fátima Rueda Aguilar  
Universidad de Sevilla  
España



Estrella Fátima Rueda Aguilar  
Universidad de Sevilla  
Correo: [erueda@us.es](mailto:erueda@us.es)

Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Pablo de Olavide. Especialista en Psicología Clínica. Experta en investigaciones feministas y en perspectiva feminista del pensamiento científico. Experta en formación de formadores. planificación, diseño, evaluación de proyectos y programas. Profesora en el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla (España). Profesora-Tutora Universidad Nacional de Educación a Distancia. Profesora consultora en Ciclo Formativo de Integración Social en la Universitat Oberta de Catalunya. Amplia experiencia en el ámbito de la intervención social.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Responsable de la idea y coordinación del proyecto, búsqueda bibliográfica en la base de datos, revisión, redacción y supervisión del manuscrito.

### AGRADECIMIENTOS

Se agradece a todas las personas involucradas en la realización de esta investigación.

### DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Departamento de Psicología Social de la Universidad de Sevilla



Copyright: © 2021 Rueda-Aguilar, E. F.,

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.03.001) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>184</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>186</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>187</b>
Consecuencias de la pandemia en la violencia de género, ¿Tiene la pandemia por Covid-19 un impacto negativo en la violencia de género?, 187	
Confinamiento e influencias de la violencia de género, 189	
Vulnerabilidad, Covid-19 y violencia de género, 190	
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>191</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>192</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>192</b>

## INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es una de las violaciones de derechos humanos más presente en el mundo, causada por la desigualdad de género, la discriminación y las dañinas normas culturales y sociales. Cada vez se reconoce más como un tema de salud pública que afecta de modo negativo a la salud de las mujeres, y su grave impacto la ha convertido en uno de los temas más importantes de nuestro tiempo.

En la literatura publicada referente al tema es muy difícil encontrar un consenso en la definición de “violencia de género”, porque la naturaleza de la violencia que sufren las mujeres en sus relaciones íntimas es muy compleja (Heise, Pitanguy y Germain, 1994), coexistiendo distintos términos que con diferentes niveles de generalidad intentan abarcar este fenómeno. Osborne (2009) clasifica las distintas conceptualizaciones:

1. Violencia doméstica. Reduce la violencia de género al contexto doméstico, e incluye a todas las personas que habitan en ese ámbito, independientemente de su género y tipo de relación. Este término invisibiliza y niega la violencia de género que sufren las mujeres que no conviven con las parejas agresoras.
2. Violencia familiar. Abarca a mujeres y hombres que tienen algún tipo de relación familiar más allá de la relación de pareja.
3. Violencia contra las mujeres. Define quién es la víctima principal de esta violencia. Este término invisibiliza la naturaleza de esta violencia (sexismo, machismo, patriarcado), e incluye cualquier violencia hacia cualquier mujer, incluidas las que no son por razón de género.
4. Violencia de género. Es una extendida violación de los derechos humanos. La Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en España la define en su artículo 1.1.:

*“[...] como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.*

*[...] comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad” (p. 42168).*

Una de las complejidades que presenta esta ley es que supedita la violencia de género a la ocurrencia de ésta dentro de una relación de afectividad, dejando fuera otros tipos de violencia derivados del machismo y el sexismo, como la trata de mujeres y niñas o la prostitución.

Según Corsi (1994) la violencia de género se refiere a todas las formas mediante las cuales se intenta perpetuar el sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal, por lo que se trataría de una violencia estructural que se dirige hacia las mujeres con el objetivo de mantener o incrementar su subordinación al género masculino hegemónico. De esta manera, la violencia de género adoptaría formas muy variadas, tanto en el ámbito público como en el privado, evidenciándose sus distintas formas de discriminación hacia la mujer en diferentes niveles (político, institucional, laboral), y también en el acoso sexual, la violación, el tráfico de mujeres para prostitución, la utilización del cuerpo femenino como objeto de consumo, la segregación basada en ideas religiosas, además de en todas las formas de maltrato físico, psicológico, social y sexual que sufren las mujeres en cualquier contexto, y que ocasionan una escala de daños que pueden culminar en la muerte.

Siguiendo a Nogueiras (2005), la violencia de género se caracteriza por:

- Ser ejercida por el hombre con el que se mantiene o se ha mantenido un vínculo afectivo-sexual.
- No ser un hecho aislado; es un proceso a medio-largo plazo que debilita gradualmente a las mujeres que la sufren.
- Suele producirse en espacios o ámbitos de intimidad, por lo que muchas veces son invisibles para las personas que rodean a la pareja.
- Tiende a ocultarse, tanto por quien agrede como por la persona que sufre la violencia.
- El hombre que ejerce la violencia suele tener una adecuada imagen pública; es valorado socialmente.
- Las mujeres que la sufren sienten vergüenza y culpabilidad, lo que las frena a contarlo.
- La socialización discriminatoria de género potencia en las mujeres valores y actitudes como la comprensión y la empatía, que después se vuelven en su contra llegando incluso a justificar la violencia de género.

- Su reforzamiento a través de los mitos.
- Su breve reconocimiento como problema social de extrema gravedad.
- La dificultad para reconocer que detrás de la violencia se encuentran hombres socializados en un tipo de masculinidad que fomenta estas agresiones.

En pleno siglo XXI la violencia de género aún es un problema de salud pública grave a nivel mundial. Las circunstancias de crisis sanitaria, derivadas de la pandemia causada por el Covid-19 han ocasionado que hoy este problema se convierta en uno de los principales focos de atención y de emergencia debido a la constatación del aumento de la violencia.

Desde que en España se contabilizan las víctimas mortales por violencia de género (2003), 1,081 mujeres han fallecido a manos de sus agresores; de éstas, 45 han perdido la vida en 2020. En la tabla 1 se muestran cifras de las víctimas mortales por violencia de género en los últimos cinco años (2016-2020).

Considerando que en España se vivió un confinamiento desde el 15 de marzo hasta el 21 de junio de 2020, el análisis cuantitativo de mujeres asesinadas en este periodo indica que hay un descenso de mujeres víctimas mortales de violencia de género (tabla 1). En los últimos cinco años (2016-2020) y en el periodo definido por el confinamiento debido al Covid-19 (de marzo a junio) se informó de 12 mujeres asesinadas por violencia de género en 2016, y en años posteriores se produjo un aumento, contabilizándose 15 mujeres en 2017, 14 en 2018 y 19 en 2019; aunque en 2020 se observa una disminución, registrándose ocho mujeres asesinadas durante el confinamiento, 11 menos que el año anterior (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2020).

Por otro lado, destaca un aumento durante el confinamiento en la utilización del servicio telefónico de información, asesoramiento jurídico y atención psicosocial inmediata a todas las formas de violencia contra las mujeres, a través del número telefónico de marcación abreviada 016. Desde la segunda quincena de marzo comenzó a observarse un incremento significativo en comparación con el mismo mes del año anterior, consolidándose una tendencia creciente reflejada en un repunte del número de llamadas. En general, las llamadas a las líneas de atención han aumentado en todo el mundo, y en España, según la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género (Ministerio de Igualdad) (2020), se confirma un incremento de 41.1% desde el 14 de marzo al 31 de mayo. Además, las llamadas "on line" crecieron 450% en relación con el mismo periodo de 2019, y se recibieron 2,038 llamadas desde el 21 de marzo a 31 de mayo en

el nuevo servicio de apoyo emocional y psicológico a las víctimas a través de WhatsApp.

**Tabla 1.**

*Mujeres víctimas mortales de violencia de género entre 2016 y febrero 2021 en España.*

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Enero	7	5	2	8	7	1
Febrero	4	10	2	3	6	2
Marzo	2	3	3	4	4	—
Abril	4	4	4	5	1	—
Mayo	4	6	1	3	2	—
Junio	2	3	6	7	1	—
Julio	6	2	8	10	4	—
Agosto	4	4	7	3	8	—
Septiembre	2	2	10	4	4	—
Octubre	4	5	4	4	1	—
Noviembre	5	3	2	3	3	—
Diciembre	5	3	2	1	4	—
Total	49	50	51	55	45	3

Fuente: MSSSI (2020).

Aunque en principio los datos expuestos podrían indicar una disminución de la violencia de género en la mujer, en realidad ponen de manifiesto dificultades de las víctimas para pedir ayuda durante el confinamiento, evidenciadas fundamentalmente por el incremento de la utilización de medios silenciosos, como las llamadas al 016, llamadas online o el servicio de apoyo emocional y psicológico a través de WhatsApp.

Las denuncias por violencia de género durante el periodo de confinamiento disminuyeron según informes de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, pese al normal funcionamiento de éstos. Es evidente la dificultad añadida que el confinamiento aporta al interponer una denuncia por las limitaciones de movilidad y autonomía para salir, además de la dificultad para visibilizar los problemas de violencia que se dan dentro de los domicilios. En este sentido es necesario destacar que, de las 38 víctimas por violencia de género en 2020, sólo ocho habían interpuesto denuncia. Según el Consejo General de Poder Judicial (2020), los juzgados recibieron 36,185 denuncias por violencia de género en el primer trimestre, y 34,576 en el segundo trimestre, lo que supone una variación de -10.25% y -14.62% respectivamente, cuando se comparó con el mismo periodo del

año anterior. De nuevo estos datos no implicaban que la violencia de género había disminuido, sino que las condiciones circunstanciales del confinamiento limitaban de modo fundamental la libertad de movimiento de las víctimas, y por tanto para poder cursar una denuncia.

La actual pandemia Covid-19 ha dado lugar a un aumento de los niveles de violencia de género en todo el mundo (Taub, 2020). Este crecimiento es tan crítico que ha sido descrito como una doble pandemia (Bettinger-López y Bro, 2020) y una nueva crisis (Taub, 2020). Sin embargo, hay que tener en cuenta que, pese a que es evidente el crecimiento de riesgos de la violencia de género en esta situación, es necesario indicar que a veces no son percibidos por los procedimientos habituales establecidos para su detección, y que no se reflejan de manera directa en los datos estadísticos publicados.

Investigaciones previas han proporcionado evidencias que indican un aumento de los niveles de violencia durante o después de desastres naturales y eventos catastróficos (Zahran, Shelley, Peek y Brody, 2009). Más concretamente, han demostrado de modo exhaustivo que la violencia de género aumentó después los desastres naturales (Gearhart et al., 2018), como terremotos (Chan y Zhang, 2011), inundaciones (Gearhart et al., 2018) y huracanes (Anastario, Shehab y Lawry, 2009) porque los agresores aprovechan las circunstancias en las que se restringe la circulación para incrementar el uso de la violencia contra las mujeres (Sakurai et al., 2017). Distintos estudios han mostrado que después de diferentes desastres (el terremoto de Haití, los incendios en Australia y el tsunami en Japón) se observó un aumento de la violencia de género en dos niveles diferentes; por un lado, un aumento del nivel de violencia en las relaciones en que ya sucedía, y por otro lado la aparición de violencia de género en relaciones en las que antes no existía, y todo ello sin aumentar el número de denuncias (Parkinson, 2019). Campbell (2020) indica que el aumento de violencia durante y después de la pandemia de Covid-19 puede incluso exceder a los grandes incrementos observados en los informes que siguen desastres y otros sucesos catastróficos.

El confinamiento vivido como medida para contener el avance del Covid-19 no ha sido una medida de seguridad y protección para las víctimas de violencia de género, que se han visto obligadas a convivir las 24 horas con sus agresores, aumentando con esta situación la vulnerabilidad de este colectivo al tener que vivir con un constante doble temor, a su agresor y al virus, y observándose sobre todo un incremento de la tensión y el estrés, y un aumento del aislamiento caracterizado por el alejamiento de sus apoyos sociales y de los recursos dis-

ponibles (Gallo y Mañas, 2020). Así en el apartado I del Real Decreto-Ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género de España se indica:

*“Las mujeres víctimas de violencia de género son un colectivo especialmente vulnerable en situaciones de aislamiento domiciliario, por verse forzadas a convivir con su agresor, lo que las sitúa en una situación de mayor riesgo, como se ha venido demostrando con motivo de situaciones parcialmente análogas, como los periodos vacacionales sin situación de permanencia en domicilios, periodos en los que se disparan los casos de violencia de género y de violencia doméstica” (p. 27973).*

En el presente estudio se realiza una revisión bibliográfica para reflexionar acerca de cómo ha afectado el Covid-19 y la situación de confinamiento vivida en mujeres víctimas de violencia de género, y entender cómo Covid-19 puede llegar a exacerbar los factores que conducen a una escalada de violencia. Teniendo en cuenta este planteamiento se propone dar respuesta a las siguientes cuestiones: 1) ¿ha tenido la pandemia por Covid-19 un impacto negativo en la violencia de género?; 2) ¿se identifican cuáles han sido las influencias específicas del confinamiento en la violencia de género?, y 3) ¿aumentó la vulnerabilidad de las mujeres sometidas a violencia de género durante la pandemia por Covid-19?

## MÉTODO

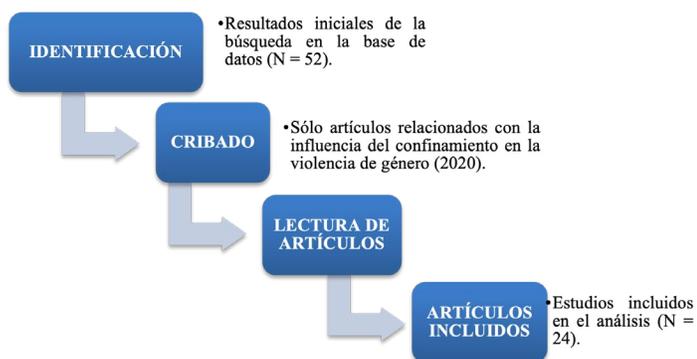
Para desarrollar este trabajo se utilizó el enfoque cualitativo descriptivo por medio del método bibliográfico para indagar, recolectar, organizar, analizar e interpretar informaciones (Alfonso, 1995) acerca de la violencia del género durante el confinamiento. El propósito fue la construcción de conocimientos y la sistematización objetiva y metódica de los estudios publicados con el objetivo de concretar el estado de arte de la cuestión (Sánchez-Meca, 2010). Para la localización de documentos se utilizaron varias fuentes documentales. Se hizo una búsqueda sistemática de publicaciones académicas con el buscador Google Scholar y en las bases de datos de Psycodoc y PsycInfo, utilizando los siguientes descriptores en español y en inglés para la búsqueda: “Violencia de Género/Gender Violence”, “Confinamiento/Lockdown” y “Covid-19”.

Los criterios de inclusión utilizados para la selección de los artículos fueron:

1. Publicados en las bases de datos PsycDoc y PsycInfo durante los ocho meses posteriores a la declaración del estado de alarma por la pandemia de Covid-19 en España, es decir del 15 de marzo al 15 de noviembre de 2020.
2. Centrado en algún aspecto psicosocial (psicológico, emocional, relacional y/o social) de la violencia de género.
3. Idioma: inglés o español.

A partir del número inicial de trabajos obtenidos (N = 52), se hizo un primer cribado para seleccionar sólo las publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión establecidos, resultando 24 artículos que fueron almacenados en el gestor bibliográfico Mendeley. Se utilizó la ficha bibliográfica como instrumento de registro. La extracción de la información fue hecha por dos colaboradoras independientes.

La figura 1 muestra el diagrama de búsqueda. Se han tenido en cuenta la guía y algunas directrices propuestas por la declaración Prisma, en aras de hacer un análisis que garantice sistematicidad y estandarización durante el procedimiento (Urrutia y Bonfill, 2010).



**Figura 1.**  
Diagrama de búsqueda.  
Fuente: Elaboración propia.

## RESULTADOS

Debido a la aparición del Covid-19 se dispuso a nivel mundial un confinamiento social obligatorio, que implicaba permanecer en aislamiento durante un periodo definido para tratar de evitar o limitar que se extendiera el contagio de la enfermedad. Esta circunstancia evidenció tremendas desigualdades económicas, sociales y políticas (López-Hernández y Rubio-Amores, 2020) que incrementaban la exposición a riesgos, y por tanto la vulnerabilidad de las mujeres a sufrir violencia. Un informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2020) indicó:

*“Las pandemias exacerbaban las desigualdades de género y las vulnerabilidades existentes, lo cual aumenta los riesgos de abuso. En épocas de crisis, como sucede durante un brote, las mujeres y las niñas pueden presentar un riesgo más elevado, por ejemplo, de padecer violencia infligida por la pareja y otras formas de violencia intrafamiliar como resultado de las tensiones crecientes en el hogar. También enfrentan mayores riesgos de otras formas de violencia de género, incluidas la explotación y el abuso sexuales en estas situaciones” (p. 6).*

### Consecuencias de la pandemia en la violencia de género, ¿Tiene la pandemia por Covid-19 un impacto negativo en la violencia de género?

Todavía hay mucho que aprender acerca de esta pandemia y el impacto que tendrá en nuestra sociedad. No obstante, ya se sabe que la pandemia ha sido un trauma debido a su naturaleza, por lo que si una persona no puede escapar del abuso durante este periodo de aislamiento social, el riesgo de abuso aumenta (Bagwell-Gray y Bartholmey, 2020). La situación generada por la pandemia de Covid-19 aumentó las desigualdades sociales, impactando de modo grave los grupos más vulnerables y a las personas con escasas redes de contención, como ocurre con las mujeres víctimas de violencia de género, quienes han quedado atrapadas en sus hogares junto a sus maltratadores (Montenegro y Montenegro, 2020). Alteraciones drásticas de la normalidad comúnmente asociadas con pandemias exacerbaron las ocurrencias de la violencia de género, sobre todo por el estrés y la inestabilidad del empleo, la pobreza y el aislamiento social (Van Gelder et al., 2020), este último utilizado como táctica por los abusadores para distanciar a las víctimas de sus redes de apoyo (Coohey, 2007).

A pesar de los limitados precedentes, algunas investigaciones (Campbell, 2020) indican que los efectos de las pandemias son sobre todo rápidos, con un aumento de la presión, cambios repentinos en el trabajo diario, cierre de las escuelas y los recursos comunitarios, y en general una reducción de los recursos disponibles. Montenegro y Montenegro (2020) manifestaron que las situaciones de vulnerabilidad de las poblaciones con menos recursos se agravaron con la pandemia derivada por el Covid-19 sobre todo por la pérdida de empleos, la precarización laboral, la alteración de las rutinas diarias, el mayor número de episodios de ansiedad y depresión, el crecimiento de adicciones, el aumento de casos de violencia doméstica e intrafamiliar en mujeres, niñas, niños y adolescentes, y

en casos más graves femicidios, todo esto pese a que algunos autores cuestionaran la evidencia científica de que el confinamiento causara un aumento de la violencia de género (Reingle-Gonzalez et al., 2020).

Leslie y Wilson (2020) incidieron en que el aumento del aislamiento familiar, del desempleo y del estrés económico son los grandes potenciadores de la violencia de género. Los estudios de Zhang (2020) en China sugirieron un aumento en general de la violencia durante la pandemia de Covid-19 como consecuencia del agravamiento de los conflictos familiares, la angustia económica, la tensión causada por la pandemia entre los miembros de la familia, y un inadecuado apoyo a las víctimas durante la pandemia.

Por su parte, Marques et al. (2020) indican que los factores que pueden agravar la violencia de género se relacionan con las restricciones de movimiento y el encierro, los problemas y la inseguridad relacionados con un empeoramiento en la economía, el aumento de estrés del agresor, el temor a contagiarse de Covid-19 y las dudas respecto al futuro, la falta de contacto social y el consumo de sustancias psicotrópicas.

En resumen, la precariedad económica ocasionada por la crisis y las medidas de austeridad impuestas influyeron de modo grave en la violencia contra las mujeres. Es importante tener en cuenta el aumento del desempleo, la temporalidad y la inestabilidad laboral, la dependencia económica o la sobrecarga de tareas reproductivas como elementos facilitadores (Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020). Algunas investigaciones previas referentes al desempleo, la pérdida de empleo y la inseguridad financiera evidenciaron que son factores estresantes que puede conducir a un aumento de la violencia familiar y de género (Bowlus y Seitz, 2006).

Los académicos indican que los bajos ingresos están relacionados con el aumento de la violencia en los hogares y plantean:

1. Aunque en una familia no existieran antecedentes de violencia de género, la angustia económica durante una pandemia por las tensiones financieras y la falta de apoyo social podía alimentar la violencia. Esto es consistente con la literatura que indica que niveles altos de estrés en las parejas aumentan la tasa de violencia 3.5 veces (Peprah y Koomson, 2017).
2. La violencia doméstica, y de género, podía estar impulsada por un cambio de responsabilidades. Investigaciones recientes sugieren que el confinamiento ha dado lugar a un crecimiento en la carga que soportan las mujeres en las ta-

reas dedicadas a los cuidados del hogar o de personas a su cargo (Gallo y Mañas, 2020).

3. La violencia de género podría surgir como consecuencia de un aumento de interacciones, debido a que se pasa más tiempo junto al maltratador en casa. Los confinamientos, las órdenes de quedarse en casa y las pautas de distanciamiento social influyeron en que los maltratadores pasen más tiempo en casa (Jarnecky y Flanagan, 2020; Borges, 2020).

En esta misma línea, Sharma y Borah (2020) pusieron de manifiesto claros vínculos entre Covid-19 y la violencia doméstica, que a su vez impactó en la crisis económica y social. Los despidos, la pérdida de ingresos y las estancias domésticas prolongadas debido a las órdenes de quedarse en casa aumentaron la incidencia de violencia doméstica.

Por otro lado, es bien conocida la relación entre la violencia de género y los problemas de salud en las víctimas (Sabri et al., 2020), no sólo derivadas de lesiones graves a consecuencia de la violencia, sino también las dolencias crónicas con consecuencias a largo plazo en la salud física y mental (Gallo y Mañas, 2020). La reclusión con el agresor a traduce en múltiples efectos en la salud de la mujeres, en su bienestar, en su salud física y sexual, en su salud mental y en la salud de sus hijos e hijas (Izquierdo, 2020).

Algunos autores indican las dificultades de las mujeres víctimas de violencia de género para el acceso a recursos de apoyo durante el periodo de confinamiento. Con la crisis sanitaria derivada del Covid-19, la mayoría de los servicios se dirigieron a los enfermos de coronavirus, relegando a un segundo plano a los afectados por violencia intrafamiliar o de género y otras problemáticas sociales (Marques et al., 2020). Tradicionalmente los servicios de salud han sido los principales medios para establecer contacto con las mujeres víctimas de violencia de género. En la situación de emergencia, todas las barreras que tradicionalmente han dificultado la detección eficaz de la violencia de género, como la falta de tiempo o la poca formación para abordar esta problemática, se agudizó de nuevo debido a la sobrecarga de trabajo de los profesionales (Peterman et al., 2020). Por tanto, es posible que la situación de crisis afectara de manera negativa la capacidad de los profesionales para detectar y atender de modo adecuado los casos de violencia de género porque, además, se constató una reducción de recursos humanos y de recursos o servicios a los que las mujeres podían ser derivadas (Otero-García et al., 2018). Además, fue evidente el impacto en el acceso a la justicia y en el siste-

ma de seguimiento institucional para mujeres víctimas de violencia de género (Carril, 2020).

En la tabla 2 se muestran las principales consecuencias de la pandemia por el Covid-19 analizadas.

### Confinamiento e influencias de la violencia de género

La declaración de confinamiento generó un impacto negativo en la seguridad de la mujeres porque potencian los factores de riesgo de la violencia de género a nivel individual, familiar y social al aumentar el aislamiento. En estas circunstancias, las mujeres que sufren violencia de género permanecieron encerradas junto a su agresor, una situación de alto riesgo caracterizada por el incremento de factores de estrés en la que se pueden desencadenar con más facilidad actos violentos o de abuso (Sosa, 2020).

El confinamiento supuso una convivencia forzosa y continua con otras personas, que puede estar modulada por muchas variables psicosociales (condiciones materiales y de servicios de la vivienda, relaciones previas entre los convivientes, habilidades para la negociación

y la solución de problemas, etcétera). Sus efectos en el ejercicio de la violencia por parte de los maltratadores durante y después del periodo de confinamiento, y en la salud física, mental y social de quienes la han padecido, constituyó una de las consecuencias de esta situación que es necesario afrontar (Ferrer-Pérez, 2020).

El encierro creó las condiciones ideales para el crecimiento de los elementos involucrados en la violencia de género porque el aislamiento que sufrieron las mujeres fue aún mayor, el control en el hogar aumentó, se estimuló la impunidad y se creó un contexto que facilitó el uso de cualquiera forma de violencia ante el menor estímulo (Lorente, 2020). Según Carrasco y Martínez-Reina (2020) el aislamiento social obligatorio colocó a las mujeres que convivían con sus agresores en un lugar de mayor riesgo.

Los circunstancias y factores que aumentaron de manera dramática el riesgo de violencia de la mujer durante el confinamiento fueron:

1. Convivencia con el agresor. Las mujeres se vieron obligadas a pasar mucho tiempo aisladas con su agresor, con poca posibilidad para

**Tabla 2.**

*Consecuencias de la pandemia por Covid-19 en mujeres víctimas de violencia de género.*

CONSECUENCIAS	FUENTE
1. Aumento de desigualdad.	López-Hernández y Rubio-Amores (2020); Montenegro y Montenegro (2020).
2. Sobrecarga de tareas destinada al cuidado.	Gallo y Mañas (2020).
3. Aislamiento o distanciamiento sociofamiliar.	Bagwell-Gray y Bartholmey (2020); Borges (2020); Carrasco y Martínez-Reina (2020); Gallo y Mañas (2020); Izquierdo (2020); Lorente (2020); Sosa (2020); Jarnecke y Flanagan (2020); Kofman y Garfin (2020); Leslie y Wilson (2020); López-Hernández y Rubio-Amores (2020).
4. Desempleo y precarización en el trabajo.	Bedoya et al. (2020); Leslie y Wilson (2020); Sharma y Borah (2020); Montenegro y Montenegro (2020).
5. Dependencia económica.	Lorente (2020); Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno (2020).
6. Estrés económico.	Bedoya et al. (2020); Zhang (2020); Leslie y Wilson (2020); Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno (2020).
7. Empeoramiento de la salud física y sexual.	Ferrer-Pérez (2020); Gallo y Mañas (2020); Izquierdo (2020); Sabri et al. (2020); Sharma y Borah (2020).
8. Problemas de salud mental.	Ferrer-Pérez (2020); Gallo y Mañas (2020); Izquierdo (2020); Lorente (2020); Raj et al. (2020); Sediri et al. (2020); Montenegro y Montenegro (2020).
9. Dificultades en los desplazamientos y limitaciones de movilidad.	Izquierdo (2020); Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno (2020).
10. Dificultades de acceso a recursos de apoyo.	Bedoya et al. (2020); Gallo y Mañas (2020); Izquierdo (2020); Zhang (2020); Sosa (2020); Kofman y Garfin (2020); Londoño (2020); López-Hernández y Rubio-Amores (2020); Montenegro y Montenegro (2020); Moreira y Pinto da Costa (2020).
11. Dificultades de acceso a la justicia.	Carril (2020); Londoño (2020).

crear o fortalecer una red de apoyo (López-Hernández y Rubio-Amores, 2020; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020; Kofman y Garfin, 2020).

2. Poco acceso a espacios privados; de ahí que muchas mujeres tuvieran muchas dificultades para hacer una llamada o buscar ayuda on line (Bedoya et al., 2020).
3. Limitaciones de movilidad física y restricciones de circulación que facilitaron el comportamiento de control de los maltratadores (Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2020) y dificultaron la autonomía para salir del domicilio (Izquierdo, 2020).
4. Distanciamiento social y disminución de actividades comunitaria (Izquierdo, 2020), que imposibilitaron que las mujeres pudieran contactar con su red de apoyo social (familiares, vecinos y amigos) (López-Hernández y Rubio-Amores, 2020; OMS, 2020).
5. Sentimientos depresivos. Las circunstancias del confinamiento dieron lugar a sentimientos de impotencia y de no escapatoria (Lorente, 2020). Las mujeres con antecedentes de violencia de género parecían tener un mayor riesgo de padecer síntomas de depresión y/o ansiedad durante el confinamiento (Raj et al., 2020; Sediri et al., 2020).
6. Estrés, sobre todo por la situación y por las posibles pérdidas económicas o laborales (OMS, 2020).
7. Aumento del consumo de alcohol. Dado que la intoxicación por alcohol es un factor precipitante de la violencia de género, el riesgo de que las personas usen la violencia podría haber crecido de manera exponencial (Cafferky et al., 2018).
8. Pocas posibilidades para cambiar su vida después de una posible ruptura por las circunstancias sociales y económicas (Lorente, 2020).
9. Dificultades para pedir ayuda. El confinamiento puso en peligro a las mujeres porque las familias volvieron al ámbito privado y colocaron a las mujeres en una situación de aislamiento y amenazante con más dificultades para pedir ayuda (Izquierdo, 2020), y para acceder a servicios públicos en donde buscar protección legal y social (López-Hernández y Rubio-Amores, 2020).
10. Dificultades para interponer una denuncia. El acceso a la justicia, fiscalías o comisarías, e incluso a los abogados, fue casi imposible (Carril, 2020).
11. Dificultades para huir de estas situaciones violentas o para acceder a los escasos servicios

de protección y/o servicios esenciales que pudieran salvar sus vidas (Sosa, 2020) por estar permanentemente vigiladas por los agresores (OMS, 2020).

### Vulnerabilidad, Covid-19 y violencia de género

La vulnerabilidad de las mujeres sometidas a violencia de género se agrava en situaciones como la experimentada durante la pandemia por Covid-19. Según Moreira y Pinto da Costa (2020), ésta pudo influir y exacerbar aún más los factores individuales, de relación y comunitarios y sociales que precipitan los episodios de violencia en la pareja. Además, la situación que se generó a consecuencia del estrés, la perturbación de las redes sociales y de protección, y el menor acceso a los servicios incrementó el riesgo de violencia contra la mujer. Este fenómeno sociofamiliar fue en aumento porque a medida que se implantaban las medidas de distanciamiento y se pedía a las personas que se quedaran en sus casas, aumentaba la probabilidad de mayor exposición a violencia en las mujeres con una relación de maltrato. Según Bedoya et al. (2020):

*“[...] además de por un mayor estrés, el aumento de tiempo que la familia permanece en contacto y las posibles pérdidas económicas o del trabajo son factores importantes a considerar” (p. 11).*

Peterman et al. (2020) plantearon tres vías principales que vinculan la pandemia con la violencia contra las mujeres:

1. La inseguridad económica y el estrés relacionado con la pobreza durante el confinamiento.
2. El aislamiento social e imposibilidad de las mujeres para escapar temporalmente de sus parejas abusivas.
3. La limitada accesibilidad a los servicios de salud.

No obstante, hay que tener en cuenta que el riesgo en este contexto podría haber estado determinado en gran medida por factores de riesgo individuales y la historia de violencia previa al confinamiento, que causaría un mayor efecto en las formas de violencia y la repetición de agresiones (Lorente, 2020).

Además, Esteve (2020), integrante de la Asociación de Mujeres Juezas de España, indicó que los factores que frenan a las mujeres que podrían estar planteándose tomar la decisión de salir de una situación de violencia son:

1. Dificultad de interponer una denuncia pese a que los juzgados sigan funcionando.

2. Imposibilidad de asistir a una consulta médica de manera presencial.
3. Falta de oportunidades para exteriorizar la situación de violencia de género, por lo que casi siempre permanecen latentes.

Es necesario considerar que esta situación causó una menor visibilidad de situaciones violentas que ocurrían en el interior de los hogares, porque las medidas adoptadas por los gobiernos de quedarse en casa, la reducción de jornada laboral o teletrabajo, y la poca disponibilidad de los servicios de protección, de prevención y de atención ocasionaron que las situaciones de violencia fueran más difíciles de denunciar (Marques et al., 2020; Londoño, 2020). Es posible que durante la desescalada aparezcan otros factores que aumenten la situación de riesgo de la mujer. La situación de estrés, derivada de nuevos miedos, con la posible situación de pérdidas económicas y la percepción de pérdida de control por parte del agresor, podrían constituir un estado de especial vulnerabilidad y riesgo (Izquierdo, 2020).

## DISCUSIÓN

La realización de revisiones como la que se presenta en este artículo constituye un punto de partida para visibilizar la violencia de género y aprender, para que en futuras pandemias se atiendan específicamente los casos de la violencia contra las mujeres. En ella se ha evidenciado que aunque existe un buen número de estudios pertinentes, aún se debe recorrer un largo camino con investigaciones longitudinales que revelen datos más sólidos y definan con más claridad el impacto de la pandemia Covid-19 en las víctimas de violencia de género.

Muchos autores han advertido de la invisibilidad de la violencia de género durante el periodo de confinamiento. Varios informes sugieren el aumento de la incidencia de la violencia en general y no sólo en número sino también en gravedad (Sharma y Borah, 2020), e indican que continúa siendo un problema de salud pública y que, en situaciones de emergencia como la actual, la salud de las mujeres está gravemente amenazada. No obstante, hay que destacar que pese a la agudización e incuestionable incremento de la violencia de género, los métodos de registros habituales no han sido capaces de detectarla, urgiendo la implementación de nuevos procedimientos que faciliten una visión real de esta realidad y aumenten la detección de casos.

Existen ya algunos datos que podrían indicar que la pandemia por Covid-19 ha tenido un impacto negativo en la violencia de género. En general, el confinamiento

ha incidido en el aumento del aislamiento sociofamiliar, del desempleo o inestabilidad laboral, de la pobreza y del estrés, e inseguridad económica, etcétera, todos factores estresantes, grandes potenciadores de la violencia de género. Además, esta circunstancia ha tenido lugar en un contexto en el que la prioridad fue la lucha contra la pandemia, dedicando poca o nula atención a las víctimas de violencia de género.

Algunas influencias específicas del confinamiento en la violencia de género puestas de manifiesto en la literatura revisada han estado relacionadas con las dificultades para pedir ayuda, para huir o para poder denunciar la situación de violencia de género. A nivel individual se ha constatado un aumento de sintomatología depresiva y estrés. Asimismo se ha evidenciado una situación paradójica durante el confinamiento, porque a medida que aumentaba la convivencia con el agresor disminuían las relaciones de apoyo significativas y las actividades sociales y comunitarias de las mujeres víctimas de violencia de género.

La vulnerabilidad de las mujeres sometidas a violencia de género durante la pandemia por Covid-19 está determinada sobre todo por la situación de aislamiento y la reducción de las opciones de apoyo psicosocial. Las medidas de aislamiento social impuestas para minimizar el riesgo de contagio, junto con el debilitamiento de la economía y el aumento de la inestabilidad laboral, han colocado en una situación de mayor riesgo a las familias donde la violencia estaba presente en sus vidas.

En estos momentos la necesidad de visibilizar la violencia de género es una prioridad. La implicación de entidades públicas y privadas (de salud, jurídicas, educativas, etcétera) en esta tarea es fundamental; para ello es imprescindible seguir potenciando todo tipo de medidas de protección y reforzar las redes de apoyo tanto formales (familia, amigos, vecinos, etcétera) como informales tan importantes en la prevención de la violencia de género.

Ante la realidad actual en que coexisten la violencia de género y la pandemia, no queda más remedio que continuar haciendo una profunda reflexión, lo que implica:

1. Reforzar y enfatizar los recursos personales y sociales que permitan a las mujeres que están viviendo esta situación junto a su agresor lograr un empoderamiento para salvaguardar su salud física y mental.
2. Intensificar las campañas de promoción y concienciación que integren estrategias de prevención de la violencia de género.

3. Dar apoyo a las mujeres con medidas psicosociales eficaces que actúen contra la violencia de género.
4. Analizar la efectividad real de las estrategias que se han propuesto durante el proceso (campañas informativas, mecanismos telemáticos para solicitar ayuda, incentivar conductas de ayuda del entorno, etcétera), e identificar las estrategias a usar en la actualidad y en el futuro para mitigar el riesgo de violencia de género durante las crisis sanitarias.
5. Hacer estudios científicos rigurosos para identificar los mecanismos específicos que relacionan la pandemia con el incremento de riesgo de violencia de género.

Incidir en que la violencia de género es un problema de todos y todas que sufren las mujeres. Es necesario que todos y todas las personas se posicionen en su contra, implicando al hombre en igualdad y aislando al maltratador para que comprenda que en este nuevo modelo de sociedad no es aceptable su comportamiento (Martínez, 2017).

Respecto a las limitaciones de este estudio, aunque se ha intentado hacer un búsqueda metódica y ordenada para identificar los estudios más relevantes, se han encontrado algunas restricciones en el acceso a algunos estudios publicados por distintas razones: artículos en bases de datos distintas a las utilizadas, artículos no indexados, artículos sin acceso abierto, artículos en otros idiomas no incluidos en los criterios de inclusión, etcétera. Por otro lado, el sesgo de selección puede influir de modo significativo en la revisión hecha porque se ha intentado buscar una relación entre el agravamiento de la violencia de género durante el confinamiento por Covid-19, y es posible que se hayan seleccionados los informes más accesibles y se hallan ignorado otros que podrían aportar información importante por no estar en las bases de datos consultadas.

En este sentido, sería necesario efectuar estudios más sólidos y sistemáticos en el futuro para comprender y evidenciar el impacto del Covid-19 en la violencia de género. No obstante, este trabajo supone una reflexión inicial del tema que puede ayudar a establecer estrategias de intervención adecuadas que garanticen la seguridad de las víctimas, y combatan los efectos adversos del Covid-19 en la violencia de género.

Para finalizar, la violencia contra las mujeres requiere una lucha fundamental a largo plazo y estrategias prácticas de intervención. Estos cambios deben emanar de las propias sociedades y no imponerse para cambiar de manera eficaz las mentalidades. Esto comienza con

la educación dentro del núcleo familiar y requiere la colaboración entre la sociedad civil y el gobierno para promover cambios reales duraderos (Sediri et al., 2020).

## CONCLUSIÓN

La pandemia por Covid-19 ha impactado de modo negativo en la violencia de género, en un escenario donde las mujeres víctimas se han visto obligadas a estar confinadas con su agresor y convertirse en víctimas ocultas. Por lo general la víctima se ha encontrado aislada junto a su maltratador y sin apoyo de sus redes sociofamiliares o de entidades y de servicios públicos de atención y protección. Las circunstancias sociales y económicas causadas por la pandemia de Covid-19 han creado las circunstancias perfectas para que aparezcan conductas de maltrato hacia las mujeres y generen un aumento de la vulnerabilidad. Las consecuencias se han reflejado en casi todas las áreas de la vida de las mujeres víctimas de violencia de género, potenciando los factores de riesgo de violencia de género, a nivel individual y social, al aumentar el aislamiento y las barreras que dificultan la solicitud de ayuda y la denuncia, y apareciendo con más frecuencia problemas psicoafectivos como la depresión. Todavía son necesarios datos más consistentes para definir con claridad el impacto de la pandemia por Covid-19 en las víctimas de violencia de género. No obstante, ya hay resultados importantes a tener en cuenta cuando se implementen intervenciones para prevenir la violencia de género y proteger a las víctimas de violencia de género en el contexto de una pandemia mundial. 📌

## REFERENCIAS

Referencias marcadas con asterisco indican estudios incluidos en el análisis.

- Alfonso, I. (1995). *Técnicas de investigación bibliográfica*. Caracas: Contextos Ediciones.
- Anastario, M., Shehab, N., & Lawry, L. (2009). Increased gender-based violence among women internally displaced in Mississippi 2 years post-hurricane Katrina. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 3(1), 18-26. <https://doi.org/10.1097/DMP.0b013e3181979c32>
- Bagwell-Gray, M. E., & Bartholmey, E. (2020). Safety and Services for Survivors of Intimate Partner Violence: A Researcher-Practitioner Dialogue on the Impact of Covid-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S205-S207. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000869>
- Bedoya, M. D. P., Bedoya, B. O., & Baquero, O. X. (2020). Covid-19 y la violencia contra la mujer. *Recimundo*, 4(4), 242-249. <https://doi.org/10.26820/recimundo/4.4>

- [octubre.2020.242-249](#)
- Bettinger-Lopez, C., & Bro, A. (2020). A Double Pandemic: Domestic Violence in the Age of Covid-19. *Domestic Violence Report*, 25(5), 85-100.
- Borges, R. (2020). Víctima de violencia de género y confinamiento por coronavirus: Un factor más de riesgo. Recuperado el 2 de noviembre de 2020 de <https://idibe.org/tribuna/victima-violencia-genero-confinamiento-coronavirus-factor-mas-riesgo/>
- Bowlus, A. J., & Seitz, S. (2006). Domestic violence, employment, and divorce. *International Economic Review*, 47(4), 1113-1149. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2354.2006.00408.x>
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R., & Stith, S. M. (2018). Uso de sustancias y violencia de pareja íntima: Una revisión metaanalítica. *Psicología de la violencia*, 8, 110-131. <https://doi.org/10.1037/vio0000074>
- Campbell, A. M. (2020). An increasing risk of family violence during the Covid-19 pandemic: Strengthening community collaborations to save lives. *Forensic Science International: Reports*, 2, 1-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.fsir.2020.100089>
- Carrasco, L., & Martínez-Reina, M. J. (2020). Riesgos inminentes, cuerpos descorporizados, silencios que gritan, luchas colectivas o muerte. Efectos de la pandemia Covid-19 en la configuración de las violencias contra las mujeres. *Red Sociales, Revista del Departamento de Ciencias Sociales*, 7(2), 46-57. <http://www.redsocialesunlu.net/?p=1498>
- Carril, M. P. (2020). La violencia de género en el contexto de pandemia. Una obligada reflexión sobre la eficacia de los mecanismos de seguimiento a víctimas de violencia. *Revista difusiones*, 18, 47-58. <https://revistadifusiones.net/index.php/difusiones/article/view/222/288>
- Chan, K. L., & Zhang, Y. (2011). Female victimization and intimate partner violence after the May 12, 2008, Sichuan earthquake. *Violence and Victims*, 26(3), 364-376. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.26.3.364>
- Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) (2020). Violencia de género. Datos y estadísticas. Recuperado el 2 de noviembre de 2020 de <https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106>
- Coohey, C. (2007). The relationship between mothers' social networks and severe domestic violence: A test of the social isolation hypothesis. *Violence and Victims*, 22(4), 503-512. <https://doi.org/10.1891/08866700778155400>
- Corsi, J. (1999). *Violencia familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género (Ministerio de Igualdad) (2020). Violencia de género. Datos y estadísticas. Recuperado el 2 de noviembre de 2020 de <https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106>
- Esteve, L. (2020). Por qué descienden los asuntos en juzgados de violencia de género mientras aumentan las consultas al 016. Recuperado el 1 de abril de 2020 de <https://www.elsaltodiario.com/coronavirus/violencia-genero-descienden-datos-policia-juzgados-aumentan-consultas-016>
- Ferrer-Perez, V. A. (2020). Coping with the Covid-19 pandemic and its consequences from the vantage point of feminist social psychology. *International Journal of Social Psychology*, 35(3), 639-646. <https://doi.org/10.1080/02134748.2020.1783839>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2020). Covid-19: Un enfoque de género. Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover la igualdad de género. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19\\_A\\_Gender\\_Lens\\_Guidance\\_Note.docx\\_en-US\\_es-MX.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_A_Gender_Lens_Guidance_Note.docx_en-US_es-MX.pdf)
- Gallo, M. T., & Mañas, E. (2020). Territorios vulnerables a la violencia de género en tiempos de confinamiento. Madrid: Instituto Universitario de Análisis Económico y Social, Serie documentos de trabajo. [http://www.iaes.es/uploads/2/0/8/6/20860996/dt\\_05\\_20.pdf](http://www.iaes.es/uploads/2/0/8/6/20860996/dt_05_20.pdf)
- Gearhart, S., Perez-Patron, M., Hammond, T. A., Goldberg, D. W., Klein, A., & Horney, J. A. (2018). The impact of natural disasters on domestic violence: An analysis of reports of simple assault in Florida (1999-2007). *Violence and Gender*, 5(2), 87-92. <https://doi.org/10.1089/vio.2017.0077>
- Heise, L., Pitanguy J., & Germain, A. (1994). *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*. Programa mujer, salud y desarrollo. Washington, D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Izquierdo, R. (2020). Violencia de género en tiempo de Covid-19. *Cadernos de Atención Primaria*, 26(2), 26-27. [https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec-26\\_2-Violencia-de-g%C3%A9nero-en-tiempos-del-covid-19.pdf](https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2020/07/Agamfec-26_2-Violencia-de-g%C3%A9nero-en-tiempos-del-covid-19.pdf)
- Jarnecke, A. M., & Flanagan, J. C. (2020). Staying safe during Covid-19: How a pandemic can escalate risk for intimate partner violence and what can be done to provide individuals with resources and support. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 12(S1), S202-S204. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000688>
- Kofman, Y. B., & Garfin, D. R. (2020). Home Is Not Always a Haven: The Domestic Violence Crisis Amid the Covid-19 Pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S199-S201. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000866>
- Leslie, E., & Wilson, R. (2020). Sheltering in place and domestic violence: Evidence from calls for service during Covid-19. *Journal of Public Economics*, 189, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104241>
- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, de 3 de diciembre de 2004, 42166-42197. <https://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Londoño, N. (2020). Expresiones de la violencia basada en género, en el marco del confinamiento por Covid-19. *Nova*, 18(35), 107-113. <https://doi.org/10.22490/24629448.4194>
- López-Hernández, E., & Rubio-Amores, D. (2020). Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por Covid-19. *CienciaAmérica*, 9(2), 312-321. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.319>
- Lorente, M. (2020). Gender-based violence during the pandemic and lockdown. *Spanish Journal of Legal Medicine*, 46(3),

- 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
- Marques, E. S., de Moraes, C. L., Hasselmann, M. L., Deslandes, S. F., & Reichenheim, M. E. (2020). Violencia contra mujeres, niños y adolescentes en tiempos de la pandemia de Covid-19: Panorama, motivaciones y formas de afrontamiento. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(4), 1-6. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00074420>
- Martínez, E. (2017). La igualdad y la violencia de género: elementos para la reflexión en España y en Europa. En J. Hurtado Pozo (dir.), *Género y Derecho Penal* (169-170). Lima: Instituto Pacífico.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) (2020). Violencia de género. Datos y estadísticas. Recuperado el 2 de noviembre de 2020 de <https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106>
- Montenegro, E., & Montenegro, M. (2020). Re-pensando el campo de intervención del trabajo social junto a las víctimas de violencia de género, durante la pandemia de Covid-19. *Revista Difusiones*, 18(18), 59-67. <https://revistadifusiones.net/index.php/difusiones/article/view/223/289>
- Moreira, D. N., & Pinto da Costa, M. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71, 101606. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101606>
- Nogueiras, B. (2005). La violencia en la pareja. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco (dirs.). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección* (pp. 39-56). Madrid: Díaz de Santos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). Covid-19 and violence against women What the health sector/system can do. Recuperado el 25 de noviembre de 2020 de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-VAW-full-text.pdf>
- Osborne, R. (2009). *Apuntes sobre violencia de género*. Barcelona: Bellaterra.
- Otero-García, L., Briones-Vozmediano, E., Vives-Cases, C., García-Quinto, M., Sanz-Barbero, B., & Goicolea, I. (2018). A qualitative study on primary health care responses to intimate partner violence during the economic crisis in Spain. *The European Journal of Public Health*, 28(6), 1000-1005. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky095>
- Parkinson, D. (2019). Investigating the increase in domestic violence post disaster: An Australian case study. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(11), 2333-2362. <https://doi.org/10.1177/0886260517696876>
- Peprah, J. A., & Koomson, I. (2017). Impulsores económicos de la violencia doméstica entre las mujeres: Un estudio de caso sobre la violencia y la sociedad en Ghana: Avances en la investigación y la práctica (222-240). IGI global.
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & Van Gelder, N. (2020). Pandemics and violence against women and children. Center for Global Development, Working Paper, 528. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf>
- Raj, A., Johns, N. E., Barker, K. M. & Silverman, J. G. (2020). Time from Covid-19 shut down, gender-based violence exposure, and mental health outcomes among a state representative sample of California residents. *EclinicalMedicine*, 26, 100520. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100520>
- Real Decreto-Ley 12/2020, de 31 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, 91, de 1 de abril de 2020, 27973-27980. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/31/12>
- Reingle Gonzalez, J. M., Molsberry, R., Maskaly, J., & Jetelina, K. K. (2020). Las tendencias en violencia familiar no están asociadas causalmente con las órdenes de estancia en el hogar Covid-19: Un comentario sobre Piquero et al. *American Journal of Criminal Justice*, 45, 1100-1110. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09574-w>
- Ruiz-Pérez, I., & Pastor-Moreno, G. (2020). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de Covid-19. *Gaceta Sanitaria*, 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>
- Sabri, B., Hartley, M., Saha, J., Murray, S., Glass, N., & Campbell, J. C. (2020). Effect of Covid-19 pandemic on women's health and safety: A study of immigrant survivors of intimate partner violence. *Health Care for Women International*, 41(11-12), 1294-1312. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833012>
- Sakurai, K., Nishigori, H., Nishigori, T., Mizuno, S., Obara, T., Iwama, N., ..., Yaegashi, N. (2017). Incidence of Domestic Violence Against Pregnant Females After the Great East Japan Earthquake in Miyagi Prefecture: The Japan Environment and Children's Study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 11(2), 216-226. <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.109>
- Sánchez-Meca, J. (2010). Como realizar una revisión sistemática y un metaanálisis. *Aula Abierta*, 38, 2, 53-64.
- Sediri, S., Zgueb, Y., Ouanes, S. Ouali, U., Bourgou, S., Jomli, R., & Nacef, F. (2020). Salud mental de las mujeres: Impacto agudo de la pandemia Covid-19 en la violencia doméstica. *Archives of Women's Mental Health*, 23, 749-756. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01082-4>
- Sharma, A., & Borah, S. B. (2020). Covid-19 and Domestic Violence: An Indirect Path to Social and Economic Crisis. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>
- Sosa, S. A. (2020). Empoderamiento y violencia de género en contexto de cuarentena. *Revista Digital Perspectivas en Psicología*, 4(2), 16-28. [https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/08/05\\_04\\_02\\_2.-EMPODERAMIENTO-y-VIOLENCIA-DE-GENERO-EN-CONTEXTO-DE-CUARENTENA.pdf](https://www.kennedy.edu.ar/wp-content/uploads/2020/08/05_04_02_2.-EMPODERAMIENTO-y-VIOLENCIA-DE-GENERO-EN-CONTEXTO-DE-CUARENTENA.pdf)
- Taub, A. (2020). A new Covid-19 crisis: Domestic abuse rises worldwide. *The New York Times Company*, 9. Recuperado el 20 de noviembre de 2020 de <https://www.chicagotribune.com/coronavirus/sns-nyt-coronavirus-domestic-abuse-rises-worldwide-20200407-6kd46ga4hrfzoxmh4dmiigja-story.html>
- Urrutia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración Prisma: Una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11) 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>

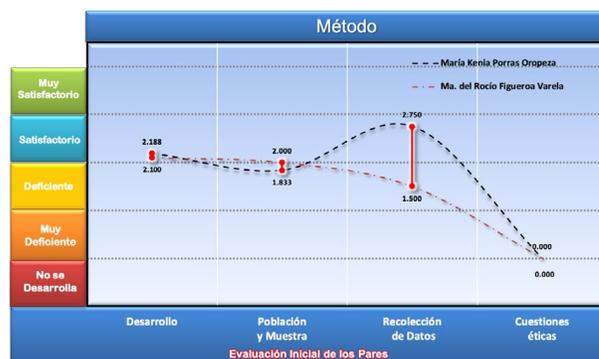
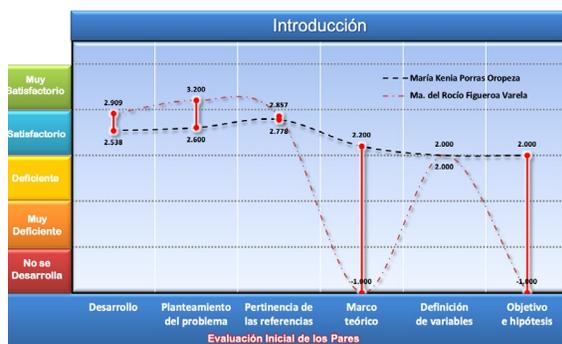
- Van Gelder, N., Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., & Oertelt-Prigione, S. (2020). Covid-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinicalMedicine*, 21, 100348, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- Zahran, S., Shelley, T. O. C., Peek, L., & Brody, S. D. (2009). Natural disasters and social order: Modeling crime outcomes in Florida. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 27(1), 26-52. <http://ijmed.org/articles/119/download/>
- Zhang, H. (2020). The Influence of the Ongoing Covid-19 Pandemic on Family Violence in China. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00196-8>



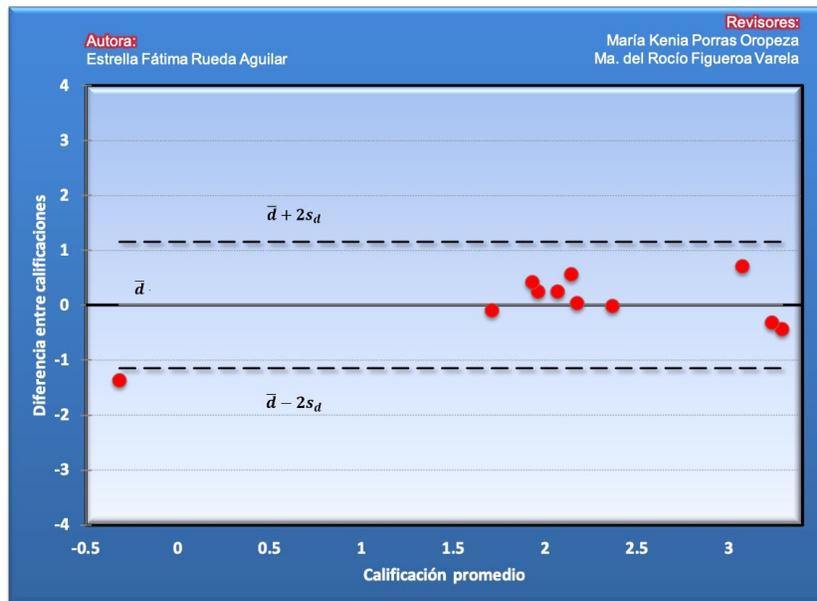


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

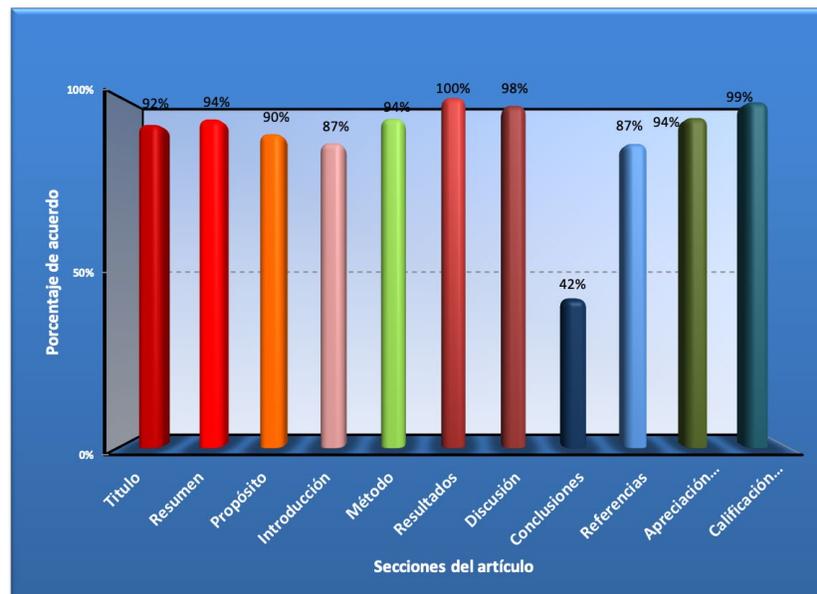
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
María Kenia Porras Oropeza	Ma. del Rocío Figueroa Varela
<b>Título/Autoría</b>	
El título puede ser más concreto para que corresponda con el contenido presentado, puede indicar el país, el grupo de edad de la población estudiada y la razón del confinamiento.	Si bien el título es coherente con el documento (tipo ensayo) presentado, no es congruente con el propósito señalado o con el método descrito. Se sugiere revisar estos elementos.
<b>Resumen</b>	
Hay una introducción al inicio del resumen que resta espacio a los elementos que debe contener y faltan (metodología, resultados y conclusiones).	Rehacer el resumen para indicar con claridad el propósito del documento, su método para desarrollarlo, los resultados más relevantes y las conclusiones pertinentes.
<b>Próposito del Estudio</b>	
Aunque la redacción es clara, falta especificidad al objetivo y no se retoman las preguntas derivadas de él en los resultados, en la discusión ni en las conclusiones.	Dada la profusa publicación de escritos sobre el tema, la originalidad de los aportes está disminuida. Se sugiere revisar con detenimiento el método declarado, pues si bien el problema es actual y vigente, las preguntas de investigación no son contestadas a través del método enunciado. Dado que el propósito fue "la sistematización objetiva y metódica de los estudios publicados con el objetivo de concretar el estado de arte de la cuestión" no se revisa con claridad en la discusión este estado de arte que se enunció en el método.
<b>Introducción</b>	
El problema de investigación puede plantearse apoyándose en alguno de los marcos teóricos de los estudios de género que ya existen. Definir las nociones conceptuales e incluirlas en las preguntas para orientar la presentación y análisis de los resultados.	Es confuso que se presentan unas preguntas que parecería deberían de guiar su estudio, sin embargo no se incluyen términos en la revisión que están en relación con las preguntas planteadas, en específico las de violencia familiar o de cifras ocultas de la violencia. Por lo tanto precisar un marco de referencia teórico ayudaría a revisar desde dónde se está viendo el fenómeno para ser explicado. Así también mejorar la congruencia entre las preguntas, el propósito y el método ayudarían a identificar aspectos relevantes para investigar ya sea la prevalencia o la problemática asociada a la violencia de género

Revisor 1	Revisor 2
<b>Método</b>	
<p>Se recomienda organizar por secciones su contenido. Señalar de forma explícita en el procedimiento el periodo de las publicaciones revisadas. Agregar la descripción de cada uno de los criterios de inclusión ya que son generales. Incluir la justificación del tamaño de la muestra a la luz de estado del arte del tema investigado. Incluir un apartado sobre estrategias de análisis para saber cómo fue procesada y organizada la información de las publicaciones para llegar a la muestra final.</p>	<p>A pesar de que cita a dos documentos en donde asegura se basa su método, al revisarse se observa que no se siguen las mismas recomendaciones para hacer las revisiones sistemática, por lo tanto no se puede alcanzar el objetivo del estudio ni se llega a contestar las preguntas de investigación. Se sugiere identificar con claridad el método elegido, su forma de análisis de información y que se siga también los pasos recomendados por los mismos autores que han sido citados. Además es importante identificar el periodo de la búsqueda de información, puesto que sin hacer una búsqueda detallada se localizaron los documentos que se enlistan al finalizar, que no se integraron en este análisis, lo cual indica que se han producido muchos artículos sobre el tema y para el caso de esta revisión sistemática es mejor identificar un periodo específico de los documentos que se integren. The hidden disaster of COVID-19: Intimate partner violence. Buttell F, Ferreira RJ. <i>Psychol Trauma</i>. 2020 Aug;12(S1):S197-S198. doi: 10.1037/tra0000646. Trying Times and Trying Out Solutions: Intimate Partner Violence Screening and Support for Women Veterans During COVID-19. Rossi FS, Shankar M, Buckholdt K, Bailey Y, Israni ST, Iverson KM. <i>J Gen Intern Med</i>. 2020 Sep;35(9):2728-2731. doi: 10.1007/s11606-020-05990-0. Safety and services for survivors of intimate partner violence: A researcher-practitioner dialogue on the impact of COVID-19. Bagwell-Gray ME, Bartholmey E. <i>Psychol Trauma</i>. 2020 Aug;12(S1):S205-S207. doi: 10.1037/tra0000869. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. Moreira DN, Pinto da Costa M. <i>Int J Law Psychiatry</i>. 2020 Jul-Aug;71:101606. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101606. . COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future Approaches. Barbara G, Facchin F, Micci L, Rendiniello M, Giulini P, Cattaneo C, Vercellini P, Kustermann A. <i>J Womens Health (Larchmt)</i>. 2020 Oct;29(10):1239-1242. doi: 10.1089/jwh.2020.8590.</p>

Revisor 1	Revisor 2
<b>Resultados</b>	
<p>Vincular la presentación de resultados con el objetivo del estudio y las preguntas planteadas. Integrar la información que es repetitiva a partir de ejes analíticos derivados de la lectura crítica de las publicaciones revisadas. Las tablas y figuras presentadas son parte de la introducción y la metodología, conviene realizar algunas alrededor de los datos obtenidos para mostrar y sustentar los hallazgos.</p>	<p>No hay congruencia entre lo que se reporta como resultado y los documentos analizados dado que se encontraron 25 documentos citados en los resultados, pero solo 18 cumplen con el criterio de inclusión del año indicado en el método; solo un documento es un estudio en donde se basan en datos empíricos, tres de los documentos citados no se pueden considerar publicaciones académicas, los demás son reflexiones, revisiones de literatura y recomendaciones de organizaciones o instituciones sobre la posibilidad de un incremento de la violencia de género que se ha revisado en circunstancias similares. La mayoría de los documentos considera los mismos elementos por lo tanto las categorías para el análisis son muy genéricas. No se considera alcanzar, con los resultados mostrados, identificar el estado del arte que se pretendía realizar con la revisión, sobre todo porque no se profundiza en el análisis de los documentos revisados. No se identifica las lagunas ni sesgos de información, o en dónde o por quienes se está revisando el fenómeno, esto podría contribuir a mejorar el artículo. Por otro lado se presenta un gráfico y una tabla que tiene información repetida, por lo tanto se sugiere solo utilizar uno de estos elementos.</p>
<b>Discusión</b>	
<p>Retomar los resultados del estudio para responder al objetivo y preguntas planteadas inicialmente y contrastarlo con lo que han señalado otros autores. Incluir y argumentar las respuestas y reflexiones surgidas del trabajo investigativo. Incluir las limitaciones metodológicas y éticas del estudio al seguir en confinamiento.</p>	<p>No se desarrolla una discusión como tal, solo se presentan algunas ideas a modo de conclusiones y se finaliza con algunas recomendaciones. Se sugiere revisar con detalle esta sección del escrito, sobre todo para indicar líneas de investigación o intervención que pudieran derivarse, sustentando los argumentos en la literatura revisada. También se sugiere evitar la repetición de ideas, pues en todo el documento se puede revisar que hay párrafos de contenido similar que podrían sintetizarse.</p>
<b>Conclusiones</b>	
<p>Incluir el apartado de conclusiones al manuscrito.</p>	<p>En específico no tiene una sección de conclusiones, por lo tanto se sugiere desarrollarla en forma separada a la discusión.</p>

Revisor 1	Revisor 2
Referencias	
Las referencias son actualizadas (76%) sin embargo hay que revisar y corregir algunas citas en el texto y en la lista de referencias porque no están en el formato de la APA.	Se sugiere indicar cuáles fueron los documentos integrados en la revisión y cuáles fueron de sustento para la introducción. Así también es necesario revisar con cuidado el Manual de Estilo APA porque existen múltiples errores tanto en las citas como en las referencias.





[Artículo empírico]

Contenido relacionado a la  
pandemia por **covid 19**[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.358.204-220](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.358.204-220)

## PERCEPCIÓN DE LAS FORTALEZAS DE LOS ADOLESCENTES DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Erika Yadira Macías Mozqueda, Norma A. Ruvalcaba Romero,  
Mercedes Gabriela Orozco Solís y Hector Ruben Bravo-Andrade  
Universidad de Guadalajara  
México

### RESUMEN

El confinamiento por Covid-19 nos llevó a comparar las fortalezas externas e internas de los adolescentes antes y durante el confinamiento. Con un estudio no experimental ex post facto en una muestra de 130 estudiantes de secundaria, con una edad promedio de 13 años, 51% hombres y 49% mujeres, se les aplicó la escala de Fortalezas. Los resultados indican que se perciben algunos cambios en el confinamiento diferenciados por el sexo. Entre ellos, un incremento significativo en el apoyo de la madre,  $t(65) = -2.83$ ,  $p = 0.006$ ,  $d = 0.071$  para hombres, y  $t(62) = -3.15$ ,  $p = 0.003$ ,  $d = 0.057$  para mujeres; disminución en la supervisión de la madre,  $t(65) = 2.70$ ,  $p = 0.009$ ,  $d = 0.137$  en hombres y  $t(62) = 2.81$ ,  $p = 0.007$ ,  $d = 0.093$  en mujeres, así como otras fortalezas que se detallan en el documento.

### Palabras Clave:

adolescentes, familia, fortalezas, confinamiento y Covid-19

## PERCEPTION OF THE STRENGTHS OF ADOLESCENTS DURING CONFINEMENT BY COVID-19

### ABSTRACT

The Covid-19 confinement led us to compare the external and internal strengths of adolescents before and during lockdown. With a non-experimental ex post facto study in a sample of 130 secondary students, with an average age of 13 years, 51% men and 49% women, the Strengths scale was applied. The results indicate that they did perceive some changes in confinement differentiated by sex. Among them, a significant increase in the support of the mother,  $t(65) = -2.83$ ,  $p = 0.006$ ,  $d = 0.071$  for men and  $t(62) = -3.15$ ,  $p = 0.003$ ,  $d = 0.057$  for women; decrease in mother's supervision,  $t(65) = 2.70$ ,  $p = 0.009$ ,  $d = 0.137$  in men and  $t(62) = 2.81$ ,  $p = 0.007$ ,  $d = 0.093$  in women as well as other strengths that are detailed in the document.

### Keywords:

teenagers, family, strengths, lockdown, Covid-19

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 21 de Abril de 2021 | Aceptado: 4 de Junio de 2021 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2021 |

## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### PERCEPCIÓN DE LAS FORTALEZAS DE LOS ADOLESCENTES DURANTE EL CONFINAMIENTO POR COVID-19

Erika Yadira Macías Mozqueda, Norma A. Ruvalcaba Romero,  
Mercedes Gabriela Orozco Solís y Hector Ruben Bravo-Andrade  
Universidad de Guadalajara  
México



Erika Yadira Macías Mozqueda  
Universidad de Guadalajara  
Correo: [erika.macias@academicos.udg.mx](mailto:erika.macias@academicos.udg.mx)

Doctorado en Gestión de la Educación Superior por la Universidad de Guadalajara. Profesora en la Licenciatura en Psicología y en la Maestría en Psicología Educativa del CUCS en UdeG. Las líneas de investigación en las que trabaja son Psicología y Bienestar así como Educación Superior y Trayectorias Laborales. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel Candidato.



Norma A. Ruvalcaba Romero  
Universidad de Guadalajara  
Correo: [norma.ruvalcaba@academicos.udg.mx](mailto:norma.ruvalcaba@academicos.udg.mx)

Doctorado en Inteligencia Emocional en la Universidad de Málaga. Es Miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Docente de la carrera de Psicología en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, de los posgrados de Psicología en el Centro Universitario del Sur y de la Maestría en Innovación Social y Gestión del Bienestar en el Centro Universitario de Ciencias Económico-Administrativas.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Erika Yadira Macías Mozqueda diseñó el estudio y participó en todos los rubros del artículo. | Norma A. Ruvalcaba Romero participó en la elaboración de la metodología, análisis y resultados. | Mercedes Gabriela Orozco Solís participó en la discusión y conclusiones. | Hector Rubén Bravo-Andrade participó en los resultados y conclusiones | Los cuatro autores participaron en la revisión y corrección del manuscrito.

### AGRADECIMIENTOS

A la institución educativa que brindó las facilidades para el levantamiento de datos.

### DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.



Copyright: © 2021 Macías-Mozqueda, E. Y.; Ruvalcaba-Romero, N.A.; Orozco-Solís, M. G.; y Bravo-Andrade, H. R.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24018/psicologia-y-ciencia-social) y a sus autores.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>207</b>
<b>EL CONFINAMIENTO</b>	<b>207</b>
<b>LAS FAMILIAS EN CONFINAMIENTO</b>	<b>208</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>209</b>
Participantes, 209	
Materiales, 209	
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>209</b>
Mediciones, 209	
Análisis estadísticos, 209	
<b>RESULTADOS</b>	<b>209</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>210</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>212</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>212</b>

## INTRODUCCIÓN

**E**l enfoque del Desarrollo Positivo de los Jóvenes (PYD, por sus siglas en inglés) estudia los factores que favorecen el desarrollo integral del adolescente partiendo del potencial de cambio como una fortaleza fundamental en la que se puede construir, y por tanto influir, en una dirección positiva, por lo que se enfocan en los activos del desarrollo mediante programas para fomentar el PYD (Lerner y Lerner, 2011).

El modelo de fortaleza desarrollado por el Search Institute of Minnesota, que contribuye a la evaluación de PYD, considera que los jóvenes tienen fortalezas internas y externas que contribuyen en su desarrollo positivo. Se agrupan en externas las que se producen en la interacción entre adulto-adolescente-pares y se refuerzan en las instituciones, y las internas, que se desarrollan de manera gradual a partir de las experiencias de vida (Betancourt-Ocampo, Andrade-Palos y Marín-Martínez, 2018).

Aunque se ha informado que hay diferencias en cuanto a las fortalezas psicológicas en adolescentes según el sexo (Brown, Blanchard y McGrath, 2020; Reyes y Farragut, 2016), de manera general las y los adolescentes con mayores fortalezas personales y sociales tienen más posibilidades de lograr bienestar y éxito, y menor posibilidad de involucrarse en situaciones de riesgo (Benson, Scales, Hamilton y Sesma, 2006).

Estudios empíricos evidencian que las fortalezas en adolescentes los protegen de consumir tabaco (Sánchez-Xicotencatl y Andrade-Palos, 2019), consumir sustancias ilegales (Andrade-Palos, Betancourt-Ocampo, Moreno-Carmona y Alvis-Rizo, 2017) e intentos de suicidio (Moreno-Carmona, Andrade-Palos y Betancourt-Ocampo, 2018). Asimismo se les ha asociado de manera negativa con indicadores de afecto negativo como depresión, ansiedad y estrés (Ovejero, Cardenal y Ortiz-Tallo, 2016).

Por otra parte, las fortalezas predicen de manera significativa las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes (García-Álvarez, Hernández-Lalinde, Cobo-Rendón, Espinosa-Castro y Soler, 2020), así como la felicidad y la salud mental en este grupo poblacional (Reyes y Ferragut, 2016). Asimismo, se relacionan de modo positivo con la satisfacción vital, la resiliencia y la salud (Ovejero et al., 2016).

Respecto a las fortalezas externas, el tipo de apoyo y comunicación que percibe el adolescente de sus padres se ha asociado al desarrollo de sintomatología depresiva (Andrade-Palos, Betancourt-Ocampo, Vallejo-Casarín, Segura-Celis y Rojas-Rivera 2012; Ruvalcaba-Romero, Gallegos-Guajardo, Caballo y Villegas-Guinea, 2016). Por otro lado, la aceptación emocional de los padres fomenta un desarrollo adecuado, mayor iniciativa social (Florenzano et al., 2009) y mayor experimentación de emociones positivas (Ruvalcaba-Romero, Orozco-Solís, Gallegos-Guajardo y Nava-Fuerte, 2018).

## EL CONFINAMIENTO

En 2020 el confinamiento que se estableció para reducir la pandemia de Covid-19 redujo las actividades sociales de la población en general, los adolescentes dejaron de asistir a la escuela, lo que se sumó a la reducción de la interacción presencial con sus pares. Dicha dinámica representa una adversidad psicosocial que pone en riesgo la estabilidad familiar (Palacio-Ortiz, Londoño-Herrera, Nanclares-Márquez, Robledo-Rengifo y Quintero-Cadavid, 2020), por lo que la relación con sus progenitores adquiere mayor importancia al incrementarse el tiempo en casa.

Los efectos de la pandemia por Covid-19 en adolescentes se han estudiado desde diversas perspectivas; sin embargo, una dificultad en el abordaje ha sido que la salud mental de la población adolescente podría verse afectada por el confinamiento, aunque al ser una etapa de cambios no todas las reacciones pueden calificarse como patológicas (Galiano-Ramírez, Prado-Rodríguez y Mustelie-Becquer, 2020).

Al comparar los efectos en el estado de ánimo, la empatía y la conducta prosocial en un grupo de adolescentes holandeses que participaban en un estudio previo a la pandemia contra los efectos de los primeros meses de confinamiento, encontraron que los niveles de preocupación empática y las oportunidades para acciones prosociales disminuyeron, pero mostraron resiliencia, aumento de los niveles de toma de perspectiva y vigor, disminución de los niveles de tensión y altos niveles de donación para contribuir de manera significativa a la sociedad (Van de Groep, Zanolie, Green, Sweijen y Crone, 2020)

En un grupo de padres y adolescentes holandeses relativamente sanos entre quienes se comparó la primera etapa de la pandemia con un periodo de referencia previo, no se encontraron afectos negativos (Janssen et al., 2020). Un estudio hecho en Finlandia acerca de las estrategias de afrontamiento que utilizaron las familias en la pandemia demostró que desarrollaron muchos medios para sobrellevar el confinamiento, lo que indica la función fundamental

de las relaciones conyugales y parentales para hacer frente al problema (Salin, Kaittä, Hakovirta y Antilla, 2020).

Respecto a las afectaciones en los hábitos de alimentación y actividades físicas de los adolescentes como consecuencia del confinamiento por Covid-19, un estudio realizado en Italia, España, Chile, Colombia y Brasil reveló que se incrementó el consumo de alimentos fritos y dulces, así como patrones irregulares de alimentación y refrigerios frecuentes, lo que incrementa el riesgo de obesidad (Ruiz-Roso et al., 2020). También se redujo de modo significativo la participación en actividades físicas y la resistencia física de los adolescentes como consecuencia de las medidas de distanciamiento social aplicadas al sur de Croacia, sobre todo porque las actividades que hacían eran deportes organizados en establecimientos especializados (Sekulic, Blazevic, Gilic, Kvesic y Zenic, 2020).

Las actividades físicas de un grupo de adolescentes españoles se estudiaron en correlación con el autoconcepto durante el confinamiento por Covid-19; se encontró una asociación positiva entre las dimensiones del autoconcepto y el nivel de la actividad física, así como una asociación negativa entre el autoconcepto y el comportamiento sedentario. La familia y los compañeros son factores fundamentales para el desarrollo apropiado del autoconcepto emocional antes y durante el confinamiento (González-Valerio, et al., 2020). También se ha informado que durante el confinamiento ha habido un incremento de hábitos poco saludables, identificando un aumento en los problemas de alimentación y sueño, y una disminución de las actividades deportivas (Brooks et al., 2020; Paricio y Pando, 2020; Sandín, Valiente, García y Chorot, 2020).

Por otro parte, para adolescentes víctimas de bullying el confinamiento también significó la disminución de su ansiedad, depresión y ciberbullying, pero en el caso de los adolescentes que no han sido víctimas se reportó disminución del rendimiento académico (Gómez-León, 2021).

## **LAS FAMILIAS EN CONFINAMIENTO**

Las dinámicas familiares tienen una función protagónica en las repercusiones de la pandemia en los adolescentes; el no tener cubiertas las necesidades básicas y la carencia de un entorno familiar y educativo protector impacta de modo directo en la salud mental (Galiano-Ramírez et al., 2020).

Las repercusiones del confinamiento en familias que ya estaban expuestas a la violencia intrafamiliar, sumadas a las dificultades económicas, incrementan las posibilidades de abusos, por lo que se exacerban los sín-

tomas de niños y jóvenes con trastorno psiquiátrico previo (Palacio-Ortiz et al., 2020). Asimismo, la sintomatología depresiva se incrementó en los chicos conforme aumenta la edad, el tiempo del confinamiento y el conflicto familiar (Martínez-Pérez, Fernández-Fernández, Alcántara-López, López-Soler y Castro-Sáez, 2020).

El reto de la escuela en casa se ha superado cuando en las familias se tiene un nivel educativo superior o se hay estrategias de comunicación con los hijos y con los actores educativos; esto no es así en las familias con poca capacidad y tiempo para apoyar el proceso desde casa, lo que se suma a la brecha educativa (Nivela-Cornejo, Molina-Villacís y Campos-Vera, 2020).

Como efecto positivo del confinamiento y del incremento del trabajo a distancia, la mayoría de niños y adolescentes han percibido como positivo pasar más tiempo con sus padres (Serrano-Martínez, 2020), sumado a una mejoría de la relación de los adolescentes con sus padres, en particular con la madre (Cros, Preve, Revilla y Maristany, 2021), así como un incremento en la percepción de las madres acerca de las dificultades de sus hijos, lo que permitió el ajuste en los menores y mejoría en sus acuerdos (Martínez-Pérez et al., 2020).

Por otra parte, la calidad de la relación se ha afectado por la posibilidad de los padres para establecer cuidados, afecto y un entorno seguro para los adolescentes; sumado a esto, la mayoría de estas tareas se ha cubierto por la madre, lo que favorece la sobrecarga y dificulta mantener la supervisión (Galiano-Ramírez et al., 2020). Entre los factores que dificultan que los padres puedan mantener una supervisión adecuada se encuentran el incremento del trabajo a distancia, tener que salir a trabajar, y la educación desde casa (Nivela-Cornejo et al., 2020).

Con base en la información descrita, en los primeros meses del confinamiento las afectaciones a los adolescentes reportadas fueron en las actividades físicas en las que era necesario salir de sus casas, porque a pesar de que las familias modificaron sus actividades y rutinas, encontraron nuevas maneras de adaptación. Los hábitos de alimentación se modificaron en perjuicio de la población adolescente. Sin embargo, en las familias con antecedentes, la violencia y las dificultades económicas potencializaron las dificultades, afectando la salud mental de los adolescentes. Por tanto, al modificarse la interacción de los adolescentes con los adultos, con los otros adolescentes y con sus pares, y al ser esta interacción el espacio donde se desarrollan las fortalezas, planteamos la siguiente hipótesis: Al cambiar la manera de interacción de los adolescentes con los otros como consecuencia del confinamiento, también se modifica la percepción de las fortalezas externas e internas.

El objetivo de este estudio es comparar la percepción de los adolescentes de sus fortalezas internas y externas antes y durante los primeros meses del confinamiento. La pregunta de investigación es: ¿Los adolescentes perciben cambios en sus fortalezas externas e internas antes y durante el confinamiento?

## MÉTODO

### Participantes

La muestra es no probabilística por conveniencia; estuvo constituida por 130 adolescentes que cursaban estudios de los tres grados de secundaria en una escuela pública de la ciudad de Guadalajara. El 51% son hombres y 49% mujeres, con rango de edad de 12 a 16 años ( $X = 13.01$ ,  $D.T. = 0.87$ ). Esta muestra no es representativa de los adolescentes mexicanos, por lo que los resultados no son generalizables.

### Materiales

Se aplicaron subescalas de la escala de fortalezas (Bentancourt-Ocampo, Andrade-Palos, González y Sánchez-Xicotencatl, 2018). Se trata de un instrumento con una estructura tipo Likert de cinco puntos que evalúa recursos internos (responsabilidad, toma de decisiones, resistencia ante la presión de pares, evitación de conductas de riesgo y percepción de la importancia de la salud y la religión) y recursos externos (supervisión y apoyo de padre y madre, presencia de amigos con hábitos saludables, presencia de amigos sin conductas de riesgo y reglas al interior del hogar).

En su versión original, los autores informaron los siguientes índices de alfa de Cronbach para las dimensiones de los recursos internos: responsabilidad ( $\alpha = 0.714$ ), toma de decisiones ( $\alpha = 0.859$ ), resistencia ante la presión de pares ( $\alpha = 0.786$ ), evitación de conductas de riesgo ( $\alpha = 0.800$ ), percepción de la importancia de la salud ( $\alpha = 0.881$ ) y percepción de la religión ( $\alpha = 0.927$ ); por otro lado se reportan los siguientes índices para los recursos externos: apoyo y supervisión del padre ( $\alpha = 0.9263$ ), apoyo de la madre ( $\alpha = 0.932$ ), presencia de amigos con hábitos saludables ( $\alpha = 0.527$ ) y presencia de amigos sin conductas de riesgo ( $\alpha = 0.729$ ).

## PROCEDIMIENTO

Cuando el proyecto fue autorizado por la dirección del plantel escolar se procedió al envío de la carta de consentimiento informado para ser revisado y firmado por los

padres, madres o tutores de los adolescentes; en dicho documento se hace constar que la participación es voluntaria, confidencial y sin riesgo para los informantes. Los adolescentes también firmaron un asentimiento informado en el que se hace de su conocimiento que su participación es voluntaria, confidencial, y se pueden retirar en cualquier momento y sin perjuicio alguno. La escala se aplicó de manera electrónica (por formulario Google) sólo a los estudiantes cuyos padres habían firmado el consentimiento informado; los datos se recabaron en octubre de 2020 después de siete meses de confinamiento.

### Mediciones

En este estudio se aplicaron las siguientes subescalas (se indica entre paréntesis el alfa de Cronbach obtenido en esta muestra): apoyo de la madre ( $\alpha = 0.943$ ), supervisión de la madre ( $\alpha = 0.866$ ), apoyo y supervisión del padre ( $\alpha = 0.972$ ), amigos saludables ( $\alpha = 0.643$ ), amigos sin conductas de riesgo ( $\alpha = 0.764$ ), reglas en el hogar ( $\alpha = 0.776$ ), toma de decisiones ( $\alpha = 0.860$ ), responsabilidad ( $\alpha = 0.722$ ) y percepción de la importancia de la Salud ( $\alpha = 0.881$ ).

Es necesario indicar que para los objetivos de este estudio —para contrastar las respuestas— se aplicó la escala preguntando acerca de la percepción de dichas fortalezas antes y durante el confinamiento.

### Análisis estadísticos

Se hicieron análisis descriptivos y la prueba t para muestras relacionadas con el objetivo de lograr una comparación de media. Los datos se analizaron con el sistema estadístico SPSS v.25.

## RESULTADOS

Con el objetivo de comparar la percepción de las fortalezas internas y externas antes y durante el confinamiento de las y los adolescentes, se hizo una prueba para muestras relacionadas diferenciando por sexo. Los resultados se muestran en las tablas 1 y 2, donde además se incluyen los estadísticos descriptivos.

Los datos de las tablas indican que los cambios se identifican sólo en algunas variables. En la que se percibió incremento significativo para ambos sexos fue en la correspondiente al apoyo de la madre, en contraparte a la variable de supervisión de la madre —cuyo cambio fue hacia el decremento—. Por otro lado, en el caso de las mujeres disminuyó la percepción de los hábitos saludables de los amigos (que en específico se refieren a llevar una dieta saludable, practicar deportes, dormir suficiente y utilizar cinturón de seguridad). En el caso de los varones

se percibió disminución en la subescala de responsabilidad (que implica ser puntual en sus clases y cumplir con los compromisos), así como un aumento en las habilidades para la toma de decisiones (en las que se incluyen la capacidad para buscar información, identificar soluciones a los problemas, así como sus consecuencias).

**Tabla 1.**

*Diferencias en la percepción de las fortalezas internas y externas antes y durante el confinamiento por Covid 19, en hombres.*

VARIABLES	ANTES DEL CONFINAMIENTO		DURANTE EL CONFINAMIENTO		T(GL)	P	D
	MEDIA	DE	MEDIA	DE			
<b>Fortalezas externas</b>							
Apoyo de la madre	3.67	0.90	3.76	0.89	-2.83 (65)	0.006	0.071
Supervisión de la madre	4.16	0.91	3.99	0.84	2.70 (65)	0.009	0.137
Apoyo y supervisión del padre	3.22	1.32	3.24	1.29	-0.57 (65)	0.571	—
Amigos saludables	3.20	0.87	3.15	0.90	1.44 (65)	0.153	—
Amigos sin conductas de riesgo	4.70	0.52	4.73	0.46	-1.22 (65)	0.223	—
Reglas en el hogar	3.96	0.86	3.93	0.85	0.56 (65)	.578	—
<b>Fortalezas internas</b>							
Responsabilidad	3.90	0.75	3.83	0.74	2.49 (65)	0.015	0.066
Toma de decisiones	3.81	0.88	3.88	0.86	-2.41 (65)	0.019	0.057
Importancia de la salud	3.92	1.21	3.98	1.18	-1.07 (65)	0.288	—

## DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo es comparar la percepción que tienen los adolescentes de sus fortalezas internas y externas antes y durante los primeros meses del confinamiento. Si bien los resultados demuestran que los adolescentes perciben algunas diferencias, sobre todo en las fortalezas externas, los tamaños del efecto de dichos cambios fueron muy bajos. No obstante, la tendencia de los datos coincide con los siguientes autores.

La fortaleza externa con más significativos fue el apoyo de la madre; se identificó un aumento durante los meses iniciales del periodo de confinamiento. Este resultado coincide con estudios previos que informan que pasar más tiempo con los padres derivado del con-

**Tabla 2.**

*Diferencias en la percepción de las fortalezas internas y externas antes y durante el confinamiento por Covid 19, en mujeres.*

VARIABLES	ANTES DEL CONFINAMIENTO		DURANTE EL CONFINAMIENTO		T(GL)	P	D
	MEDIA	DE	MEDIA	DE			
<b>Fortalezas externas</b>							
Apoyo de la madre	3.86	1.15	3.95	1.08	-3.15 (62)	0.003	.057
Supervisión de la madre	4.24	0.91	4.12	0.92	2.81 (62)	0.007	.093
Apoyo y supervisión del padre	3.09	1.44	3.13	1.42	-1.27 (62)	0.207	—
Amigos saludables	3.21	0.77	3.04	0.77	3.56 (62)	0.001	.156
Amigos sin conductas de riesgo	4.69	0.54	4.68	0.62	0.15 (62)	0.883	—
Reglas en el hogar	3.96	0.92	3.88	0.95	1.73 (62)	0.088	—
<b>Fortalezas internas</b>							
Responsabilidad	4.07	0.86	4.03	0.86	1.07 (62)	0.289	—
Toma de decisiones	3.92	0.90	3.89	0.89	1.03 (62)	0.302	—
Importancia de la salud	4.21	1.15	4.29	1.13	-1.30 (62)	0.199	—

finamiento y del incremento del trabajo a distancia es percibido como positivo por la mayoría de niños y adolescentes (Serrano-Martínez, 2020; Cros et al., 2021). En particular, en un estudio con adolescentes se indica que casi 30% de los participantes considera que la relación con sus padres, en particular con la madre, mejoró durante el confinamiento (Cros et al., 2021). Sin embargo, es necesario reconocer que la relación con los padres durante este periodo se ve afectada por sus posibilidades para establecer cuidados, afecto y un entorno seguro para los adolescentes (Galiano-Ramírez et al., 2020).

Este resultado es un hallazgo importante considerando que el apoyo emocional, entre otras dimensiones del estilo de crianza de los padres, está relacionado con la conducta prosocial (Mestre, Samper, Tur y Díez, 2001). Por su parte, Meier y Oros (2012) respaldan la idea del impacto significativo de las relaciones paternas en el desarrollo emocional. En particular, Pérez, Romero, Robles y Flórez (2019) identifican el estilo parental autoritativo como favorecedor de conductas prosociales, sobre todo de parte de la madre, quien permanece más tiempo con los jóvenes. Así, es interesante identificar una percep-

ción en el incremento del apoyo materno durante este periodo de confinamiento en los adolescentes, considerando la posibilidad de que represente un factor protector frente a la generación de diversas problemáticas.

Continuando con las fortalezas externas derivadas de la relación con la madre, en ambos sexos los resultados demostraron una disminución significativa en la percepción de la supervisión materna durante los primeros meses del confinamiento. De manera general, el incremento del teletrabajo o la necesidad de salir a trabajar dejando a los hijos en el hogar, sumado con la educación desde casa, son algunos factores que dificultan que los padres puedan mantener una supervisión estrecha (Nivela-Cornejo et al., 2020). En el periodo de confinamiento se informa que la mayoría de estas tareas se han orientado hacia la madre, favoreciendo una sensación de sobrecarga y una dificultad importante para mantener la supervisión (Galiano-Ramírez et al., 2020).

De acuerdo con Ruvalcaba-Romero, Fuerte-Nava y Robles-Aguirre (2015), el establecimiento de una supervisión que permita la generación de un entorno seguro y estable en la adolescencia representa un factor protector frente a problemáticas psicosociales. En particular, se informa que el control conductual promueve una menor sintomatología depresiva y conductas disruptivas, encontrando una mayor influencia en el control ejercido por la madre. Así, es necesario continuar investigando los factores que permiten a la familia favorecer un ambiente más estable y controlado para el adolescente durante este periodo, buscando generar estrategias para proporcionar ambientes más seguros.

De modo interesante, sólo para las mujeres se encontró una disminución en la percepción de la relación con amigos con hábitos saludables. Diversos estudios hechos durante el confinamiento reportan un incremento de hábitos poco saludables, encontrando un aumento en los problemas de alimentación y sueño, y un decremento de las actividades deportivas (Brooks et al., 2020; Paricio y Pando, 2020; Sandin et al., 2020). Esta situación incrementa la posibilidad de que el adolescente interactúe con pares que también están experimentando una reducción en los hábitos de vida sanos, lo cual, sumado a la incertidumbre de la duración del confinamiento, puede aumentar las posibilidades de desarrollar conductas de riesgo (Paricio y Pando, 2020). Es interesante que esta disminución se haya encontrado sólo en mujeres, siendo importante que futuros estudios analicen si los cambios en hábitos saludables derivados del confinamiento se presentan de manera más significativa en este sexo, así como los posibles factores sociodemográficos que pudieran influir en esta situación.

Respecto a las fortalezas internas, sólo se identificaron diferencias significativas en los hombres, observando una disminución de la responsabilidad y un aumento de la toma de decisiones. De acuerdo con Galiano-Ramírez et al. (2020), de manera natural los adolescentes tienden a tener dificultades para el autocontrol y el seguimiento de reglas, situación que puede ser exacerbada por el confinamiento. En comparación con las mujeres, en el caso de los hombres se informa que tienden a presentar mayor dificultad para autorregular el comportamiento (Álvarez y Moral, 2020). Lo anterior, sumado con la disminución en la supervisión de los padres derivada del confinamiento, podría favorecer una mayor dificultad para cumplir oportunamente con compromisos personales y académicos.

El aumento observado en los hombres en la toma de decisiones durante el confinamiento refleja un incremento en la habilidad para resolver problemas a partir de la recuperación de información, la consideración de posibles consecuencias y distintas formas de solucionar problemáticas. De manera general, diversos estudios indican que los varones tienden a puntuar más alto en distintas dimensiones de la toma de decisiones (Luna-Bernal y Laca-Arocena, 2014). Lo anterior se relaciona quizá con factores sociales derivados de los roles de género, encontrando que las conductas relacionadas con la confianza en las decisiones y la firmeza tienden a ser características esperadas en los hombres (Mejía y Laca, 2006). Por tanto, es posible que las condiciones derivadas de la pandemia y del confinamiento promuevan una mayor promoción de la toma de decisiones consciente en los hombres. Así, es importante continuar el análisis de los factores que afectan los procesos de toma de decisiones en las mujeres, sobre todo durante este periodo de confinamiento que ofrece distintas situaciones de riesgo que el adolescente tiene que afrontar.

Los resultados presentados implican un aporte relevante al permitir conocer las principales diferencias que perciben los adolescentes en sus fortalezas durante los primeros meses del confinamiento. Asimismo, analizar las diferencias que identifican los adolescentes de acuerdo con el sexo permite puntualizar las áreas donde se han fortalecido o afectado las diferentes fortalezas externas e internas. Lo anterior hace posible establecer las fortalezas que se han desarrollado con el confinamiento, así como las que requieren mayor promoción y las que se mantienen aún en los momentos difíciles. La principal limitación de este trabajo incluye el tamaño de la muestra y el proceso de muestreo, siendo necesario desarrollar futuras investigaciones que incluyan mues-

tras representativas seleccionadas de modo aleatorio para generalizar los resultados.

El confinamiento es una situación que se ha prolongado más de lo esperado y que mantiene una posibilidad importante de postergarse durante un periodo desconocido. Por tanto, es importante que futuros estudios analicen los posibles cambios que se presentan en factores protectores, como las fortalezas durante las diferentes etapas que se han desarrollado del confinamiento. Asimismo, sería relevante analizar las posibles diferencias de acuerdo con el nivel de confinamiento familiar, buscando identificar si es un factor que influye en este tipo de factores protectores. De igual manera, considerando la necesidad de desarrollar intervenciones que promuevan el desarrollo de factores protectores y la prevención de problemáticas psicosociales, es importante explorar los factores individuales, familiares, escolares y sociales que pudieran influir en factores protectores, como las fortalezas.

## CONCLUSIONES

A partir de lo indicado, es posible concluir que los adolescentes perciben cambios en algunas fortalezas externas e internas a partir del confinamiento, y otras se mantienen sin cambios significativos. En particular, para ambos sexos se observaron cambios en las fortalezas derivadas de la relación con la madre, encontrando que durante el confinamiento se percibió un mayor apoyo y una disminución en la supervisión. Se concluye que tal vez esta diferencia se relacione con el incremento en la convivencia con la madre y en las diferentes tareas que se añadieron a la figura materna a partir del confinamiento, sobre todo las derivadas de los cambios en el trabajo, el hogar y la comunidad.

En el caso de las mujeres se observó una disminución en la relación con amigos saludables, concluyendo que quizá se relacione con el incremento generalizado de hábitos sedentarios y alimentación poco saludable reportado en niños, adolescentes y adultos a partir del confinamiento. Lo anterior pudiera favorecer que las interacciones sociales de las mujeres se efectúen con pares que presentan estos mismos hábitos poco sanos, situación que incrementa la posibilidad del desarrollo de conductas de riesgo.

Respecto a los hombres, se encontraron diferencias significativas en las fortalezas internas de responsabilidad y toma de decisiones. De manera general, concluimos que tal vez la falta de supervisión, la dilución de las rutinas y la dificultad para mantener reglas constantes durante el confinamiento pudieran ser factores que favorezcan la disminución de la responsabilidad en los

adolescentes varones. Asimismo, es interesante que la toma de decisiones fue una fortaleza donde se indicó un incremento, quizá relacionado con los roles de género donde el tomar decisiones que resuelvan problemas de manera firme y confiada suele ser un atributo más esperado en los hombres. ■

## REFERENCIAS

- Álvarez, M., & Moral, M. (2020). Phubbing, uso problemático de teléfonos móviles y de redes sociales en adolescentes y déficits en autocontrol. *Health and Addictions*, 20(1), 113-125. <https://doi.org/10.21134/haaj.v20i1.487>
- Andrade-Palos, P., Betancourt-Ocampo, D., Moreno-Carmona, N., & Alvis-Rizzo, A. (2017). Fortalezas externas desde el modelo de desarrollo positivo de los jóvenes y consumo de sustancias en una muestra de adolescentes mexicanos y colombianos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 515-529. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4095>
- Andrade-Palos, P., Betancourt-Ocampo, D., Vallejo-Casarín, A., Segura-Celis, B., & Rojas-Rivera, M. (2012). Prácticas parentales y sintomatología depresiva en adolescentes. *Salud Mental*, 35, 29-36. [http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud\\_mental/article/view/1452/1450](http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1452/1450)
- Benson, P. L., Scales, P. C., Hamilton, S. F., & Sesma Jr., A. (2006). Desarrollo juvenil positivo: Teoría, investigación y aplicaciones. En R. M. Lerner & W. Damon (eds.), *Manual de psicología infantil* (6a. ed.). Vol. 1, Modelos teóricos de desarrollo humano, 894-941. Hoboken, Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Betancourt-Ocampo, D., Andrade-Palos, P., González, A., & Sánchez-Xicotencatl, C. (2018). Escala de fortalezas para adolescentes (FIE-A). En Andrade-Palos (coord.), *Fortalezas de los adolescentes*. México: UNAM.
- Betancourt-Ocampo, D., Andrade-Palos, P., & Marín-Martínez, A. (2018). Análisis psicométrico de la versión revisada de la escala de fortalezas internas y externas para adolescentes (FIE-AR). *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 10(1), 20-39. <https://doi.org/10.21501/22161201.3058>
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenburg, N., & Rubin, G. J. (2020). El impacto psicológico de la cuarentena y cómo reducirlo: Revisión rápida de la evidencia. *The Lancet*, 395, 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brown, M., Blanchard, T., & McGrath, R. (2020). Differences in self-reported character strengths across adolescence. *Journal of Adolescence*, 79, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.12.008>
- Cros, B., Preve, P., Revilla, R., & Maristany, M. (2021). Familia y adolescencia durante la pandemia por COVID-19. *Enciclopedia Argentina de Salud Mental*. Recuperado de [ENCICLOPEDIA ARGENTINA DE SALUD MENTAL \(enciclopediasaludmental.org.ar\)](http://ENCICLOPEDIA ARGENTINA DE SALUD MENTAL (enciclopediasaludmental.org.ar))
- Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, C., Casassus, M., Sandoval, A., Santander, S., & Calderón, S. (2009). Percepción de la relación parental entre adolescentes mayores y menores

- de 15 años. *Revista Chilena de Pediatría*, 80(6), 520-527. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062009000600004>
- Galiano-Ramírez, M. C., Prado-Rodríguez, R., & Mustelier-Becquer, R. (2020). Salud mental en la infancia y adolescencia durante la pandemia de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 92. <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1342/681>
- García-Álvarez, D., Hernández-Lalinde, J., Cobo-Rendón, R., Espinosa-Castro, J., & Soler, M. (2020). Medición de las fortalezas del carácter en adolescentes y su predicción en el afrontamiento y bienestar psicológico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(4), 303-317. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_aavft/article/view/20715/144814487027](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/20715/144814487027)
- Gómez-León, M. (2021). Disminución de la ansiedad en las víctimas del bullying durante el confinamiento por COVID-19. *Revista de Educación a Distancia*, 65(21), <https://doi.org/10.6018/red.439601>
- González-Valero, G., Zurita-Ortega, F., Lindell-Postigo, D., Conde-Pipó, J., Grosz, W. R., & Badicu, G. (2020). Analysis of Self-Concept in Adolescents before and during COVID-19 Lockdown: Differences by gender and sports activity. *Sustainability*, 12(18). <https://doi.org/10.3390/su12187792>
- Janssen, L. H., Kullberg, M. L. J., Verkuil, B., Van Zwieten, N., Wever, M. C., Van Houtum, L. A., Wentholt, W. G., & Elzinga, B. M. (2020). Does the COVID-19 pandemic impact parents' and adolescents' well-being? An EMA-study on daily affect and parenting. *PloS one*, 15(10), e0240962. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240962>
- Lerner, R., & Lerner, J. (2011). The Positive Development of Youth. Report of the Findings from the First Seven years of the 4-H Study of Positive Youth Development. Institute for Applied Research in Youth Development Tufts University.
- Luna-Bernal, A. C. A., & Laca-Arocena, F. A. V. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista De Psicología*, 32(1), 39-65. <https://doi.org/10.18800/psico.201401.002>
- Martínez-Pérez, A., Fernández-Fernández, V., Alcántara-López, M., López-Soler, C., & Castro-Sáez, M. (2020). Resultados preliminares del impacto de la COVID-19 en niños/niñas y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar. *Terapia Psicológica* 38(3), 427-445. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000300427>
- Meier, L. K., & Oros, L. B. (2012). Percepción de las prácticas parentales y experiencia de emociones positivas en adolescentes. *Revista de Psicología*, 9(16), 73-84.
- Mejía, J. C., & Laca, F. A. (2006). Estilos de comunicación en el conflicto y confianza en las propias decisiones. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(2), 347-358.
- Mestre, M. V., Samper, P., Tur, A., & Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(4), 691-703. [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Dialnet-EstilosDeCrianzaYDesarrolloProsocialDeLosHijos-2364995\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Dialnet-EstilosDeCrianzaYDesarrolloProsocialDeLosHijos-2364995_0.pdf)
- Moreno-Carmona, N. D., Andrade-Palos, P., & Betancourt-Ocampo, D. (2018). Fortalezas en adolescentes de Colombia y México que nunca han intentado suicidarse. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(2), 797-807. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16210>
- Nivela-Cornejo, M., Molina-Villacís, C., & Campos-Vera, R. (2020). El rol de la familia en la educación en casa durante el confinamiento. *Journal of Business Science*, 2(6), 22-29. <https://revista.estudioidea.org/ojs/index.php/eidea/article/view/38>
- Ovejero, M., Cardenal, V., & Ortiz-Tallo, M. (2016). Fortalezas humanas y bienestar biopsicosocial: Revisión sistemática. *Escritos de Psicología*, 9(9), 4-14. <http://doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2311>
- Palacio-Ortiz, J. D., Londoño-Herrera, J. P., Nanclares-Márquez, A., Robledo-Rengifo, P., & Quintero-Cadavid, C. (2020). Trastornos psiquiátricos en los niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 49(4) 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.05.006>
- Paricio, R., & Pando, M. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: Cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 37(2), 30-44. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- Pérez, K. L., Romero, K., Robles, J. L., & Flórez, M. (2019). Prácticas parentales y su relación con conductas prosociales y agresivas en niños, niñas y adolescentes de instituciones educativas. *Revista Espacios*, 40(31). <https://www.revistaespacios.com/a19v40n31/a19v40n31p08.pdf>
- Reyes, S., & Ferragut, M. (2016) Fortalezas psicológicas y diferencias de sexo en adolescentes. *Escritos de Psicología*, 9(3), 28-36. <http://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2016.2811>
- Ruiz-Roso, M. B., De Carvalho Padilha, P., Mantilla-Escalante, D. C., Ulloa, N., Brun, P., Acevedo-Correa, D., Ferreira Peres, W. A., Martonell, M., Tschöpke, M., De Oliveira, L., Carrasco-Marin, F., Paternina-Sierra, K., Rodríguez-Meza, J., Montero, P., Bernabé, G., Pauletto, A., Taci, X., Visioli, F., & Dávalos, A. (2020). Covid-19 confinement and changes of adolescent's dietary trends in Italy, Spain, Chile, Colombia and Brazil. *Nutrients*, 12(6), 1807. <https://doi.org/10.3390/nu12061807>
- Ruvalcaba-Romero, N., Fuerte-Nava, J. M., & Robles-Aguirre, F. (2015). Comunicación con padres y docentes como factor protector de los adolescentes ante las conductas disociales. *Educación y Ciencia*, 4(44), 57-67.
- Ruvalcaba-Romero, N., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, M. V. E., & Villegas-Guinea, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236.
- Ruvalcaba-Romero, N., Orozco-Solís, M., Gallegos-Guajardo, J., & Nava-Fuerte, J. (2018). Relaciones escolares, comunicación con padres y prosocialidad como predictores de emociones positivas. *Liberabit*, 24(2), 183-193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.02>
- Salin, M., Kaittä, A., Hakovirta, M., & Anttila, M. (2020). Family coping strategies during Finland's COVID-19 lockdown. *Sustainability*, 12(21), 9133. <https://doi.org/10.3390/su12219133>
- Sánchez-Xicoténcatl, C. O., & Andrade-Palos, P. A. (2019). Fortalezas en adolescentes que no consumen

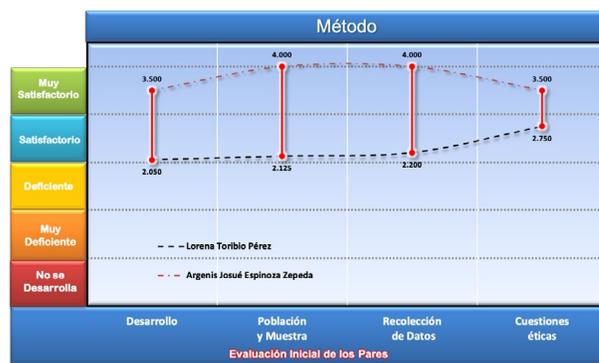
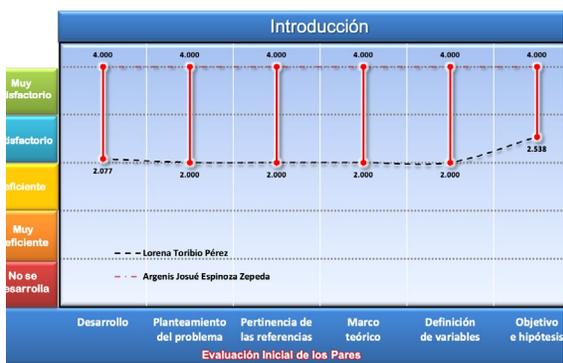
- tabaco. *Psicología Iberoamericana*, 27(2). <https://psicologiaiberoamericana.iberomx/index.php/psicologia/article/view/47/162>
- Sandín, B., Valiente, R., García, J., & Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(1), 1-22. <http://doi.org/10.5944/rppc.27569>
- Sekulic, D., Blazevic, M., Gilic, B., Kvesic, I., & Zenic, N. (2020). Prospective analysis of levels and correlates of physical activity during COVID-19 pandemic and imposed rules of social distancing. Gender specific study among adolescents from Southern Croatia. *Sustainability*, 12(10), 4072. <https://doi.org/10.3390/su12104072>
- Serrano-Martínez, C. (2020). Impacto emocional y crianza de menores de cuatro años durante el COVID-19. *Perifèria, Revista de Recerca i Formació en Antropologia*, 25(2), 74-87. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.735>
- Van de Groep, S., Zanolie, K., Green, K. H., Sweijen, S. W., & Crone, E. A. (2020). A daily diary study on adolescents' mood, empathy, and prosocial behavior during the COVID-19 pandemic. *PloS one*, 15(10), e0240349. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240349>



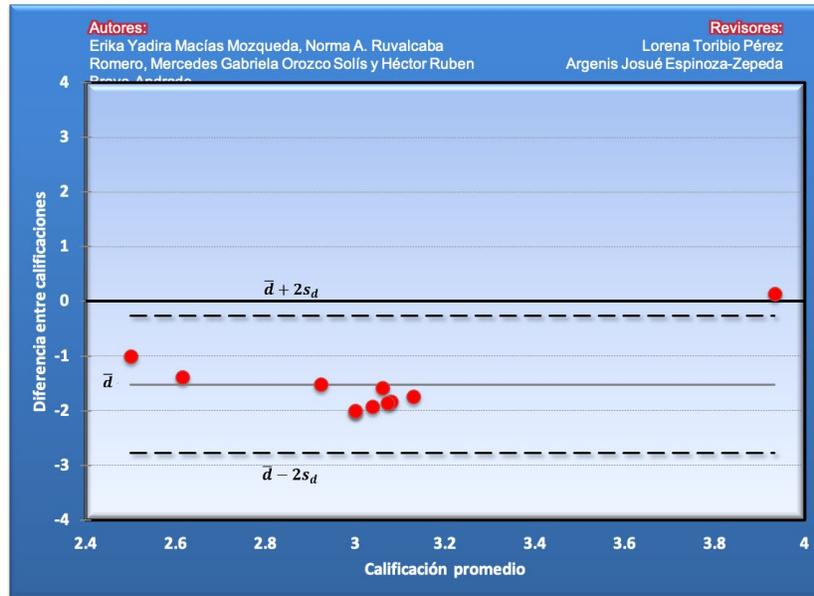


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

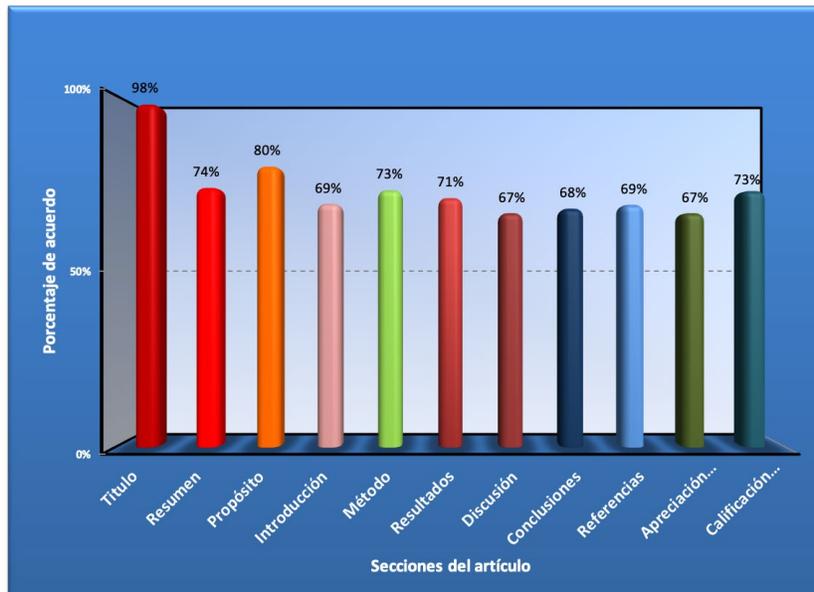
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Lorena Toribio Pérez	Argenis Josué Espinoza Zepeda
<b>Título/Autoría</b>	
El título del manuscrito es correcto	No hay comentarios
<b>Resumen</b>	
Incluir en el resumen resultados con valores numéricos según corresponda. Incluir en el resumen las características de la muestra: total de la muestra, edad y sexo	El resumen no reporta resultados con valores numéricos. Tiene 152 palabras.
<b>Próposito del Estudio</b>	
Incluir la hipótesis de la investigación	No hay comentarios
<b>Introducción</b>	
Incluir las hipótesis de la investigación	No hay comentarios.
<b>Método</b>	
Describir la validez y confiabilidad de los instrumentos utilizados. Describir si se obtuvo autorización del comité de ética de la institución que llevó a cabo la investigación. Mencionar las consideraciones éticas que se informaron a los participantes.	No hay comentarios
<b>Resultados</b>	
Se recomienda incluir una tercer tabla con los resultados de la muestra general. El objetivo del estudio fue identificar la percepción que tienen los adolescentes de sus fortalezas internas y externas antes y durante los primeros meses del confinamiento. Por lo que es importante incluir los datos de las diferencias que existen antes y durante el confinamiento en la muestra general.	No hay comentarios
<b>Discusión</b>	
Agregar en la discusión el análisis de los resultados de la muestra general de las fortalezas antes y durante el confinamiento.	No hay comentarios

Revisor 1	Revisor 2
Conclusiones	
Concluir en relación a las características de las fortalezas antes y durante el confinamiento en la muestra general.	No hay comentarios
Referencias	
Revisar las citas, en algunas se mencionan a mas de 5 autores y en otras de menos de 5 autores se coloca et al en la primera cita. Se mencionan por segunda vez todos los autores, cuando lo correcto es que en la segunda cita se coloca et al., No se recomienda citar el mismo autor en un mismo párrafo Revisar con atención citas y referencias para que coincidan.	No hay comentarios



[Artículo empírico]

Contenido relacionado a la  
pandemia por **covid 19**[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.361.221-240](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.361.221-240)

## CAMBIOS EN EL COMPROMISO DE UNIVERSITARIOS CON PAREJA Y USO DE REDES SOCIALES DURANTE EL COVID-19

Giovanna Escobar-Mota, María José García Ortega, Tamara Alessandra González Güémez, Juliana Martín de la Torre, María Fernanda Padilla de Villasante, Carla Federica Rumbos Quintana y Georgina García-Rodríguez  
**Universidad Anáhuac**  
**México**

### RESUMEN

El aislamiento involuntario por Covid-19 incrementó el intercambio en línea con fines románticos por medio de redes sociales (Sierra, 2020). Este estudio se enfocó en la exploración de cambios en las variables de compromiso, satisfacción, inversión y alternativas antes de la pandemia y en la actualidad, así como su relación con el uso de redes sociales. Se trabajó con 391 participantes mexicanos, 56% de mujeres de 18 a 48 años, estudiantes de licenciatura o posgrado, con al menos un año de relación de pareja, comparando los dos momentos por medio de una prueba T para muestras relacionadas. Los resultados muestran un aumento en la percepción de alternativas, misma que presenta una correlación positiva ante el uso de redes sociales y una disminución en el compromiso y la satisfacción, siendo la inversión la única variable que permaneció estable. Este estudio muestra la importancia de la desconexión física y la conexión virtual, y su efecto en las relaciones de pareja.

### Palabras Clave:

pareja, compromiso, Covid-19, redes sociales, alternativas, satisfacción, inversión.

## CHANGES IN THE COMMITMENT OF UNIVERSITY STUDENTS WITH COUPLE AND THE USE OF SOCIAL NETWORKS DURING COVID-19

### ABSTRACT

The involuntary isolation by Covid-19, increased the online exchange for romantic purposes through social networks (Sierra, 2020). The present study explored changes in the variables of commitment, satisfaction, investment and alternatives before the pandemic and today, as well as their relationship with the use of social media. We worked with 391 Mexican participants, 56% of women between 18 and 48 years old, undergraduate or graduate students, with at least one year of relationship, comparing both moments by means of a T test for related samples. The results show an increase in the perception of alternatives, which presents a positive correlation with the use of social media and a decrease in commitment and satisfaction, with investment being the only variable that remained stable. The present study shows the importance of physical disconnection and virtual connection, and their effect on couple relationships.

### Keywords:

couple, engagement, Covid-19, social media, alternatives, satisfaction, investment

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 8 de Mayo de 2021 | Aceptado: 28 de Junio de 2021 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2021 |



## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### CAMBIOS EN EL COMPROMISO DE UNIVERSITARIOS CON PAREJA Y USO DE REDES SOCIALES DURANTE EL COVID-19

Giovanna Escobar-Mota, María José García Ortega, Tamara Alessandra González Güémez, Juliana Martín de la Torre, María Fernanda Padilla de Villasante, Carla Federica Rumbos Quintana y Georgina García-Rodríguez  
**Universidad Anáhuac**  
 México



**Giovanna Escobar-Mota**  
 Universidad Anáhuac  
 Correo: [gioesmota@gmail.com](mailto:gioesmota@gmail.com)

Doctora en Psicología Social y Ambiental por la UNM. De 2002 a la fecha ha colaborado en organizaciones no gubernamentales, en distintos niveles y en distintas problemáticas dirigidas a fundaciones nacionales e internacionales. Actualmente realiza investigación básica y aplicada y es docente en instituciones públicas y privadas.



**María José García Ortega**  
 Universidad Anáhuac  
 Correo: [maria.garciao@anahuac.mx](mailto:maria.garciao@anahuac.mx)

Es estudiante de Psicología en la Universidad Anáhuac México, Campus Norte. Participó en el programa de intercambio Youth Rotary International en Sao Paulo, Brasil, como embajadora de la paz y buena voluntad. Ha desarrollado labores como asistente de trabajo de campo para la agencia Ingenium Marketing Communication.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores contribuyeron por igual en la investigación, análisis y redacción.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad Anahuac México Campus Norte por el acceso al software para realizar los análisis y a nuestra asesora Giovanna Escobar Mota .

## DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Facultad de Psicología, Universidad Anáhuac México, Campus Norte



Copyright: © 2021 Escobar-Mota, G.; García-Ortega, M.J., González-Guémez, T.A., Martín de la Torre, J., Padilla de Villasante, M.F., Rumbos-Quintana, C.F., y García-Rodríguez, G

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24018/revista-digital-internacional-de-psicologia-y-ciencia-social) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>224</b>
<b>CONTEXTO ACTUAL: LA PANDEMIA POR COVID-19</b>	<b>226</b>
<b>POSIBLES EFECTOS EN EL COMPROMISO</b>	<b>226</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>227</b>
Participantes, 227	
Materiales, 227	
Procedimiento, 228	
Mediciones, 228	
Análisis estadísticos, 228	
<b>RESULTADOS</b>	<b>228</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>230</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>230</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>231</b>

## INTRODUCCIÓN

La investigación en relaciones interpersonales ha recopilado evidencia de que son cruciales para nuestro bienestar y se encuentran entre los aspectos que consideramos más importantes en la vida (Perlman y Duck, 1985). Incluso en un mundo donde la naturaleza de las relaciones puede estar cambiando, la pertenencia es un motivo humano universal y clave (Doyle y Molix, 2013). Si bien el estudio de la pareja desde distintas perspectivas —como la antropológica, social y psicológica— no es algo nuevo, cada vez hay más estudios que arrojan luz al entendimiento del papel del amor y sus principales componentes, como el compromiso (Torres-González y Ojeda-García, 2009). Se piensa que el elemento del amor en que las personas más creen es la atracción física; sin embargo, en la estabilidad matrimonial el que tiene mayor peso sigue siendo el compromiso (Rocha-Narváez, Avendaño-Parrá, Barrios-Alonso y Polo-Madera, 2017).

Hoy las representaciones y contratos sociosexuales de los jóvenes, sobre todo en áreas urbanas como la CDMX, están en constante cambio debido al empoderamiento de la mujer y otros factores sociales y económicos (Layder, 2009). Ulloa-Hernández (2017) informa que los contratos sociosexuales en que preferían establecerse los jóvenes eran los de tipo libres y dominantes (independientemente de su sexo); en general las mujeres preferían un compromiso dependiente y los hombres de libertad y dominio; sin embargo, es interesante observar las diferencias de estas preferencias desde el género porque históricamente las mujeres asumían un rol de sumisión, con conceptos de patriarcado y dominación masculina.

Estas nuevas formas de relacionarse en pareja en Latinoamérica y México suelen querer seguir reconociendo algunas tradiciones, pero adaptarse a la modernidad influenciada por la conceptualización del amor en la intimidad, la clase social y el nivel educativo, o sólo a la realidad contextual (DeWall et al., 2011).

En el intento por equilibrar el peso de la tradición y su presencia contrastiva y contradictoria con valoraciones modernas de la sexualidad, según la clase social, el nivel educativo, la dimensión urbano-rural o la identidad de género, se han identificado distintos acuerdos para tener relaciones a distancia (Nuñez-Noriega

y Zazueta-Luzanilla, 2012). Por ejemplo, cada vez es más frecuente y común encontrar parejas que tienen relaciones a distancia. El término “living apart together” (LAT, por sus siglas en inglés) fue creado en Holanda por Michael Berkiel en 1978 (citado en Bernal, 2013); este término significa “vivir juntos, pero separados”, es decir, tener una cohabitación intermitente donde los factores que se determinan son normas y pautas en torno a recursos financieros, comunicativos, familiares y sociales, entre otros (Bernal, 2013).

Así, las relaciones de poder entre hombres y mujeres se transforman, según las necesidades por adaptarse al contexto, los cambios sociales y el uso de la tecnología.

Al respecto, las aplicaciones de citas son cada vez un fenómeno más común en el ámbito de las relaciones, ya sea para encontrar una pareja u opciones a una relación actual (Chin, Edelstein y Vernon, 2019). Los millones de usuarios son personas de todo el mundo, lo cual excluye a la ubicación geográfica como limitante para conocer una pareja. En México, encuestas afirman que 42% de usuarios mexicanos descargaron una aplicación de citas después de terminar una relación (Korkowsky, 2016). Entre las aplicaciones más populares en México se encuentran Tinder, Bumble, Happen y Grindr. La popularidad de éstas ha crecido de manera exponencial en los últimos años, a partir del uso y accesibilidad del smartphone. Sin embargo, algunas aplicaciones ayudan a los usuarios a encontrar pareja u opciones a la misma, mientras que otras ayudan a las parejas ya establecidas que por alguna razón se encuentran a distancia, a permanecer conectadas y comunicadas. Sin duda la tecnología y todos sus derivados son grandes herramientas en la vida de las personas; sin embargo, también incluyen potenciales riesgos. Estudios han demostrado que las aplicaciones, seguidores y likes crean a los usuarios la ilusión de “posibilidades”. Personas que se encuentran ya en una relación muestran renuencia a comprometerse más, pues “puede haber alguien mejor; aún hay muchas opciones por explorar”. Estas plataformas muestran a los usuarios cuán “accesible” puede ser conocer a alguien más, y todo mediante un “clic”. Crean una ilusión de “posibilidades” que impide a las personas el querer comprometerse para seguir estando disponibles (Alvídrez y Rojas-Solís, 2017).

Gracias a Internet, en las dos últimas décadas las redes sociales y las apps para ligar con sus algoritmos que teóricamente incrementan la oferta de potenciales parejas, premian la actividad compulsiva con más visibilidad de los perfiles, y por tanto aumentan la probabilidad de interacción, creando la ilusión de que hay más peces en el mar. Las estadísticas de las aplicaciones de citas así lo prueban:

el confinamiento incrementó el intercambio de mensajes y la duración de las conversaciones (Vázquez, 2020), se presentó un aumento en las descargas y el número de mensajes en Tinder ha ascendido 30% (Sierra, 2020).

Estudios recientes sugieren que los comportamientos en y fuera de línea que muestran los jóvenes en las relaciones románticas están estrechamente relacionados. En una investigación con 431 estudiantes universitarios (68.2% mujeres; de edades de 18 a 26 años, edad promedio 21), que hoy tenían una relación sentimental, se exploró la calidad en línea de sus relaciones románticas y el nivel de satisfacción con dichas relaciones. Los resultados indican que la vida de una pareja también se desarrolla en el espacio de los medios virtuales, y que las dinámicas de relación positivas son más comunes que negativas, y que los hombres jóvenes, más que las mujeres, informaron que coquetean con varias personas mientras están en una relación, destacando el físico como la característica más importante de las personas que conocen en Internet, así como que la influencia en la satisfacción de la relación no es tan importante como otras medidas de la calidad de la relación en línea. Sin embargo, la incursión en el uso de las apps de citas se asocia con la satisfacción en la relación en personas con estilos de apego más inseguros; estos comportamientos reducen la incertidumbre que sienten personas inseguras, lo que a su vez aumenta la satisfacción y seguridad percibida en la relación porque quieren ser el centro de la vida de los demás. En las parejas menos maduras eso indicaría que pueden tener algunos comportamientos en línea que afectan de modo negativo la relación (Sánchez, Muñoz-Fernández y Ortega-Ruiz, 2017).

En esa misma línea, una investigación reciente destacó el perfil y tipo de apego de los usuarios que acuden a las dating apps. Para este estudio se reclutaron 303 adultos estadounidenses que respondieron formularios en línea con reactivos tipo Likert, concluyendo que a partir de dicho perfil y apego se muestran diferentes tipos de interacciones y motivaciones para acudir a estos tipos de aplicaciones. Se analiza cómo el apego y la manera de relacionarse de alguien también se ve reflejada al momento de la interacción digital. Se describen y analizan los perfiles de apego ansioso y evitativo que acuden a esta manera de relacionarse. De acuerdo con los resultados, las personas con apego ansioso son las que más acuden a las aplicaciones de citas. Las personas con este tipo de apego suelen ser muy activas en estas plataformas, y esto se relaciona con el hecho de que se sienten protegidas del rechazo, pues sólo los usuarios que han mostrado interés en ellos les aparecen. Se afirma que la principal motivación para las personas con apego

ansioso para utilizar apps de citas es conocer gente en general. A diferencia de las personas con apego evitativo cuya última razón para acceder a estas plataformas era el interés de conocer personas. Las personas con mayor apego evitativo reportaron poca probabilidad de ser usuarios en estas plataformas (Chin et al., 2019).

En otra investigación de corte cualitativo, efectuada en Ciudad de México, donde se pretendió profundizar en la comprensión del uso de las aplicaciones de citas, se trabajó con seis hombres y cinco mujeres, de 30 a 40 años, usuarios de la aplicación de citas Tinder, heterosexuales, que vivían en Ciudad de México, quienes respondieron una entrevista semidirigida. Se exploraron el tipo de dinámicas e interacciones que tienen dichos usuarios en la aplicación, así como sus principales razones y motivaciones para acudir a la misma incluso antes del “ligue” convencional de modo presencial. También se analizó su manera de construir y percibir las relaciones actuales a partir del surgimiento de estas nuevas formas tecnológicas de relación, concluyendo que hay una gran diversidad de motivaciones para acceder a esta aplicación: desde citas y sexo casual hasta búsqueda de relación formal a largo plazo (Korkowsky, 2016).

En el ámbito de las relaciones románticas es evidente la influencia del uso de los dispositivos inteligentes —o smartphones— y las distintas aplicaciones de comunicación. Un estudio del Pew Research Center (citado en Alvídrez y Rojas-Solís, 2017) indica que 27% de las personas en relación de pareja afirmaron que Internet ha tenido un efecto considerable en su vida de pareja, ya sea de manera positiva o negativa. Pero lo más interesante es que gracias a la popularización de los dispositivos inteligentes (teléfonos celulares o smartphones), al menos 30% de los encuestados admitió sentir más cercanía o intimidad al intercambiar mensajes de texto con sus respectivas parejas, además de haber solucionado alguna discusión que de otro modo hubiera sido más complicado hacerlo cara a cara. No obstante, otro 33% de los entrevistados afirmó haberse sentido ignorado por el tiempo que sus parejas le dedican al móvil. En esta investigación el método es una recopilación de diferentes estudios efectuados previamente que permiten delinear y sacar conclusiones de las repercusiones de la tecnología y las aplicaciones de citas en las relaciones románticas actuales. Se concluye que el uso de dispositivos móviles con acceso a Internet o smartphones puede facilitar el inicio de las relaciones románticas por medio de las distintas aplicaciones para microcitas, aunque esto no predice (o garantiza) la permanencia de las mismas. También se observa que las personas tienen diferentes propósi-

tos relacionales al acceder a las aplicaciones de citas como Tinder; éstas pueden ser desde obtener sexo casual hasta buscar relaciones de largo plazo. Se asocia el intercambio de mensajes de texto en las parejas con el mantenimiento y satisfacción de la relación (Alvídrez y Rojas-Solís, 2017).

## CONTEXTO ACTUAL: LA PANDEMIA POR COVID-19

A finales de 2019 comenzó a propagarse el Coronavirus (Covid-19) en la ciudad de Hubei, China, partiendo del virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV-2) y cuyo tiempo medio de incubación de hasta 14 días, con manifestaciones de tos, fiebre, dificultades para respirar, fatiga, dolor de cabeza y en algunos casos malestares gastrointestinales, mismos que al combinarse con otros padecimientos o factores de riesgo, como diabetes o edad avanzada, pueden llevar hasta a la muerte, con una letalidad de 1 a 3% (Díaz-Castrillón y Toro-Montoya, 2020). Este virus se expandió a lo largo del mundo llegando a nuestro país a finales de febrero de 2020, llevando a la población mexicana a mantenerse en autoconfinamiento desde el 16 de marzo, misma que en la mayoría de los estados se mantiene, exceptuando los comercios esenciales.

Por otro lado, la investigación acerca de las relaciones románticas muestra que los factores de estrés externos, como las dificultades económicas, los trabajos exigentes y los desastres, pueden amenazar la calidad y la estabilidad de las relaciones de pareja (Pietromonaco y Overall, 2021), como es el caso de la actual pandemia por Covid-19. Las reglas de “distanciamiento social” han impuesto límites al sexo por ocio y han creado nuevas oportunidades, como lo muestra una encuesta en línea a 1,559 adultos a quienes se les preguntó respecto al impacto de la pandemia en su vida íntima, y la mitad de la muestra informó una disminución en su vida sexual y la incorporación de nuevas conductas, como el sexting (Lehmiller, Garcia, Gesselman y Mark, 2020). Debido a lo anterior, la vida de las parejas de todo el mundo ha tomado un giro total en cuanto su dinámica, porque ante la necesidad de permanecer en casa las 24 horas del día, han surgido exigencias que requieren de nuevas adaptaciones y desafíos para las mismas, tanto para las que viven juntos, como a las que se han visto forzadas a mantener una relación a distancia debido al autoconfinamiento (Los Ángeles Times, 2020).

Asimismo, este es un evento de vida que sale de la norma y que lleva a toda la población a adquirir nuevas

competencias y enfrentar desafíos que no eran necesarios antes, resultando en el surgimiento de conflictos en las parejas al no tener una directriz de cómo actuar ante la nueva situación, misma que además debe equilibrarse con las áreas de funcionamiento (laboral, escolar, emocional, psicológico, social) de los miembros de la pareja, porque éstas también se han visto afectadas y sesgadas (Balzarini et al., 2020).

En una investigación que tuvo como objetivo establecer una relación entre los diferentes estresores generados a raíz del Covid-19 y la calidad y conflictos dentro de la pareja, se aplicó una encuesta vía internet a 3,593 participantes de más de 18 años que se encontraran en una relación romántica, a lo largo de 57 países y en una población mayormente heterosexual (77% mujeres, 23% hombres). Dicha encuesta medía los reactivos de: aislamiento, finanzas, satisfacción, compromiso, conflicto y sensibilidad de la pareja ante las necesidades del otro; se concluyó que si bien los estresores disminuyen la percepción de satisfacción con la pareja y aumentan el conflicto, la sensibilidad que muestra la pareja parece mitigar el efecto de los estresores, e incluso mejorar la calidad del vínculo (Balzarini et al., 2020).

## POSIBLES EFECTOS EN EL COMPROMISO

En el transcurso del tiempo se ha intentado comprender los factores involucrados en el mantenimiento o rompimiento de este vínculo, considerando el nivel de compromiso en la pareja como uno de los principales indicadores de éxito o fracaso, entendiendo éste como el deseo que tiene la pareja por permanecer no sólo con la persona amada, sino también de hacer un esfuerzo considerable en la mejoría y desarrollo de la relación buscando el bienestar conjunto (Nina-Estrella, 2011). Este deseo de permanecer con la persona a través del tiempo se va conformando por las diferentes experiencias, tanto buenas como malas, por las que atraviesan los miembros, mismas que les llevan a cuestionar o reafirmar el deseo y valor que dan a la relación, considerando además los factores intrínsecos y extrínsecos que aporta la pareja (Agnew, Hadden y Tan, 2019).

Para evaluar el efecto en el comportamiento sexual durante la pandemia por Covid-19, Ibarra et al. (2020) efectuaron una encuesta mediante redes sociales a los países de Irán, Italia y España. Este estudio tuvo 279 respuestas, distribuidas entre 58% de mujeres y 42% de hombres, midiendo las variables de infidelidad, masturbación, sexting y pornografía. Los resultados indican que, si bien la infidelidad no se vio afectada, la masturbación se incrementó 10% debido a la necesidad de ais-

lamiento, así como 16% en el sexting, entre las parejas que no vivían juntos, además de que sólo 5.5% de los participantes reportó utilizar apps para citas. El mayor descubrimiento de la presente investigación fue que el consumo de pornografía se incrementó 24%, (aparentemente después de que la agencia Pornhub liberó su servicio premium mediante la consigna de permanecer en casa durante la pandemia) (Ibarra et al., 2020).

Respecto a lo anterior, es necesario indicar que las dificultades y adversidades vividas dentro de la relación romántica, de no afrontarse de manera adecuada, tienden a disminuir la sensación de satisfacción dentro de la pareja, por lo que, cuando existen opciones externas a la relación tanto de terceras personas como de oportunidades personales en las que no se considera a la pareja y éstas superan el valor subjetivo de la relación, las estadísticas de disolución tienden a aumentar (Torres-González y Ojeda-García, 2009).

Así, el distanciamiento obligado debido a la pandemia por Covid-19 enfrenta a las parejas a diversos estresores: tanto en las que están separadas físicamente, al no tener la gratificación inmediata acostumbrada, como las que viven juntas, pues el convivir las 24 horas con sus áreas de funcionamiento alteradas, genera enojo y frustración, entre otras, mismas que en ocasiones recaen en la pareja.

En la teoría del modelo de inversión propuesto por Rusbult, Martz y Agnew en 1998 se busca establecer las principales variables involucradas en el mantenimiento y duración de las relaciones románticas, encontrando una relación significativa entre los factores de 1) compromiso: el deseo de mantener la relación durante un buen tiempo; 2) satisfacción: la medida en que la relación complace las necesidades de la pareja; 3) inversión: entendido como contribuciones intrínsecas y extrínsecas a la relación, es decir, todo lo que la pareja aporta a la relación como recursos materiales, emocionales y psicológicos, y 4) alternativas: es decir las opciones que tiene la pareja fuera del vínculo romántico para satisfacer sus necesidades. Esta teoría se puso a prueba a partir de la validación de la escala en población mexicana en 2019, concluyendo que es válida y confiable para la población mexicana (Escobar-Mota, Sánchez-Aragón y Lavalle, 2019).

Por lo anterior, los efectos del distanciamiento social debido a la pandemia podrían derivar en un incremento en el uso de la tecnología para fines románticos, con los riesgos que esto implique para el compromiso en la pareja, mostrando un posible aumento en la importancia de las alternativas, por lo que la presente investigación tiene como objetivo explorar si existen diferencias entre el compromiso de pareja antes de la pandemia y en la actualidad, y si estas diferencias están relacionadas con

el uso de redes sociales por jóvenes universitarios en el contexto de la pandemia por Covid-19. La presente investigación en relaciones interpersonales contribuye al cuerpo de análisis en el contexto de una emergencia sanitaria mundial planteando nuevos cuestionamientos acerca del compromiso, el distanciamiento físico y el acercamiento digital, y su función en la formación de relaciones sólidas que contribuyan a una vida larga, saludable y satisfactoria.

## MÉTODO

### Participantes

Para la presente investigación se trabajó con una muestra no probabilística, por cuota, de 391 participantes voluntarios y anónimos de nacionalidad mexicana, con un promedio de edad de 23 años en un rango entre los 18 y 48 años. Dicha muestra estaba conformada por 56% de mujeres y 44% de hombres, de los cuales 82% tenían un nivel de licenciatura y 18% de posgrado, y más de la mitad (56%) de la muestra fueron estudiantes de la Universidad Anáhuac y con dos años y tres meses de duración en la relación en promedio donde sólo 16% vivía con su pareja.

El tamaño de la muestra fue adecuado considerando el error máximo admisible y el nivel de confianza asociado a dicha estimación, dada la heterogeneidad de la población y los procedimientos de análisis a utilizar (Cohen, 1992). Todos los participantes debían estar en una relación de pareja con al menos un año de duración y proporcionar un consentimiento informado para proteger los derechos y garantías de los mismos.

### Materiales

1. Cuestionario con preguntas que exploran variables sociodemográficas (serie de preguntas relevantes a los objetivos del estudio).
2. Cuestionario con preguntas que exploran comportamientos en línea y fuera de línea con intenciones romántico sexuales/románticas con el apoyo de las tecnologías de la información (serie de preguntas relevantes a los objetivos del estudio, creadas a partir de investigaciones previas en comportamientos en línea, sin necesidad de formar un constructo independiente).
3. Escala del modelo de inversión (Escobar-Mota et al., 2019) compuesta por cuatro factores: 1) compromiso: deseo de mantener la relación de pareja durante largo tiempo, así como enfocarse en dicha meta, pues ello contribuye al sentimiento de unión

y apego con el otro; 2) satisfacción: la medida en que la relación de pareja complace las necesidades de intimidad, compañerismo y hace feliz a la persona; 3) alternativas: percepción que tiene la persona de las opciones posibles de personas que pudieran satisfacer las necesidades de intimidad y compañerismo de no contar con su pareja, y 4) inversión: aspectos que han sido contribuciones personales a la relación, como amigos, deudas, tiempo y bienes materiales, que se verían amenazados si el vínculo terminara. Los cuatro factores en conjunto explican 62.79% de la varianza con un Alpha de Chronbach de 0.73, confirmando que la escala es confiable y previamente validada en población mexicana. Los mexicanos identifican con claridad la diferencia entre la satisfacción que proporciona una relación de pareja, las inversiones a la misma y las alternativas a ésta, y así se manifiesta el compromiso a mantenerse dentro de ella y, por ende, representa una herramienta útil en la medición de uno de los constructos de mayor relevancia en el entendimiento de las relaciones de pareja: el compromiso.

### Procedimiento

Las preguntas se adaptaron a un cuestionario digital por medio de la plataforma Google Forms. Se contactó a los participantes vía redes sociales y se solicitó responderían de manera anónima. El cuestionario estuvo disponible durante tres meses. Con el apoyo de la plataforma SPSS V.19, se probaron los criterios de normalidad y homogeneidad, se confirmaron los criterios y características de inclusión y una prueba t de Student para muestras independientes considerando el tiempo anterior a la pandemia y la actualidad; por último, se hizo un análisis de correlación de Pearson producto momento para determinar la asociación de las variables.

### Mediciones

Las variables que se consideraron para el estudio fueron el compromiso, satisfacción, alternativas e inversión antes de la pandemia y en la actualidad, así como el uso de redes sociales; esto se hizo por medio de la aplicación de un cuestionario de variables sociodemográficas, un cuestionario de comportamiento en línea y la escala del modelo de inversión (Escobar-Mota et al., 2019)

### Análisis estadísticos

Se hizo un análisis de frecuencias para descartar errores, comprobar criterios de inclusión y conocer las características descriptivas de los participantes, así como una comparación entre índices de niveles de respuesta en la

escala Likert determinada de 1-5, para describir el patrón general de respuesta antes y durante la pandemia. Luego se planteó un diseño no experimental, comparativo, con un enfoque temporal retrospectivo (Ato, López y Benavente, 2013) por medio de una prueba T para muestras relacionadas; como complemento se hizo un análisis de correlaciones bivariadas entre todas las variables para conocer la fuerza de asociación entre las mismas.

## RESULTADOS

Se comparó el índice de participantes que respondieron en los niveles 4 y 5 de la escala Likert para los reactivos relacionados con el compromiso de pareja (alternativas, compromiso, satisfacción e inversión) antes de la pandemia y en la actualidad, obteniendo que antes de la pandemia 81.07% de los encuestados se enfocaban en un futuro a largo plazo en su relación, mientras que en la actualidad sólo 65%, que antes 83.9% se sentía muy unida y apegada a su pareja y hoy esta cambió a 60.1%, mientras que la satisfacción en la relación cambió de 86.7% a 59.9%, así como la percepción de ser felices en la relación que correspondía a 91% de la muestra y ahora corresponde a 68.6%. También se observó que antes de la pandemia 82.8% reportó que su relación satisfacía sus necesidades de intimidad, compañerismo, etcétera, en tanto que ahora este índice cambió a 54.3%. En cuanto a la inversión, 65.5% de las personas encuestadas expresó haber puesto mucho en la relación, lo cual se perdería si la relación terminara, mientras que ahora este es de 61.6%, además de que antes sólo 23.1% consideraba tener excelentes opciones adicionales a su relación, aumentando a 37.9%, donde 75.4% consideraba que sus necesidades de intimidad y compañerismo no podrían ser satisfechas fácilmente por otra persona, disminuyendo a 55.3%. Se mostró también que antes de la pandemia sólo 7.7% de los participantes no se sentirían demasiado afectados si la relación con su pareja terminara, aumentando a 16%, y que antes sólo 5.6% estaba de acuerdo ante la idea de tener una nueva pareja en el siguiente año, mientras que en la actualidad esta cifra aumentó a 22.6%.

Referente al uso de redes sociales, la mayoría de los participantes (83.39%) expresaron estar en desacuerdo con que a partir de la pandemia han utilizado más aplicaciones sociales, en contraste con 21.2%, quienes expresaron estar de acuerdo con que a partir de la pandemia conocieron a más personas en línea, y sólo 12.3% ha coqueteado con más personas en las redes sociales. Se observa también que sólo 10% de los participantes mostró acuerdo con que a partir de la pandemia se han involucrado emocional o afectivamente con alguien ajeno a la relación, mientras

que 16.1% reportó haberse involucrado sexualmente con alguien más, y 5.4% haber iniciado una relación romántica con alguien que no fuera su pareja.

Al comparar las medias de las variables de compromiso, antes de la pandemia y en la actualidad, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres de ellas (satisfacción, compromiso y alternativas), mientras que uso de redes sociales y lo invertido en la relación se mantiene sin cambios (tabla 1).

**Tabla 1.**

*Diferencias en alternativas, compromiso, satisfacción e inversiones*

MEDIDA	ANTES DE LA PANDEMIA		ACTUALMENTE		t
	M	DE	M	DE	
Alternativas	1.97	0.898	2.42	1.18	-7.3**
Compromiso	4.36	0.759	3.79	1.19	10.5**
Satisfacción	4.13	0.774	3.48	1.33	10.8**
Inversión	3.60	0.970	3.61	1.02	-0.227

\*\* p < 0.01.

Se muestra una diferencia a favor de las alternativas actualmente, es decir, que hay mayor percepción de alternativas atractivas a la pareja en la actualidad, una me-

**Tabla 2.**

*Intercorrelaciones, medias y desviaciones estándar para las variables de la escala del modelo de inversión (antes de la pandemia y actualmente) y para la variable de redes sociales.*

SUBESCALAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	M	DE
Redes sociales	-									1.5	1.0
Alternativas antes	0.164**	-								1.9	0.8
Alternativas ahora	0.434**	0.350**	-							2.4	1.1
Compromiso antes	-0.279**	-0.318**	-0.323**	-						4,3	0.7
Compromiso ahora	-0.521**	-0.144**	-0.681**	0.465**	-					3.7	1.1
Satisfacción antes	-0.302**	-0.140**	-0.283**	0.683**	0.445**	-				4.1	0.7
Satisfacción ahora	-0.466**	-0.024	-0.643**	0.374**	0.900**	0.464**	-			3.4	1.3
Inversión antes	0.001	-0.248**	-0.031	0.383**	0.049	0.253**	0.024	-		3.6	0.9
Inversión ahora	-0.235	-0.278**	-0.266**	0.222**	0.398**	0.181**	0.345**	0.563**	-	3.6	1.0

nor percepción de compromiso y una menor percepción de satisfacción con la pareja, que antes de la pandemia. Respecto a la variable de inversión se puede concluir que no hay una diferencia significativa entre el antes y el después, es decir, que no parece haber cambiado la percepción de lo que se ha invertido en la relación.

Asimismo, por medio de una correlación de Pearson exploramos la relación y significancia de las variables (tabla 2).

Se encontró una correlación positiva entre las variables de redes sociales y alternativas antes (0.16), y aún mayor en la percepción de alternativas actual (0.43), y esta es inversamente proporcional a las variables de compromiso, satisfacción e inversión actual, es decir, que al utilizar redes sociales las alternativas aumentan y disminuye la relación con compromiso, la satisfacción y la inversión en la relación. Por tanto, se puede concluir que ante el aumento del uso de redes sociales y la percepción de alternativas disminuye el nivel de compromiso, mientras que con el aumento de satisfacción e inversión también lo hace el compromiso. En la variable de inversión antes de la pandemia, puede verse una correlación negativa con alternativas antes y positiva con compromiso antes y satisfacción antes; esto es, que a menor inversión antes de la pandemia, no había tanta percepción de alternativas, mientras que había mayor compromiso y satisfacción.

## DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación permiten conocer más acerca del papel del distanciamiento físico involuntario (debido a la pandemia por Covid-19) y el uso de redes sociales en el compromiso de las parejas, de modo que este estudio permitió evaluar los cambios que se dieron en el compromiso de las parejas antes del distanciamiento y durante éste.

Las limitaciones del estudio podrían ser que los participantes requerían del uso de su memoria para recordar cuál era su percepción del compromiso porque no se aplicaron los instrumentos con anterioridad, si no que en el mismo cuestionario debían responder cómo se sentían antes de la pandemia por Covid-19 y cómo se sentían durante la misma.

El compromiso y la satisfacción en la pareja disminuye antes y después del distanciamiento debido a la pandemia. Derivado de lo anterior, la percepción de opciones atractivas a la pareja actual aumenta, y esto se relaciona con el uso de tecnologías de la información.

Al respecto, Alvídrez y Rojas-Solís (2017) explicaron que las aplicaciones, seguidores y “likes” le dan a los usuarios una ilusión de posibilidades. Frente esto las personas son menos propensas a comprometerse porque mantienen la posibilidad de “encontrar a alguien mejor”, ya que con estas aplicaciones el usuario tiene a un clic la oportunidad de conocer a alguien más. A su vez, Agnew et al. (2019) mencionan que con el paso del tiempo hay una menor percepción de compromiso que antes, debido que el deseo de permanecer con la pareja y las situaciones que se les puedan presentar, tanto buenas como malas, llevan a las personas a cuestionarse la intención de continuar con la relación.

Respecto al papel de la pandemia, Torres-González y Ojeda-García (2009) explican que si una pareja se enfrenta a dificultades y adversidades cuando no se sobrellevan de manera adecuada, la sensación de satisfacción dentro de la pareja disminuye, y cuando hay opciones externas a la relación y éstas superan el valor subjetivo de la misma, se incrementa el índice de la disolución de parejas. En esta línea, el estudio de Sánchez et al. (2017) confirma que los hombres jóvenes, más que las mujeres, continúan coqueteando con otras personas en internet mientras están en una relación amorosa, y esto puede tener un efecto en la satisfacción de la relación que se está manteniendo y en el compromiso de la misma.

Por otro lado, el uso de redes sociales está relacionado con la percepción de las alternativas porque estas aplicaciones relacionadas con citas cada vez son más usadas,

debido a que facilitan encontrar pareja u opciones a una relación actual (Chin et al., 2019). Incluso proporcionan la idea de excluir la ubicación geográfica como limitante para que las personas conozcan una pareja. Según Korkowsky (2016), en México los usuarios de estas aplicaciones recurren a ellas después de la ruptura amorosa.

En cuanto a las inversiones que son entendidas como contribuciones intrínsecas y extrínsecas a la relación, se observa que los resultados no fluctuaron entre el antes y después de la pandemia. Esto pudiera deberse a que la edad promedio de la muestra es de 23 años, con un promedio de dos años de duración en la relación, donde sólo 16% vivía con su pareja, por lo que es posible inferir que la mayoría de estas parejas tenía, antes de la pandemia, cierta inversión en su relación, pero no tan determinante como hijos o una hipoteca, y al llegar la pandemia, dado que no eran relaciones muy largas o con planes a corto plazo de formación de familias, por ejemplo, la pandemia hizo que todos los planes y metas al futuro se pausaran, pero no disminuyera, pues todos esperaban en un futuro próximo volver a la normalidad. ■

## CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio corroboran trabajos anteriores que demuestran el poderoso papel que desempeña la desconexión social, física y psicológica, en combinación con el uso de las tecnologías de la comunicación (redes sociales) y su impacto en el compromiso de las relaciones de pareja en el contexto de la modernidad, entendida como cambios en el rol de las mujeres y hombres, y una economía frágil y cambiante. Se invita a la reflexión de resignificar la libertad como aquella en que el contexto, los medios y los involucrados compartan una responsabilidad asociada a su libre albedrío y autonomía, así como a condiciones de equidad y reciprocidad para negociar decisiones y objetivos tendientes a procurar un empoderamiento mutuo (Ulloa-Hernández, 2017), porque en todo caso, como indica Esteinou (2008), es tarea de todos entender que la modernidad tiene muchos rostros y que los procesos “tradicionales” y “modernos” confluyen de manera compleja ante nuevas formas de organización social, pero que también confluyen de modo complejo en la configuración de las subjetividades y de la vida íntima de hombres y mujeres.

Se sugieren análisis adicionales para contrastar entre parejas con distintos acuerdos de exclusividad y/o en participantes con características demográficas más apegadas a la población en general. ■

## REFERENCIAS

- Anderson, D. R., Sweeney, D. J., & Williams, T. A. (1999). *Estadística para administración y economía*. México: CENGAGE Learning.
- Baum, S., & Steele, P. (2017). *Who Goes to Graduate School and Who Succeeds?* (Vol. null).
- Blalock, H. M. (1978). *Estadística social*. México: Fondo e Cultura Económica.
- Carter, J., Brown, M., & Simpson, K. (2017). From the Classroom to the workplace: how social science students are doing data analysis for real. *Statistics Education Research Journal*, 16(1), 80-101.
- Casas-Rosal, J. C., Caridad y Ocerín, J. M., Núñez-Tabales, J. M., & León-Mantero, C. (2019). Teaching statistics through the Real Estate Data Analyzer software. *Teaching Statistics*, 41(2), 58-64. doi: [10.1111/test.12183](https://doi.org/10.1111/test.12183)
- Cobb, G. W., & Moore, D. S. (1997). Mathematics, Statistics, and Teaching. *The American Mathematical Monthly*, 104(9), 801-823. doi: [10.2307/2975286](https://doi.org/10.2307/2975286)
- Cvetkovic-Vega, A., Inga-Berrosipi, F., & Mestas, C. A. (2017). Organizaciones científicas estudiantiles como semilleros de líderes y gestores de la investigación científica en el Perú: SOCIMEP. *Acta Médica Peruana*, 34(1), 70-71.
- Daniel, W. W. (1977). *Bioestadística : Base para el análisis de las ciencias de la salud México*: LIMUSA-Noriega.
- Eudave Muñoz, D., Carvajal Ciprés, M., & Páez, D. A. (2018). Importancia y utilidad de la estadística en profesiones del campo de las ciencias sociales. *RECIE. Revista Electrónica Científica de Investigación Educativa*, 4(1), 283-293.
- GAISE-College-Report. (2016). Guidelines for Assessment and Instruction in Statistics Education College Report 2016. <http://www.amstat.org/education/gaise>.
- Glass, G. V., & Stanley, J. C. (1974). *Métodos estadísticos aplicados a las ciencias sociales*: Prentice Hall Hispanoamericana S. A.
- Gómez-Restrepo, C. (2017). Semilleros de investigación: impulso a la innovación, el aprendizaje y la docencia. *Universitas Médica*, 58(1).
- Guerra-Molina, R. (2017). ¿ Formación para la investigación o investigación formativa?. La investigación y la formación como pilar común de desarrollo. *Revista Boletín Redipe*, 6(1), 84-89.
- Guerrero-Useda, M. E. (2007). Formación de habilidades para la investigación desde el pregrado. *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 190-192.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. d. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Immekus, J. C. (2019). Flipping Statistics Courses in Graduate Education: Integration of Cognitive Psychology and Technology. *Journal of Statistics Education*, 27(2), 79-89. doi: [10.1080/10691898.2019.1629852](https://doi.org/10.1080/10691898.2019.1629852)
- Jones, R. C. (2019). Statistical investigation measuring intelligence and creativity. *Teaching Statistics*, 41(1), 36-40. doi: [10.1111/test.12169](https://doi.org/10.1111/test.12169)
- Kerlinger, F. (1975). *Investigación del comportamiento. Técnica y método*. México: NO SE.
- Lord, F. M. (1953). On the Statistical Treatment of Football Numbers. *American Psychologist*, 8(12), 750-751. doi: [10.1037/h0063675](https://doi.org/10.1037/h0063675)
- Loy, A., Kuiper, S., & Chihara, L. (2019). Supporting Data Science in the Statistics Curriculum. *Journal of Statistics Education*, 27(1), 2-11. doi: [10.1080/10691898.2018.1564638](https://doi.org/10.1080/10691898.2018.1564638)
- MacGillivray, H. (2019). Statistics and data science are NOT branches of mathematics—or of any other discipline. *Teaching Statistics*, 41(2), 41-41. doi: [10.1111/test.12197](https://doi.org/10.1111/test.12197)
- Manzano-Patiño, A., & Zamora-Muñoz, S. (2009). *Sistema de ecuaciones estructurales: una herramienta de investigación*. México: Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior, A. C. .
- McKensy&Company. (2011). Big data: The next frontier for innovation, competition, and productivity. [https://bigdatawg.nist.gov/pdf/MGI\\_big\\_data\\_full\\_report.pdf](https://bigdatawg.nist.gov/pdf/MGI_big_data_full_report.pdf)
- Montoya, J., & Peláez, L. E. (2013). Investigación formativa e investigación en sentido estricto: una reflexión para diferenciar su aplicación en instituciones de educación superior. *Entre Ciencia e ingeniería*, 13, 20-25.
- Nerlove, M., Grether, D. M., & Carvalho, J. L. (1988). *Análisis de series temporales económicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Numa-Sanjuan, N., & Márquez-Delgado, R. A. (2019). Los semilleros como espacios de investigación para el investigador novel. *Propósitos y Representaciones*, 7, 230-239. doi: [10.20511/pyr2019.v7n1.289](https://doi.org/10.20511/pyr2019.v7n1.289)
- Pardinas, F. (1969). *Metodología y técnicas de la investigación en ciencias sociales*. México: Siglo XXI.
- Payne, G., Williams, M., & Chamberlain, S. (2004). Methodological pluralism in British sociology. *Sociology*, 38(1), 153-163.
- Rodríguez-Morales, A., Milanés-Gómez, R., & Avila-Portuondo, A. M. (2016). La profesionalización una fuente para semilleros de investigación. *Revista Conrado*, 12(55), 83-89.
- Rojek, C., & Turner, B. (2000). Decorative Sociology: Towards a Critique of the Cultural Turn. *The Sociological Review*, 48(4), 629-648. doi: [10.1111/1467-954x.00236](https://doi.org/10.1111/1467-954x.00236)
- Roy, S. (2019). Inferential statistics made fun: stories that boxes of '100 paper clips' can tell. *Teaching Statistics*, 41(1), 25-29. doi: [10.1111/test.12168](https://doi.org/10.1111/test.12168)
- Saavedra-Cantor, C. J., Antolínez-Figueroa, C., Puerto-Guerrero, A. H., Muñoz-Sánchez, A. I., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2015). Semilleros de investigación: desarrollos y desafíos para la formación en pregrado. *Educación y educadores*, 18(3), 391-407.
- Silva-Rodríguez, A. (1992). *Metodos cuantitativos en psicología. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Songsore, E., & White, B. J. (2018). Students' perceptions of the future relevance of statistics afer completing an online introductory statistics course. *Statistics Education Research Journal*, 17(2), 120-140.
- Spiegel, M. R. (1970). *Estadística*. México: MacGraw-Hill.
- Spiegel, M. R. (1977). *Probabilidad y estadística*. México: MacGraw-Hill.
- Strayer, J. F., Gerstenschlager, N. E., Green, L. B., McCormick, N., MaDaniel, S., & Rowell, G. H. (2019). Toward a full(er) implement of active learning. *Statistics Education Research Journal*, 18(1), 63-82.
- Tovar-Torres, C. (2018). Investigación formativa. *Perspectivas*(11).
- Villalba-Cuéllar, J. C., & González-Serrano, A. (2017). La importancia de los semilleros de investigación. *Revista*

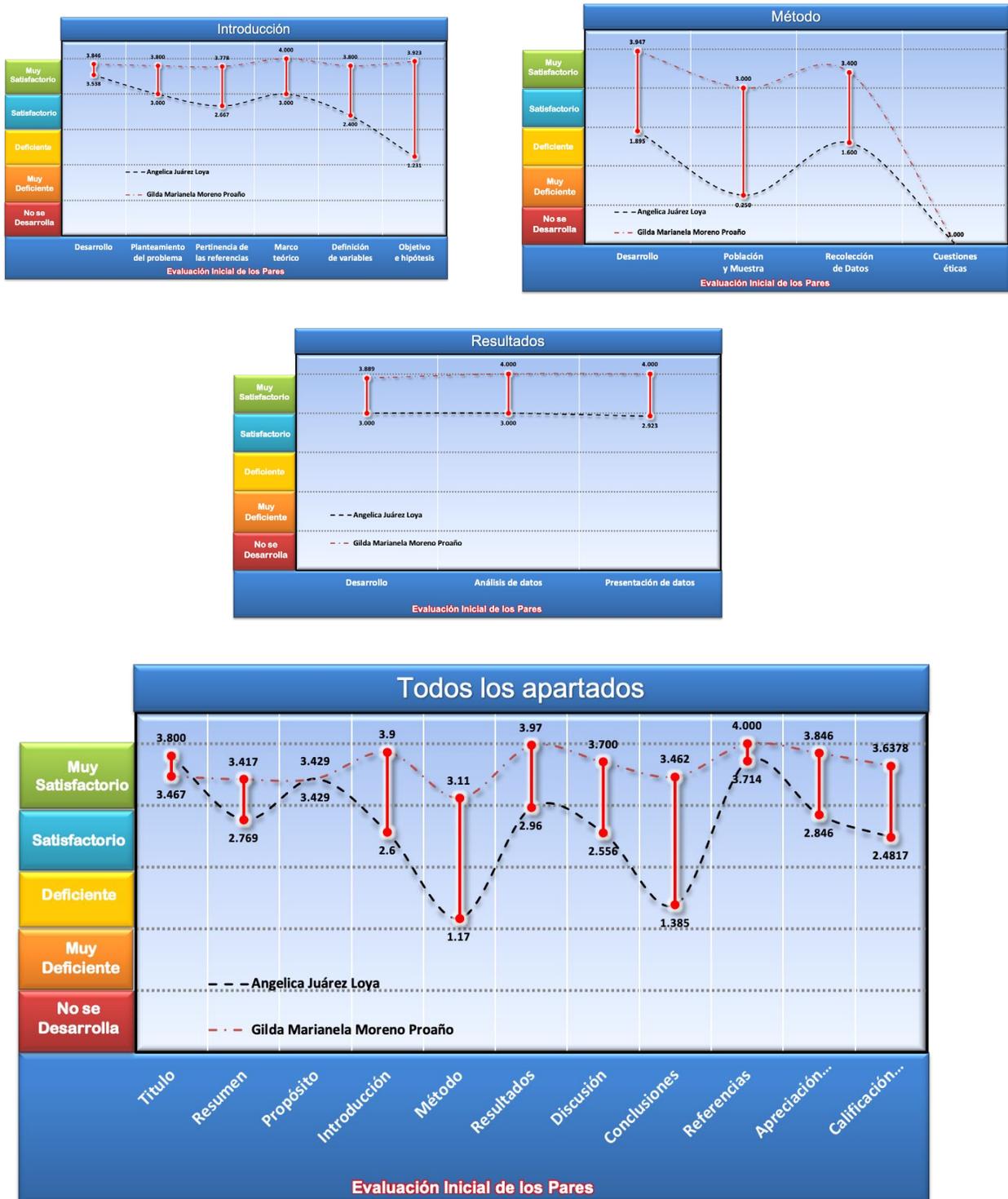
- Prolegómeno*, 20(39), 9-10.
- Webster, A. L. (2000). *Estadística aplicada a los negocios y a la economía*. México: MacGraw-Hill.
- Williams, M., Payne, G., Hodgkinson, L., & Poade, D. (2008). Does British Sociology Count? Sociology Students' Attitudes toward Quantitative Methods. *SAGE*, 42(5), 1003-1021.
- Zapata-Cardona, L., & González-Gómez, D. (2017). Imágenes de los profesores sobre la estadística y su enseñanza. *Educación matemática*, 29, 61-90.
- Zapata-Peña, J., Ortiz-Puerto, A. C., Bautista-Rincón, R., Díaz-González, J., Tinoco, L. A., & Ayala-Cortés, C. (2014). Una experiencia sobre la conformación de semilleros de investigación en la formación inicial de profesores. *Revista EDUCyT*, 9, 1-9.



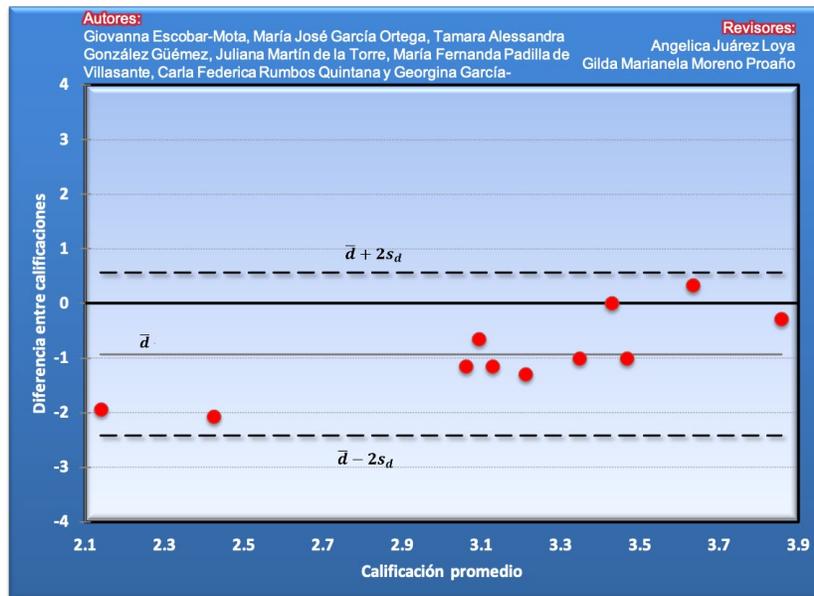


**DIMENSIÓN CUANTITATIVA**

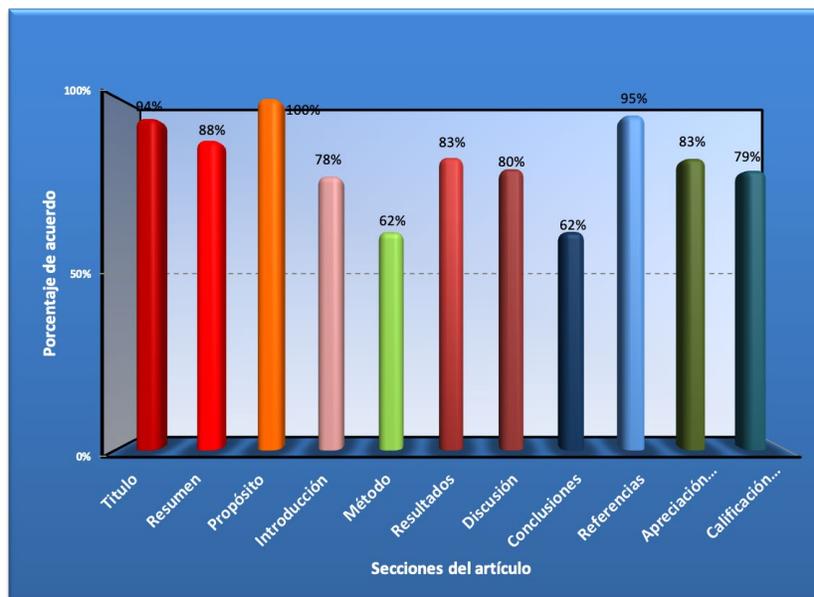
**Perfil de Evaluación entre pares**



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Angélica Juárez Loya	Gilda Marianela Proaño
<b>Título/Autoría</b>	
Este título puede prescindir de los artículos para evitar superar las 15 palabras máximas.	No se comprende la descripción “compromiso en la pareja” Falta explicar durante cuál pandemia.
<b>Resumen</b>	
- El resumen debe tener como máximo 150 palabras y estos resúmenes superan las 200 palabras (en español y en inglés). - No se incluyen al menos 5 palabras clave y en la última palabra clave ponen la palabra y antes de enunciar “apps de citas”, lo cual es incorrecto, cuidar este detalle, no se ponen y o and en las palabras clave o keywords.	El resumen se compone de más de 150 palabras. No se explica con claridad la intención del estudio. No se comprende si una de las variables de estudio son las TIC o las redes sociales. El término “inversión”, no explica a qué tipo de inversión se refiere, si financiera, de tiempo, etc. En las palabras clave aparece apps de citas; sin embargo, sería mejor escribir redes sociales.
<b>Propósito del Estudio</b>	
Aunque se enuncia el propósito de forma clara y es congruente con el diseño y análisis de resultados, no se incluye la justificación del estudio o lo relevante que será para la comunidad científica.	Falta describir el propósito del estudio y que se conecte con los resultados obtenidos.
<b>Introducción</b>	
- Será factible que hagan una descripción pormenorizada de las variables que estudiaron, no es suficiente con lo que describieron en la sección de materiales o mediciones puesto que no se definen dichos constructos. - No describen sus hipótesis de forma clara, la revista solicita que se realice esta actividad.	Actualizar bibliografía desde la aparición de la pandemia del Covid-19.

Revisor 1	Revisor 2
<b>Método</b>	
<p>- Los autores no desarrollan las condiciones éticas y de cuidado de los participantes que serían necesarias a la hora de recopilar datos personales e información de los participantes. - En la descripción de materiales, es insuficiente la explicación que realizan, principalmente de los dos primeros cuestionarios, en los cuales no mencionan si tienen propiedades psicométricas o cómo fueron diseñados y en el caso de la Escala del Modelo de Inversión, no explican el objetivo de medición de dicho instrumento. - No realizan una descripción del diseño del estudio y tampoco del muestreo. - El procedimiento no deja ver de qué manera se contactó a los participantes y no deja ver si tuvieron los cuidados éticos para el tratamiento de datos personales o los posibles riesgos que se asumen en una investigación como esta. En dicha sección confunden la descripción de análisis estadísticos con el proceso para llevar a cabo la investigación. - No definen conceptualmente las variables incluidas en el estudio. - Enuncian el procedimiento de análisis, pero no dicen claramente todas las pruebas estadísticas utilizadas (p. ej. es mejor enunciar completamente “prueba t de Student para muestras independientes”), no mencionan si probaron los supuestos estadísticos necesarios para la elección de sus pruebas (normalidad, homogeneidad de varianzas, etc.) y tampoco mencionan con qué programa estadístico y versión del programa realizaron sus análisis.</p>	<p>Falta explicar el tipo de muestra escogido. No se mencionan los aspectos éticos.</p>



Revisor 1	Revisor 2
<b>Resultados</b>	
<p>- En la descripción de resultados, pudieron elaborar una tabla de estadísticos descriptivos en lugar de solo enunciarlos en sus resultados. Los datos descriptivos descritos, no indican por qué elegir solo la comparación de los puntajes 4 y 5 de las escalas Likert de sus variables. Se tendría que justificar por qué hicieron esto. - No indican si probaron los supuestos para utilizar estadística paramétrica. - En su tabla 1, no siguen la secuencia de asteriscos en la nota, se puede utilizar solo un asterisco para indicar a qué nivel estuvo definido el criterio de p, puesto que no tienen numerales que utilicen la primera indicación (un solo asterisco). - Es hasta esta sección que se indica que se utilizó correlación de Pearson, pero no se había dicho en la sección de análisis estadísticos. - En el cuerpo del texto, cuando se indica un hallazgo, correlación con significancia, etc. se debe poner entre paréntesis los símbolos y valores de cada variable (p. ej. si se encontró correlación entre variables, se tendría que escribir: <math>r=.xxx</math>; <math>p=.xxx</math>; otro ejemplo es con la prueba t, se tendría que poner: <math>t=x.xx</math>; <math>gl=x</math>; <math>p=.xxx</math>)</p>	<p>Los resultados son claros</p>
<b>Discusión</b>	
<p>- Aunque pusieron énfasis desde el título en la población universitaria, no se argumenta lo suficiente en los hallazgos de esta población en específico, las investigaciones que presentan están más centradas en población general. - No dejan ver la utilidad de sus hallazgos para la comunidad científica, algo que está limitado desde su planteamiento. - No mencionan cuáles pueden ser las limitaciones de la investigación.</p>	<p>La discusión al inicio de los resultados propios es escasa.</p>

Revisor 1	Revisor 2
<b>Conclusiones</b>	
<p>- Me parece importante que sus conclusiones coincidan con los hallazgos de su investigación, parecen no estar basadas en los datos que encontraron, por ejemplo en la siguiente frase: “se invita a la reflexión de resignificar la libertad, como aquella en que el contexto, los medios y los involucrados, compartan una responsabilidad asociada a su libre albedrío y autonomía, así como a condiciones de equidad y reciprocidad para negociar decisiones y metas, tendientes a procurar un empoderamiento mutuo (Ulloa Hernández, 2017) dado que en todo caso, como señala, Esteinou, (2008) es tarea de todos, entender que la modernidad tiene muchos rostros y que los procesos «tradicionales» y «modernos» confluyen de manera compleja ante nuevas formas de organización social, pero que también confluyen de manera compleja en la configuración de las subjetividades y de la vida íntima de hombres y mujeres. “ - Vuelven a omitir a la población universitaria como foco primordial de su investigación.</p>	<p>No se señalan las deficiencias o dificultades del estudio; por ejemplo, el considerar el contexto de la pandemia del Covid-19.</p>
<b>Referencias</b>	
<p>- Su lista de referencias y citación debe coincidir con un solo formato APA, tienen una combinación de APA 6ta ed. y APA 7a ed. Según revisé en los criterios de la revista aún solicitan APA 6ta ed., revisar puesto que no todo coincide.</p>	<p>no hay sugerencias de cambio</p>



[Artículo empírico]

Contenido relacionado a la  
pandemia por covid 19[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.354.241-257](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.354.241-257)

## BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA DETECCIÓN DE PATRONES BASADA EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Alejandro Zamudio Sosa, Samuel Ángel Rojo López,  
Fernando Fuentes Gallegos y Jorge Iván Fletes Gutiérrez  
UNAM, UAQ, UFRO, UdeG  
México

### RESUMEN

Aunque los índices de desgaste profesional o burnout pueden variar en función de organizaciones, climas laborales o diversos tipos de trabajadores, varias investigaciones reportan índices de prevalencia superiores en la población médica y profesionales de la salud en comparación con otras poblaciones (Adán, Jiménez y Herrera, 2004; Hernández, 2003; Toral-Villanueva, Aguilar-Madrid y Juárez-Pérez, 2009; Breilh, 1993); aunado a esto, investigaciones han reportado un aumento de burnout en dichos profesionales en el contexto de la pandemia ocasionada por el Covid-19 (Morgantini et al., 2020). Por esta razón y con el objetivo de detectar patrones en cuanto a variables sociodemográficas, de carga laboral y de nivel de burnout, y contar con un clasificador para nuevos profesionales para la planeación de intervenciones, se implementaron algoritmos de inteligencia artificial en una muestra no probabilística a 724 médicos y enfermeros de México mediante formularios de Google y el uso de la herramienta de Facebook Ads. El formulario aplicado contenía el Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), para evaluar el burnout y adaptado a población mexicana (Beltrán, Moreno y Estrada, 2016), así como preguntas adicionales relacionadas a variables sociodemográficas y carga laboral en el contexto de la pandemia ocasionada por el Covid-19. Se implementó el algoritmo de clusterización Kamila y se encontraron cinco grupos de profesionales con características particulares entre cada uno de ellos; finalmente se entrenó un modelo de clasificación utilizando un algoritmo de SVM (Support Vector Machine) con kernel gaussiano para clasificar nuevas observaciones en algún grupo resultado de la etapa clusterización, el cual tuvo una precisión de 0.92. La aplicación de algoritmos basados en inteligencia artificial puede servir para planear y desarrollar intervenciones grupales lo más especializadas posible y crear plataformas que arrojen recomendaciones psicológicas personalizadas a dichos profesionales.

### Palabras Clave:

burnout, profesionales de la salud, inteligencia artificial, intervención.

## BURNOUT IN HEALTH PROFESSIONALS IN THE CONTEXT OF A PANDEMIC: A METHODOLOGICAL PROPOSAL FOR THE DETECTION OF PATTERNS BASED ON ARTIFICIAL INTELLIGENCE

### ABSTRACT

Although the rates of professional attrition or burnout may vary depending on organizational contexts and different types of workers, several investigations report higher prevalence rates in the medical and health professional population compared to other populations (Adán, Jiménez y Herrera, 2004; Hernández, 2003; Toral-Villanueva et al., 2009; Breilh, 1993), in addition to this, research has reported an increase in burnout in these professionals in the context of the pandemic caused by Covid-19 (Morgantini et al., 2020). For this reason and with the aim of detecting patterns in terms of sociodemographic variables, workload and burnout level and having a classifier for new professionals, artificial intelligence algorithms were implemented in a non-probabilistic sample to 724 doctors and nurses from Mexico through Google forms and the use of the Facebook Ads tool. The applied form contained the Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), to assess burnout and adapted to the Mexican population (Beltrán, Moreno y Estrada, 2016), as well as additional questions related to sociodemographic variables and workload in the context of the pandemic caused by Covid-19. Subsequently, the Kamila clustering algorithm was implemented and 5 groups of professionals with particular characteristics were found among each of them, finally a classification model was trained using an SVM (Support Vector Machine) algorithm with Gaussian kernel to classify new observations in some group resulting from the clustering stage, which had a precision of 0.92. The application of algorithms based on artificial intelligence can be used to plan and carry out group interventions that are as specialized as possible and create platforms that can deliver personalized psychological recommendations to these professionals.

### Keywords:

burnout, health professionals, artificial intelligence, intervention.

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 8 de Febrero de 2021 | Aceptado: 04 abril de 2021 | Publicado en línea: Julio - Diciembre de 2021 |

## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN CONTEXTO DE PANDEMIA: UNA PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA DETECCIÓN DE PATRONES BASADA EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Alejandro Zamudio Sosa, Samuel Ángel Rojo López,  
Fernando Fuentes Gallegos y Jorge Iván, Fletes Gutiérrez  
UNAM  
México



Alejandro Zamudio Sosa  
Facultad de Psicología, UNAM  
Correo: zamudiososaalejandro@gmail.com

Estudiante de doctorado en Psicología Social de la Universidad Nacional Autónoma de México, actualmente desarrolla proyectos de investigación utilizando herramientas de ciencia de datos e inteligencia artificial para el análisis de datos psicológicos y de ciencias sociales.



Samuel Ángel Rojo López  
Independiente  
Correo: rl.samuel.an@gmail.com

Ingeniero en Biomédica por la Universidad Autónoma de Querétaro con un diplomado en Tecnología de Biosensores por la misma institución, actualmente trabaja como Ingeniero de Datos en una empresa consultora de tecnología.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Alejandro Zamudio Sosa estuvo a cargo de la propuesta y coordinación del desarrollo de la misma. | Samuel Ángel Rojo López participó en la metodología, ingesta de datos, limpieza, análisis exploratorio y experimentación de agrupamiento y clasificación. | Fernando Fuentes Gallegos colaboró en la metodología, revisión bibliográfica, limpieza, análisis exploratorio y experimentación de agrupamiento y clasificación. | Jorge Iván Gutiérrez participó en la metodología, revisión bibliográfica, limpieza, análisis exploratorio y experimentación de agrupamiento y clasificación.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece todas las personas involucradas en la realización de esta investigación.

## DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Alejandro Zamudio Sosa está adscrito a la Facultad de Psicología, UNAM | Samuel Ángel Rojo López, Fernando Fuentes Gallegos y Jorge Iván, Fletes Gutiérrez son investigadores independientes.



Copyright: © 2021 Zamudio-Sosa, A.; Rojo-López, S.; Fuentes-Gallegos, F.; & Gutiérrez, J. I.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24068/psicologia.ciencia-social) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>NATURALEZA DE LA INNOVACIÓN</b>	<b>245</b>
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA INNOVACIÓN</b>	<b>245</b>
<b>RANGO DE APLICACIÓN DE LA INNOVACIÓN</b>	<b>248</b>
<b>FUNCIONAMIENTO DE LA INNOVACIÓN</b>	<b>249</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>249</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>250</b>

**E**l impacto del estrés laboral en la salud mental es una preocupación creciente (Adán, Jiménez y Herrera, 2004). Específicamente en el ambiente hospitalario, Bianchini-Matamoros (1997) considera que la salud mental requiere una especial atención, pues considera que existen diferentes factores que pueden afectar la salud mental de estos profesionales; entre los principales factores que este autor considera se encuentran: 1) extensos horarios de trabajo; 2) atención a diferentes pacientes que pueden enfrentar crisis y familiares que enfrentan pérdidas, y 3) una creciente demanda de los servicios de salud, como la actual pandemia ocasionada por el Covid-19.

Así, uno de los principales problemas estudiados respecto al trabajo de profesionales de la salud ha sido el estrés laboral crónico, también conocido como “síndrome de burnout”. Éste se considera una patología laboral ocasionada por el estrés constante al que es sometido cualquier profesional en su ámbito laboral. Dicho estrés tiende a ser crónico, causando trastornos psicósomáticos y de conducta (Aranda-Beltrán, Pando-Moreno, Torres-López, Salazar-Estrada y Franco-Chávez, 2005). Otros autores (Bianchini-Matamoros, 1997) consideran que el síndrome de burnout o estrés laboral es un estado emocional que derivada de una sobrecarga de estrés y que influye en la motivación, actitudes y conducta de los profesionales que lo padecen. Este estrés crónico casi siempre es acompañado de síntomas somáticos, sentimientos de alienación, pérdida de motivación y sensación de fracaso.

Aunque los índices de desgaste profesional o burnout pueden variar en función del tipo de organización, ambiente laboral o profesiones específicas, varias investigaciones reportan niveles de prevalencia más altas en médicos y profesionales de la salud en comparación con la población de otros ámbitos laborales (Breilh, 1993; Adán, Jiménez y Herrera, 2004; Hernández, 2003; Toral-Villanueva et al., 2009).

Las consecuencias del burnout en los profesionales de la salud son amplias y afectan la salud mental, física, la calidad de vida y la eficacia de estos trabajadores. Al mismo tiempo puede generar una deficiente atención hacia el paciente y un deterioro en el sistema de salud (Bianchini, 1997). Aunado a esto, Adán, Jiménez y Herrera (2004) consideran que dichos profesionales no buscan evaluar ni atender su estrés de manera profesional por temor a la estigmatización, a perder credibilidad

frente a sus compañeros y pacientes, o al intentar ocultar problemas por miedo a perder el trabajo.

Asimismo hay evidencia para pensar que el burnout no tiene la misma naturaleza en todos los profesionales de la salud, la profesión específica (Schaufeli y Enzmann, 2020), el nivel de atención (Hernández, 2003), el sexo (Bernard y Meade, 1993; Elmore et al., 2016; Gil-Monte, 2002) y las horas trabajadas (Ávila-Toscano, Gómez-Hernández y Montiel-Salgado, 2010), entre otras variables (Toral-Villanueva et al., 2009), pueden incidir en la naturaleza y el nivel de burnout que pueden experimentar estos profesionales. Por tanto, es conveniente considerar dichas diferencias en la planeación y desarrollo de posibles intervenciones. Adicionalmente, varios estudios (Barello, Palamenghi y Graffigna, 2020; Morgantini et al., 2020) han reportado que la presión psicológica, síntomas somáticos y el burnout han aumentado en profesionales de la salud derivado a la sobrecarga laboral que implica la pandemia causada por el Covid-19. Otros autores (Sultana, Sharma, Hossain, Bhattacharya y Purohit, 2020) sugieren que el fenómeno de sobrecarga laboral ocasionado por la pandemia hace cada vez más urgente la necesidad de herramientas tecnológicas que ayuden a dichos profesionales a promover el autocuidado, el bienestar y el monitoreo de su salud mental.

Esta situación, y en el contexto de la pandemia causada por el Covid-19, plantea la necesidad de implementar acciones para buscar incidir en esta problemática. Una de las formas de enfrentar el problema es tener procedimientos que permitan conocer conjuntos de profesionales con características sociodemográficas y psicológicas similares para planear e implementar intervenciones con el menor costo y lo más personalizadas posible, y que sea de ayuda para obtener indicadores de burnout actualizados de las poblaciones de estudiantes y profesionistas de médicos y enfermeros que puedan servir a los directivos de clínicas y/o hospitales para tomar decisiones y mejorar las condiciones de dichos profesionales. Así, el propósito de este artículo es dar a conocer una metodología basada en inteligencia artificial que permita a los profesionales de la salud mental detectar patrones entre los profesionales de la salud (en cuanto a burnout y otras variables relevantes se refiere) y contar con clasificadores automáticos para nuevos profesionales y así poder planear intervenciones más eficaces con el menor costo posible. Se espera que los algoritmos de inteligencia artificial ayuden a encontrar patrones en una muestra de profesionales de la salud y al mismo tiempo poder clasificar nuevos profesionales no observados antes con métricas buenas o aceptables.

## NATURALEZA DE LA INNOVACIÓN

Dada la incidencia creciente del burnout en profesionales de la salud, aunado a la gran demanda y carga laboral que el fenómeno de la pandemia ha traído a los médicos y enfermeras de México, es necesario disponer de herramientas metodológicas que permitan planear e implementar intervenciones psicológicas lo más personalizadas posible para atender este síndrome en dicha población. Para ello se utilizaron algoritmos de inteligencia artificial para identificar conjuntos de profesionales de la salud que compartieran la mayor cantidad de características posibles, teniendo en cuenta sus niveles de burnout, sus características sociodemográficas y su carga laboral en el contexto de la pandemia, para luego clasificar de modo automático a los profesionales de salud en alguno de los grupos formados.

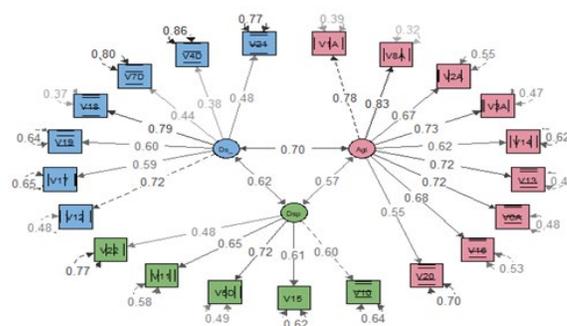
## CARACTERÍSTICAS DE LA INNOVACIÓN

Mediante un muestro no probabilístico por conveniencia se aplicaron 724 formularios de Google, distribuidos por medio de Facebook Ads (se seccionó al público al cual sería dirigida la encuesta mediante palabras clave como "medicina", "enfermería", "pacientes", "facultad médica" y "facultad de enfermería"), en las cuales se recabaron datos de las variables sexo, edad, profesión, nivel de atención, grado académico, número de pacientes promedio en una jornada, número promedio de horas trabajadas en una semana durante la pandemia causada por el Covid-19, en conjunto con 22 reactivos del Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1981), para evaluar el burnout en profesionales de la salud y adaptado a la población mexicana (Beltrán, Moreno y Estrada, 2016). En dicho formulario se presentó un consentimiento informado aclarando la confidencialidad de los datos, así como el propósito de obtención de los mismos; en caso de no otorgar el consentimiento, el formulario se terminó para dichos participantes. La aplicación fue durante las dos primeras semanas de agosto de 2020.

El MBI es un cuestionario para evaluar el burnout; es muy utilizado en el mundo por sus propiedades psicométricas (Gil-Monte y Peiró-Silla, 1997); dicho cuestionario evalúa el burnout en tres factores: 1) agotamiento emocional; 2) despersonalización, y 3) desrealización profesional. Para la limpieza de datos, extracción de características y creación de gráficas se usó el lenguaje Python, y para la implementación de los algoritmos se utilizó el lenguaje R. Se extrajeron indicadores de los tres componentes del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y des-

realización profesional) que mide el MBI, mediante la sumatoria lineal de los reactivos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 para el agotamiento emocional; los reactivos 5, 10, 11, 15 y 22 para el factor de despersonalización, y de los reactivos 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 para la desrealización profesional. Para evaluar la calidad de la medición de burnout se hizo un análisis factorial confirmatorio mostrando ajustes adecuados (figura 1). Dado que en los tres componentes de burnout se relacionaron de manera lineal se decidió unir los tres factores en un solo factor global o acumulado de burnout para el resto del análisis.

Figura 1.



Análisis factorial confirmatorio de MBI, adaptado en población mexicana, que muestra adecuada estructura interna.

En cuanto a la descripción de la muestra, 81% de los encuestados corresponde a mujeres, 64% tenía la profesión de enfermería (figura 2); los principales estados donde vivían los participantes fueron Nuevo León (23%), Ciudad de México (21%), Estado de México (17%) y Jalisco (17%).

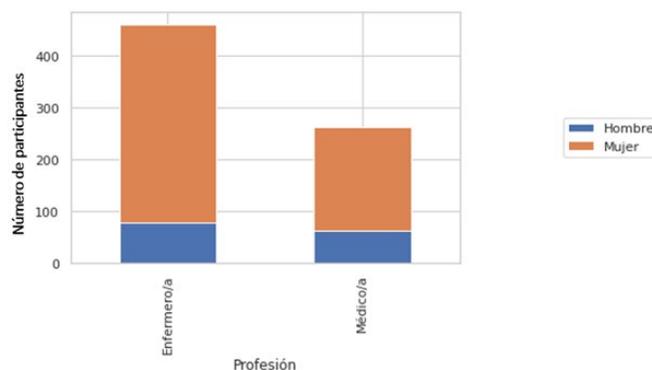
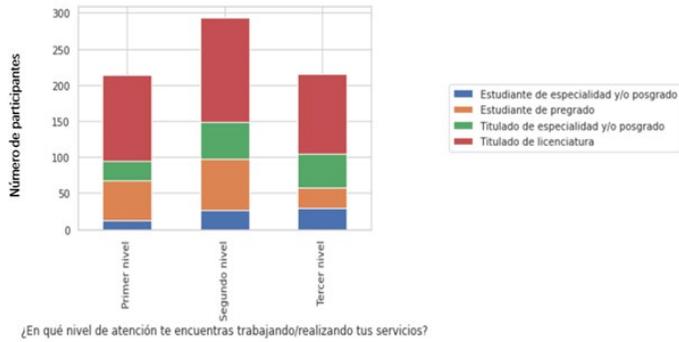


Figura 2.

Número de participantes por profesión y sexo.

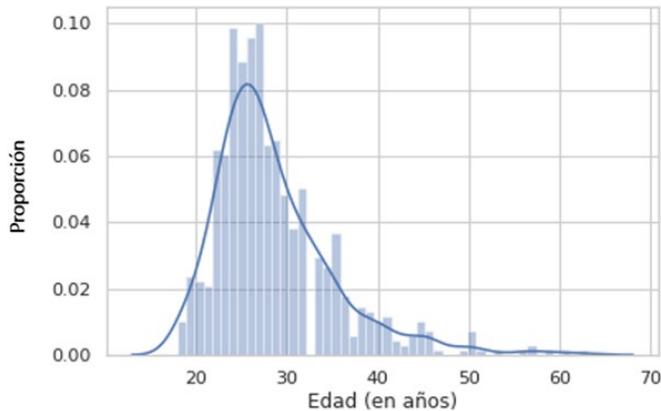
En cuanto a la proporción por niveles de atención, ésta se mantuvo relativamente equilibrada entre los tres tipos de niveles de atención (figura 3); sin embargo, la proporción de estudiantes de especialidad y/o posgrado fue menor que cualquier otro grado.

Por otra parte, la edad promedio fue de 28.58 años con una desviación estándar de 6.71 años (figura 4).



¿En qué nivel de atención te encuentras trabajando/realizando tus servicios?

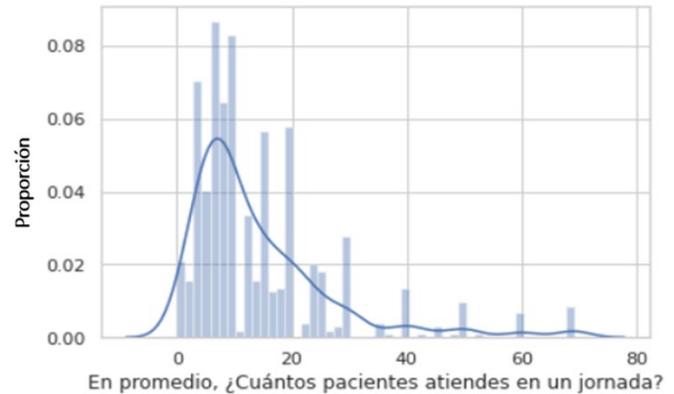
**Figura 3.** Número de participantes por nivel de atención y grado académico.



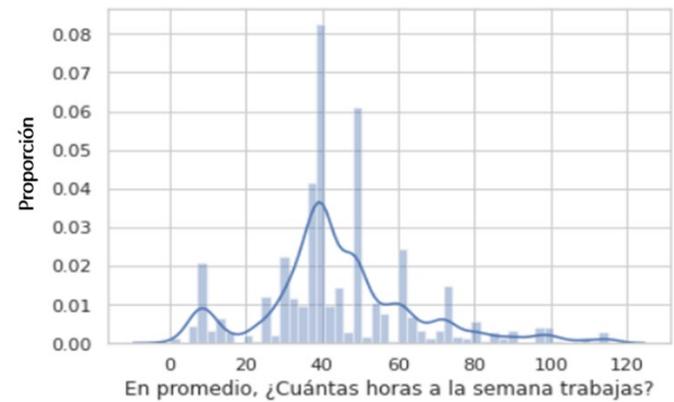
**Figura 4.** Distribución de edad de los participantes.

Para el número de pacientes se encontró una media de 14.24 pacientes por jornada laboral con una desviación estándar de 12.62 pacientes (figura 5), para las horas de trabajo se obtuvo una media de 44.49 horas y una desviación estándar de 20.25 horas (figura 6). Por último, para el burnout total se obtuvo una media de 57.38 y una desviación estándar de 10.93 (con un rango de 25 a 110) (figura 7). Por último, en la figura 8 se muestra cómo el acumulado de burnout o burnout total se incrementa conforme aumentan las horas laborales y el número de pacientes, mientras que la edad parece desempeñar un papel secundario.

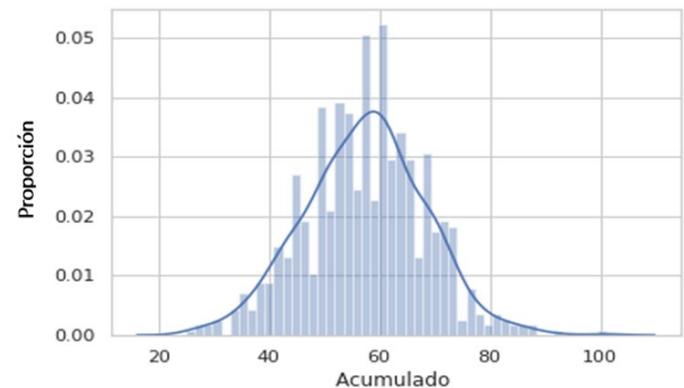
En segundo paso se procedió a aplicar el algoritmo de agrupamiento Kamila (Foss, Markatou, Ray y Heching, 2016) para la conformación de clústeres porque se contaba con una base de datos mixta, es decir, variables categóricas y variables continuas. Las variables contempladas para Kamila fueron edad, número de pacientes por jornada durante la pandemia, número de horas laborales a la semana, nivel de burnout global, sexo, nivel educativo, nivel de atención y profesión; dichas variables fueron seleccionadas con base en las caracte-



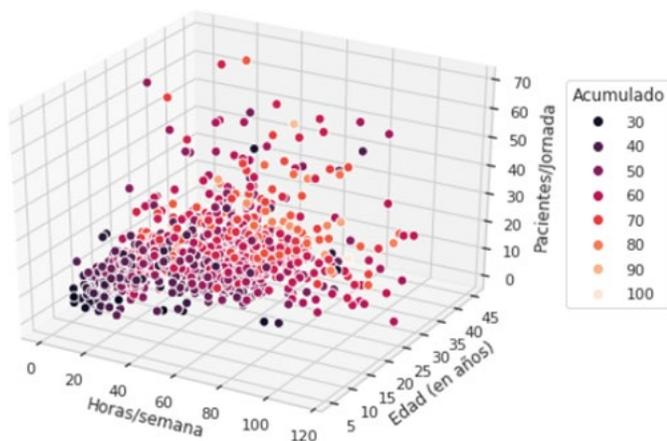
**Figura 5.** Distribución de pacientes atendidos en una jornada laboral reportados por los participantes.



**Figura 6.** Distribución de horas promedio trabajadas a la semana reportadas por los participantes.



**Figura 7.** Distribución de burnout total (acumulado) de los participantes, con un mínimo de 22 y un máximo de 110.



**Figura 8.** Relación entre la edad, las horas trabajadas a la semana, el número de pacientes atendidos por jornada laboral y el acumulado o burnout total en los participantes. A medida que aumentan las horas trabajadas a la semana y el número de pacientes, mayor es el nivel de burnout acumulado.

terísticas relevantes reportadas en la literatura científica (Aranda-Beltrán et al., 2005; Contreras, Juárez y

Murray, 2008). Aunque se obtuvo la métrica de fuerza predicción desde 2 hasta 10 clústeres como lo sugieren los autores (Foss et al., 2016), el número de clústeres se seleccionó sobre todo con base en la interpretabilidad de los grupos, es decir, se seleccionaron cinco clústeres, pues este número agrupó la máxima diferencia entre burnout y las demás variables contempladas en cada uno de los grupos (tablas 1-5).

**Tabla 1.**

Distribución de burnout total (acumulado) de los participantes, con un mínimo de 22 y un máximo de 110.

CLÚSTER	EDAD	NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA JORNADA LABORAL	NÚMERO DE HORAS LABORALES	BURNOUT
1	26.89	7.92	46.56	61.67
2	31.29	27.69	40.71	62.38
3	31.38	10.57	38.85	46.01
4	26.57	21.10	82.41	57.71
5	26.53	11.59	12.49	56.58

**Tabla 2.**

Proporción de sexo por cada clúster de profesionales de la salud.

CLÚSTER	HOMBRE	MUJER
1	0.19	0.81
2	0.11	0.89
3	0.25	0.75
4	0.24	0.76
5	0.27	0.73

**Tabla 3.**

Proporción de profesión por cada clúster de profesionales de la salud.

CLÚSTER	MÉDICO (A)	ENFERMERO (A)
1	0.90	0.10
2	0.31	0.69
3	0.56	0.44
4	0.43	0.57
5	0.66	0.34

**Tabla 4.**

Proporción de nivel de atención por cada clúster de profesionales de la salud.

CLÚSTER	NIVEL DE ATENCIÓN		
	PRIMARIO	SECUNDARIO	TERCIARIO
1	0.16	0.41	0.43
2	0.62	0.30	0.08
3	0.22	0.47	0.31
4	0.27	0.46	0.28
5	0.38	0.36	0.26

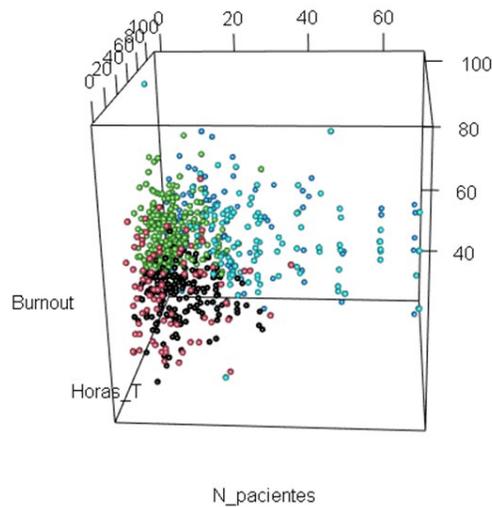
**Tabla 5.**

Proporción grado académico por cada clúster de profesional de la salud.

CLÚSTER	GRADO ACADÉMICO			
	ESTUDIANTE LICENCIATURA	TITULADO LICENCIADO	ESTUDIANTE DE POSGRADO	TITULADO DE POSGRADO
1	0.09	0.15	0.11	0.65
2	0.09	0.15	0.39	0.45
3	0.08	0.20	0.29	0.43
4	0.21	0.29	0.11	0.39
5	0.08	0.44	0.04	0.44

En la figura 9 se muestran los cinco clústeres formados por el algoritmo Kamila, graficándolos con base en el nivel de burnout, las horas trabajadas en una jornada y el

número de pacientes atendidos durante la pandemia en una jornada. De manera resumida, los cinco grupos que se formaron en los clústeres tenían la siguiente naturaleza.



**Figura 9.** Representación en gráfico de 3D (con las variables de burnout total, número de pacientes y horas trabajadas en una jornada laboral) de los clústeres formados por el algoritmo Kamila.

1. El primer grupo se caracteriza por ser jóvenes (media de 26.8 años), atender pocos pacientes por jornada (media de 7.9 pacientes), tener media alta cantidad de horas de trabajo a la semana (media de 46.5 horas) y medio alto burnout (media de 61.6).
2. El segundo grupo lo conformaban adultos jóvenes (media de 31.2 años), con alta cantidad de pacientes atendidos por jornada (media de 27.6 pacientes), horas de trabajo promedio (media de 40.7 horas) y alto burnout (62.3).
3. El tercer grupo se conformó con adultos jóvenes (media de 31.3 años), con media baja cantidad de pacientes que atienden (10.5 pacientes), horas de trabajo medio bajas (media de 38.8 horas) y burnout bajo (media de 46).
4. El cuarto grupo se conformó con jóvenes (media de 26.5 años), media alta cantidad de pacientes atendidos (media de 21 pacientes), altas horas de trabajo (82.4 horas) y burnout medio (media de 57.7).
5. El último grupo se formó de jóvenes (media de 26.5 años), medio bajo pacientes (media de 11.5 pacientes), bajas horas de trabajo (media de 12.4 horas), medio bajo burnout (media de 56.5).

En un tercer paso se aplicó el algoritmo de SVM con kernel gaussiano para clasificación, se dividió la base de datos en 70% para entrenar y 30% para someter a prueba el algoritmo de clasificación, y se obtuvo

una matriz de confusión (tabla 6). Después se hizo una validación cruzada con cuatro folds para evaluar la precisión del modelo de clasificación utilizado, obteniendo un promedio de 0.92 (0.87-0.95 grados de libertad a 95%) con una desviación estándar de 0.0230. Para finalizar, se obtuvieron métricas de sensibilidad, especificidad, accuracy por clase (tabla 7).

**Tabla 6.**

Matriz de confusión utilizada para comparar los casos asignados a cada clúster por el algoritmo de clasificación por los casos reales en cada clúster.

PREDICCIÓN HECHA POR EL CLASIFICADOR	CLÚSTERES				
	1	2	3	4	5
1	56	2	0	1	1
2	3	67	3	0	2
3	0	0	20	0	0
4	0	0	0	22	0
5	1	1	2	1	35

**Tabla 7.**

Estadísticas de sensibilidad, especificidad y precisión por cada clúster obtenidas por el clasificador empleado.

	CLÚSTER				
	1	2	3	4	5
Sensibilidad	0.93	0.96	0.80	0.92	0.92
Especificidad	0.97	0.95	1.00	1.00	0.97
Precisión	0.95	0.95	0.90	0.96	0.95

## RANGO DE APLICACIÓN DE LA INNOVACIÓN

Se considera que las jornadas laborales en México son de las más prolongadas en el mundo (Infobae, 2020), al mismo tiempo que las vacaciones en México son de las más breves (Animal Político, 2017); además, de acuerdo con algunas investigaciones recientes (La Jornada, 2020; Business Insider, 2020), la pandemia y el fenómeno de home office ha extendido las horas laborales de los trabajadores mexicanos, y en particular en profesionales de la salud (Barello et al., 2020; Morgantini et al., 2020). De este modo se puede suponer que el desgaste laboral no sólo afecta a los profesionales de la salud, pues múltiples sectores industriales y de servicios pueden estar gravemente afectados por dicho desgaste.

Respecto a lo anterior, en octubre de 2018 entró en vigor la Norma Oficial Mexicana NOM-035 (Diario Oficial de la Federación, 2018) que busca proteger del estrés laboral y de riesgos psicosociales al trabajador. Di-

cha norma establece como obligación de las empresas la implementación de políticas de prevención de riesgos psicosociales, la identificación de trabajadores que hayan experimentado acontecimientos traumáticos por o durante el trabajo para canalizarlos y desarrollar actividades de prevención de dichos riesgos. El panorama planteado evidencia la necesidad de tener herramientas para identificar y atender condiciones relacionadas con el desgaste laboral en México. De esta manera, la metodología planteada puede ayudar a los profesionales de la salud mental a diseñar e implementar intervenciones con bajo costo, pues permite identificar conjuntos de profesionales y trabajadores con características similares (sociales y psicológicas) para facilitar el diseño de intervenciones grupales, talleres o cursos enfocados a las necesidades específicas de dichos grupos. Es decir, dicha metodología puede ayudar a crear aplicaciones para ofrecer recomendaciones personalizadas a los profesionales de la salud de prácticas de autocuidado o meditación (Sultana et al., 2020), así como contar con una herramienta que permita clasificar a nuevos trabajadores para integrarlos a los grupos adecuados para su posible intervención. Aunado a esto, la implementación de este tipo de algoritmos de inteligencia artificial puede ayudar a generar reportes acerca de la incidencia y naturaleza de los diferentes trastornos en hospitales e instituciones y ayudar a los directivos a tomar decisiones para atender dichos trastornos.

## **FUNCIONAMIENTO DE LA INNOVACIÓN**

En el contexto hospitalario, en muchas ocasiones los psicólogos clínicos tienen la responsabilidad de detectar y atender trastornos como depresión, ansiedad o burnout entre los profesionales de la salud; a su vez, en múltiples empresas cada vez es más frecuente que psicólogos tengan la responsabilidad de detectar y atender diferentes trastornos con tiempo y recursos limitados. Gil-Monte (2001) considera que la primera medida para atender el burnout en estos profesionales consiste en que éstos sean conscientes de las manifestaciones del síndrome; aunado a esto, son de gran ayuda intervenciones basadas en procesos cognitivos de autoevaluación y de tipo conductual para mitigar el estrés; al mismo tiempo es de utilidad promover estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema y no de evitación, potenciar las habilidades sociales y eliminar o disminuir en lo posible los estresores a nivel organizacional. Gil-Monte también considera que es importante aumentar el asertividad, establecer objetivos factibles de conseguir, fomentar el apoyo emocional entre compañeros de trabajo y mejorar el clima organizacional.

De este modo la metodología planteada puede ayudar a los profesionales de la salud mental a detectar patrones clave para la correcta planeación e implementación de talleres o pláticas que fomenten dichas estrategias formando grupos con características similares y poder realizar intervenciones grupales con base en sus características; al mismo tiempo puede ayudar a elaborar informes para que directivos puedan definir acciones y modificar el clima organizacional con base en datos de las características de dichos grupos.

Con base en la naturaleza de los clústeres encontrados, se propone la creación de talleres enfocados en la mitigación del burnout, como técnicas de respiración, meditación y tiempo fuera (Sultana et al., 2020) para el primer y segundo grupos (que fueron los que presentaron índices más elevados de burnout). Para el tercer grupo, quienes presentaban menor burnout y al mismo tiempo mayor edad, se recomienda enfocar los talleres y pláticas en el acompañamiento emocional de los profesionales de la salud con quienes laboran; este grupo pudiera fungir de apoyo social para sus compañeros de trabajo con más burnout. Para el cuarto grupo se recomienda buscar apoyo de los puestos directivos y los tomadores de decisiones para disminuir la carga de trabajo y las horas laborales. De este modo, con base en las características de los grupos identificados se pueden implementar acciones conjuntas o separadas para atender las necesidades de cada uno de ellos.

## **CONCLUSIONES**

El burnout o desgaste laboral es un fenómeno que puede afectar de manera grave en diversos ámbitos de la vida de los profesionales de la salud que lo padecen, teniendo como consecuencias una disminución del desempeño laboral, mala satisfacción con su práctica, actitudes negativas hacia el cuidado de los pacientes (Hernández, 2003), conflictos laborales frecuentes, e incluso causar síntomas de depresión y/o ansiedad. Para ayudar a atender esta problemática es urgente contar con herramientas que puedan ayudar a detectar la naturaleza del burnout y su relación con otro tipo de variables, y que a la vez sean de fácil acceso y bajo costo para las instituciones.

En este sentido, el proyecto presentado logró recolectar información clave que permitió: 1) implementar un algoritmo que agrupara a los profesionales de la salud con base en sus características (psicológicas, de trabajo y sociodemográficas), y que dichos grupos fueran interpretables psicológicamente hablando, y 2) implementar un algoritmo que aprendiera a clasificar de manera correcta a nuevos profesionales. Lo anterior con

el objetivo planear e implementar intervenciones psicológicas, como talleres o pláticas, lo más personalizadas posible, a cada uno del grupo. Asimismo se recomienda aplicar la metodología presentada por hospital o laboratorio y así contar con patrones específicos por hospital y que sea de mayor ayuda para los profesionales de la salud mental encargados de los mismos.

Como pasos a seguir se propone que la herramienta considere variables que no fueron identificadas en este proyecto, como el clima laboral y el tipo de área clínica en que se trabaja; estos factores pueden ser relevantes, tal como se propone en estudios en otros países (Attia-Bari, Haroon y Bano, 2019). También se propone elaborar un dashboard (o tablero cuyo propósito es representar de manera visual indicadores para la toma de decisiones) con los resultados de la presente metodología para contar en tiempo real con indicadores de burnout y otro tipo de datos que permitan tomar decisiones basadas en datos. Asimismo es importante tener en cuenta profesionales administrativos de las clínicas u hospitales porque estos trabajadores también son susceptibles a presentar afectaciones por desgaste en el trabajo (Flores-Tesillo y Ruíz-Martínez, 2018).

El uso de inteligencia artificial puede ayudar a los profesionales de la salud mental a encontrar patrones en grandes cantidades de datos, patrones que pueden ayudar a conocer la naturaleza de los trastornos y al mismo tiempo tener más información para la implementación de intervenciones; esto resulta útil en épocas de pandemias, de acuerdo con la relativa rapidez con que pueden surgir problemas psicológicos asociados a la carga de trabajo en profesionales de la salud. El siguiente paso de este proyecto se enfocará en crear una plataforma y aplicación que pueda clasificar de modo automático a profesionales de la salud y proporcionar recomendaciones psicológicas lo más personalizadas posible, así como crear indicadores y visualizaciones de los datos recabados en poco tiempo.

Es importante destacar que los resultados obtenidos en esta metodología no son representativos de alguna población específica; es necesario que se aplique el presente procedimiento con muestras representativas o la población a la que se planearán las intervenciones (hospitales o clínicas completas); sin embargo, la facilidad y bajo costo del mismo (dado que se ocuparon exclusivamente herramientas y softwares gratuitos) permite su implementación de manera generalizada. ■

## REFERENCIAS

Adán, J. C. M., Jiménez, B. M., & Herrera, M. G. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos:

- Revisión y propuestas de prevención. *Medicina clínica*, 123(7), 265-270. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74484-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74484-X)
- Animal Político (2017, julio 21). Mucho trabajo pocas vacaciones: México es uno de los países que menos días da a sus empleados. Recuperado el 30 de noviembre de 2020, de: <https://www.animalpolitico.com/2017/07/vacaciones-mexico-empleados/>
- Aranda-Beltrán, C., Pando-Moreno, M., Torres-López, T., Salazar-Estrada, J., & Franco-Chávez, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(3), 225-231.
- Attia-Bari, R. K., Haroon, F., & Bano, I. (2019). Burnout among pediatric residents and junior consultants working at a tertiary care hospital. *Pakistan journal of medical sciences*, 35(1), 45. <https://doi.org/10.12669/pjms.35.1.43>
- Ávila-Toscano, J. H., Gómez-Hernández, L. T., & Montiel-Salgado, M. M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 39-52.
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian Covid-19 pandemic. *Psychiatry research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Beltrán, C. A., Moreno, M. P., & Estrada, J. G. S. (2016). Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (Hss) en trabajadores del occidente de México. *Salud Uninorte*, 32(2), 218-227. <https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8828>
- Bernard, M., & Meade, K. (eds.) (1993). *Women come of age: perspectives on the lives of older women*. London: E. Arnold.
- Bianchini-Matamoros, M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13(2-1-2), 189-192.
- Breilh, J. (1993). Trabajo hospitalario, estrés y sufrimiento mental. *Salud problema*, 23, 21-37.
- Business Insider (2020, 5 de agosto). Muchas reuniones y 48 min más: Así ha cambiado la jornada laboral desde que inicio la pandemia. Recuperado el 30 de noviembre de 2020, de: <https://www.businessinsider-es.cdn.ampproject.org/c/s/www.businessinsider.es/jornada-laboral-dura-48-minutos-pandemia-689893?amp>
- Contreras, F., Juárez, F., & Murrain, E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento psicológico*, 4(11), 29-43.
- Diario Oficial de la Federación (2018, 23 de octubre). Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención. Recuperado el 30 de noviembre de 2020: DOF - Diario Oficial de la Federación
- Elmore, L. C., Jeffe, D. B., Jin, L., Awad, M. M., & Turnbull, I. R. (2016). National survey of burnout among US general surgery residents. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(3), 440-451.
- Flores-Tesillo, S. Y., & Ruíz-Martínez, A. O. (2018). Burnout en

- profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72. <https://doi.org/10.25009/pys.v28i1.2539>
- Foss, A., Markatou, M., Ray, B., & Heching, A. (2016). A semiparametric method for clustering mixed data. *Machine Learning*, 105(3), 419-458. <https://doi.org/10.1007/s10994-016-5575-7>
- Gil-Monte, P. R. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em estudo*, 7(1), 3-10. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100003>
- Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica*, 3(5).
- Gil-Monte, P. R., & Peiró-Silla, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.
- Hernández, J. R. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista cubana de salud pública*, 29(2), 103-110.
- Infobae (2020, 11 de febrero). La jornada laboral de los mexicanos es una de las más extensas del mundo. Recuperado el 30 de noviembre de 2020, de: <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/02/11/la-jornada-laboral-de-los-mexicanos-es-una-de-las-mas-extendidas-del-mundo/>
- La Jornada (2020, 6 de julio). Advierten abusos de laborar en casa. Recuperado el 30 de noviembre de 2020, de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/07/06/advierten-de-abusos-al-laborar-en-casa-9804.html>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., ... & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the Covid-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLoS one*, 15(9), e0238217. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (2020). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis* (Issues in Occupational Health) (English Edition) (1a. ed.). CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781003062745>
- Sultana, A., Sharma, R., Hossain, M. M., Bhattacharya, S., & Purohit, N. (2020). Burnout among healthcare providers during Covid-19 pandemic: Challenges and evidence-based interventions. <https://doi.org/10.20529/IJME.2020.73>.
- Toral-Villanueva, R., Aguilar-Madrid, G., & Juárez-Pérez, C. A. (2009). Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occupational medicine*, 59(1), 8-13. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqn122>

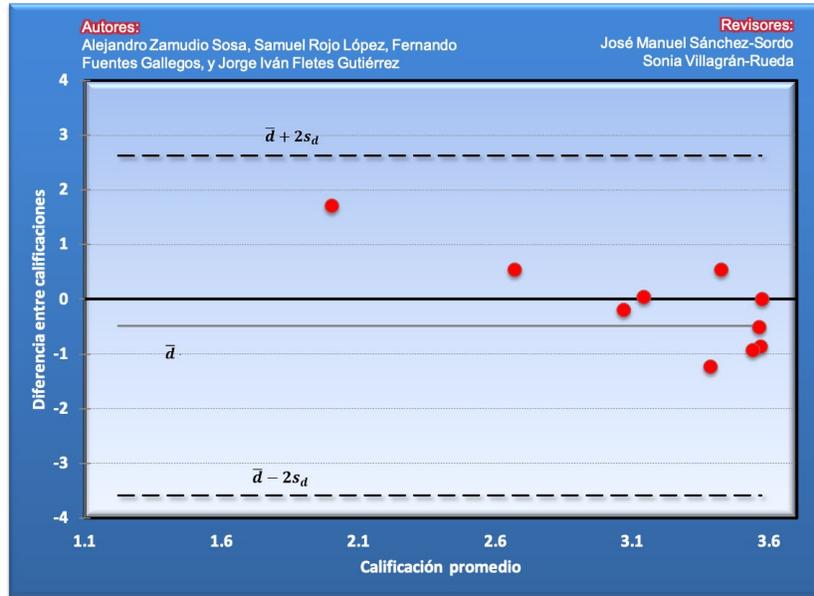


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

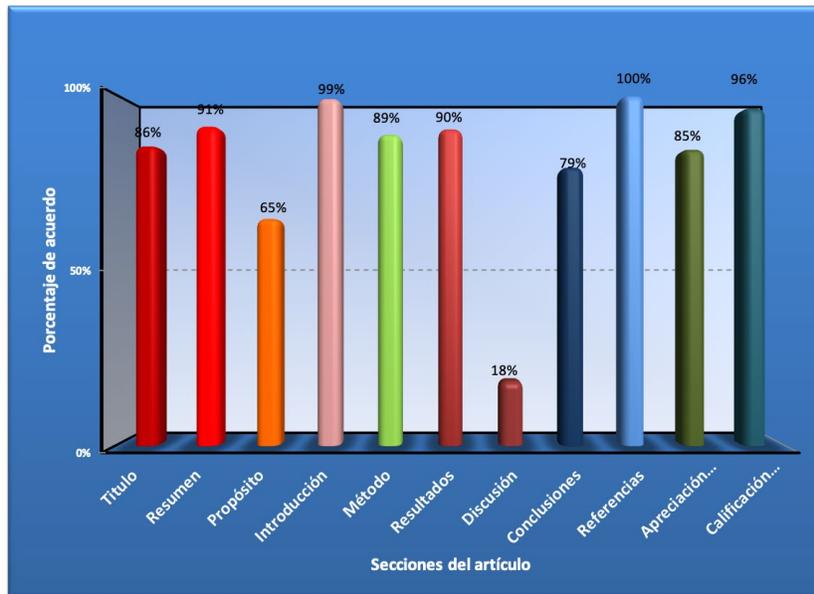
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
José Manuel Sánchez Sordo	Sonia Villagrán-Rueda
<b>Título/Autoría</b>	
cabría especificar pandemia del Covid-19	El título debe ser máximo 15 palabras, además en el abstract falta el título en inglés
<b>Resumen</b>	
Incluir un breve resumen de los resultados de los clusters.	El párrafo cuarto se enfocó más a la explicación de procedimiento y resultados, dejando el párrafo quinto a una leve descripción de conclusiones, se sugiere ahondar más en dichas conclusiones. En cuanto al resumen presenta un total de 233 palabras, siendo el máximo requerido 150 palabras, favor de corregir. Las palabras clave o conceptos son cuatro y los solicitados mínimamente son 5 palabras o conceptos clave. Respecto al abstract falta el título en inglés, así mismo favor de omitir la indicación de la plantilla entre corchetes.
<b>Próposito del Estudio</b>	
Si bien el propósito es claro, el artículo va indicado o está contextualizado en la época actual de "pandemia" y el propósito no retoma dicho contexto, es como si se hubiera llevado a cabo la investigación fuera del contexto del covid 19, mas el título incluye la palabra pandemia.	No expresa textualmente preguntas de investigación, ni hipótesis. Se sugiere plantear preguntas de investigación o presentar hipótesis de investigación.
<b>Introducción</b>	
No se define conceptualmente de manera concreta el burnout, solo se menciona de manera muy breve a manera de traducción como desgaste, y es la variable de interés por lo cual se debería definir conceptualmente y sustentar teóricamente. Una vez más no se menciona relación alguna entre burnout y pandemia, por ende el término pandemia en el título parece estar de más.	No enuncia como tal una hipótesis, en este caso la lectora la infiere.

Revisor 1	Revisor 2
<b>Método</b>	
El artículo no sigue la estructura de publicación científica (introducción, método, etc...) si no su propia lógica basada en describir la intervención. Si el objetivo del estudio es clasificar personal de la salud, al haber sido recabada por facebook no hay certeza de que se cuente con una muestra homogénea o con las características de interés, se debió haber buscado directo en hospitales, laboratorios etc. El instrumento utilizado no se describe, es mas ni se pone su nombre completo, y NO retoman la variable contextual "pandemia" para recabar, analizar y concluir sobre los datos algo relacionado con el estrés laboral y la pandemia.	No existe una división de secciones mínimas que señalen Participantes, Materiales, Procedimientos, Mediciones y Análisis estadístico, se sugiere poner dichos apartados para una mejor comprensión. No señala el tipo de muestreo utilizado. No describe si existió algún procedimiento para obtener consentimiento informado, tampoco señala la forma en que aseguró el anonimato y la confidencialidad a los participantes del estudio
<b>Resultados</b>	
A nivel de clusterización los resultados son buenos, más éstos no ponen de manifiesto ninguna posible intervención como se menciona en el objetivo del artículo, el clasificador final al parecer tiene buen nivel de clasificación, mas éste es genérico y no está centrado para clasificar estrés en pandemia como el título lo indica...en general hay una desconexión entre e título (pandemia) y los resultados, pues si bien si se encontraron grupos según las variables observadas ninguna de éstas hace referencia directa a la pandemia.	Debido a que no plantea tácitamente pregunta de la investigación y/o hipótesis, no se vislumbra en la sección de resultados en aquellos hallazgos pertinentes que respondan a la pregunta de la investigación y/o a la prueba de hipótesis
<b>Discusión</b>	
No hay	No se señalan hipótesis alternativas
<b>Conclusiones</b>	
Se centra mucho en el algoritmo y no en los resultados encontrados con éste.	Las conclusiones son adecuadas.
<b>Referencias</b>	
meter más de burnout	Por ejemplo la referencia de Tesillo, S. Y. F., y Martínez, A. O. R. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. <i>Psicología y Salud</i> , 28(1), 63-72, no se encuentra en el documento y si en el listado de referencias.





*Artículos  
de temática libre*

[Artículo teórico]

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.347.259-286](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.347.259-286)

## CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS CLÍNICOS EN EL CONTEXTO MEXICANO

Diana Moreno Rodríguez, Norma Edith Muñoz Villegas,  
Pamela Rodríguez Palacios y Christian Ivan Gil Dávila  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM  
México

### RESUMEN

En la práctica profesional, el psicólogo clínico tiene la obligación de comunicar los resultados de su actividad mediante un informe claro y preciso. Dicho informe es conocido en la literatura como informe psicológico clínico (IPC). El objetivo de este artículo es presentar 10 recomendaciones básicas para la elaboración de un IPC; estas recomendaciones incluyen elementos de formato y contenido, así como diversos aspectos relacionados con la ética. Para apoyar cada una de las recomendaciones se consultaron diferentes fuentes de información publicadas por asociaciones de psicólogos reconocidas en México y en el extranjero, así como autoridades académicas y de la salud. Se presentan dichas recomendaciones, su definición, así como una tabla documental con las fuentes, numerales, artículos y leyes, entre otros aspectos, que apoyan cada una de las recomendaciones. Se concluye la necesidad de que los psicólogos en formación conozcan dichas sugerencias y los documentos referidos.

### Palabras Clave:

informe psicológico clínico, confidencialidad, código de ético del psicólogo, evaluación psicológica, bioética.

## ETHICAL CONSIDERATIONS FOR THE PREPARATION OF CLINICAL PSYCHOLOGICAL REPORTS IN THE MEXICAN CONTEXT

### ABSTRACT

In professional practice, the clinical psychologist has the obligation to communicate the results of his activity through a clear and precise report. This report is known in the literature as the Clinical Psychological Report (CPR). The objective of this work is to present 10 basic recommendations for the elaboration of an CPR, these recommendations include elements of format and content, as well as various aspects related to ethics. To support each of the recommendations, different sources of information published by recognized associations of psychologists in Mexico and abroad, as well as academic and health authorities, were consulted. These recommendations, their definition, as well as a documentary table with the sources, and numerals, articles, laws, etc., that support each of the recommendations are presented. The need for psychologists in training to know these suggestions and the referred documents is concluded.

### Keywords:

clinical psychological report, confidentiality, code of ethics of the psychologist, psychological assessment, bioethics

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

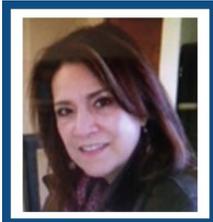
| Recibido: 31 de Diciembre de 2020 | Aceptado 19 de Mayo de 2021 | Publicado en línea: Julio - Diciembre de 2021 |



## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

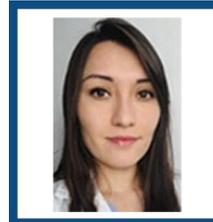
### CONSIDERACIONES ÉTICAS PARA LA ELABORACIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS CLÍNICOS EN EL CONTEXTO MEXICANO

Diana Moreno Rodríguez, Norma Edith Muñoz Villegas,  
Pamela Rodríguez Palacios y Christian Ivan Gil Dávila  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM  
México



**Diana Moreno Rodríguez**  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [dianamoreno90@gmail.com](mailto:dianamoreno90@gmail.com)

Es doctora en Educación: diagnóstico, medida y evaluación de la intervención educativa, por la Universidad Anáhuac y Universidad Complutense de Madrid. Sus líneas de investigación abarcan la psicología experimental, la educación y la salud. Es docente en pregrado y posgrado, en asignaturas relacionadas con la metodología de la investigación. Actualmente Pertenece al Sistema Nacional de Investigadores como investigador nacional Nivel 1.



**Norma Edith Muñoz Villegas**  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [edith\\_598011@hotmail.com](mailto:edith_598011@hotmail.com)

Licenciada en Psicología con formación cognitivo conductual, egresada de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Actualmente Estudiante de la Residencia en Medicina Conductual, del Programa de Maestría y Doctorado de la UNAM. Experiencia profesional en el área clínica con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en hospitalización.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diana Moreno Rodríguez estuvo a cargo de la coordinación, revisión, corrección y redacción del trabajo | Norma Edith Muñoz Villegas participó en la redacción, corrección y búsqueda bibliográfica | Pamela Rodríguez Palacios colaboró en la redacción, corrección y búsqueda bibliográfica | Christian Iván Gil Dávila participó en la redacción, corrección y búsqueda bibliográfica

### AGRADECIMIENTOS

[Agradacimientos por parte de los autores]

### DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM



Copyright: © 2021 Moreno-Rodríguez, D.; Muñoz-Villegas, N.E.; Rodríguez-Palacios, P.; & Gil-Dávila, C.I.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24018/psicologia-y-ciencia-social) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>262</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>263</b>
<b>PRECISIONES TEÓRICAS</b>	<b>263</b>
Poseer la cualificación, 263	
Respetar la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente, 264	
Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al cliente, 264	
Organización de los contenidos del informe, 264	
Proceso de evaluación, hipótesis formuladas y justificación de conclusiones, 264	
Cuidar el estilo, 264	
Mantener la confidencialidad y la secrecía profesional, 265	
Solicitar el consentimiento informado, 265	
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>265</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>267</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>268</b>

## INTRODUCCIÓN

El quehacer del psicólogo puede describirse como un proceso que involucra actividades variadas y diferenciadas en cada etapa de dicho proceso. El producto de estas actividades y juicios derivados de éstas se verán reflejados en un documento denominado “informe psicológico clínico” (IPC). El Dicho informe es un documento con rigurosidad científica y objetividad, es un instrumento de comunicación cuyo objetivo principal es dar a conocer los resultados del proceso de evaluación o intervención psicológica. En este documento se plasma la información esencial de la evaluación psicológica o proceso psicoterapéutico (Bustos, 2018; Heredia, Santaella y Somarriba, 2012; Pérez, Muñoz y Ausín, 2003).

Las cuatro funciones principales de un IPC según Wiener y Costaris (2012) son: 1) incrementar el entendimiento de los involucrados en el caso, de las habilidades cognitivas, conductuales, dificultades socioemocionales, así como los factores medioambientales que impiden un ajuste emocional del paciente (cliente); 2) proporcionar recomendaciones viables para efectuar una intervención que se adapte a las necesidades del cliente; 3) comunicar la información del diagnóstico y recomendaciones que se llevarán a cabo para una mejor adaptación del cliente, y 4) proporcionar un registro a largo plazo que pueda utilizarse en cualquier momento.

La estructura del IPC puede variar; sin embargo, se considera que expresa de manera organizada, sintética e integrada lo que se ha comprendido, valorado y juzgado del caso. En términos generales, el IPC en una modalidad oral o escrita incluye una descripción valorativa del cliente, además de las respuestas a preguntas específicas (Heredia et al., 2012).

En la literatura se puede encontrar una gran diversidad en la conformación de su estructura; no obstante, el IPC integra y combina un número importante de elementos; entre los más comunes están: fecha de inicio y término (evaluación/intervención), datos de identificación del paciente, historia del problema, descripción del proceso de evaluación, selección de pruebas, integración de diversos recursos de información, recomendaciones, conceptualización del caso, etcétera (Cattáneo, 2007; Fernández-Ballesteros y Calero, 2013; Groth-Marnat y Horvarth, 2006; Mancilla, 2011).

Wiener y Costaris (2012) indican que pareciera que el IPC está relacionado sólo con habilidades de escritura, de formato y de comunicación, es decir las relacionadas con el cómo comunicar las ideas de una manera efectiva y ordenada. Al respecto hay estudios que evalúan diferentes estilos de presentación de un IPC, en donde se demuestra que aquellos que se organizan en temáticas (vs datos de las pruebas), son los más aceptados entre los no especialistas, porque según los autores los temas sirven como organizadores para comprender mejor la información contenida en un IPC (Pelco, Ward, Coleman y Young, 2009). En otros estudios, y siguiendo con la lógica de destacar la estructura, formato y contenido de un IPC, Erikson y Maurex (2018) evaluaron —en un grupo de estudiantes la retroalimentación recibida por profesores y por los pares— la escritura de un IPC. Dicha retroalimentación versó acerca de cuatro dominios (aspectos formales, contenido, conocimiento y lenguaje); los resultados muestran que los estudiantes son capaces de recuperar la retroalimentación recibida e indicar un cambio significativo en los dominios evaluados en una segunda versión de sus informes.

Sin embargo las habilidades necesarias para desarrollar un IPC van más allá de la escritura, comunicación y estructura del IPC. Se requiere de una base sólida de considerandos éticos, del uso que se le dará a la evaluación, la necesidad del consentimiento informado y las implicaciones de la divulgación e interpretación de los resultados, entre otras cosas (Borda, Del Río, Pérez y Martín, 2002; Ormart, 2013). Para Arslan (2018) los psicólogos deben estar bien informados de las reglas, códigos, guías y principios que deben regir su actividad profesional. Pero para conducirse de manera ética no basta con conocer los códigos y guías existentes; se trata un problema de formación universitaria (Cristaldo, 2012; Díaz-Barriga, Pérez y Lara, 2016; Pasmanik y Winkler, 2009; Ochoa, 2018).

En los últimos años ha habido un cambio importante en la formación de los psicólogos; por una parte, las responsabilidades y compromisos de los profesionales de la psicología han de ajustarse a las demandas de un usuario más consciente de sus derechos como usuario de los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017), y por otra, la infinidad de propuestas materializadas en documentos (leyes, códigos, manuales de estilo, decretos, etcétera) que de una u otra manera apoyan y hacen más complejas las actividades del psicólogo en cualquier ámbito de desarrollo profesional en el siglo XXI, todo esto permeado por una globalización inminente. Las fuentes que advierten acerca del fenómeno de la formación profesional como un fenómeno global son diversas; algunas de ellas indican los

convenios internacionales, otras la necesidad de coordinar las políticas públicas para regular la acreditación y titulación entre los países de Latinoamérica, y otras —como los organismos internacionales— que reconocen la importancia de las cualificaciones relativas a la educación superior que trascienden las fronteras (Altbach, 2016; Fraile, 2006; UNESCO, 2019).

Todos estos elementos indican la necesidad de hacer un recuento de los elementos esenciales necesarios en la elaboración de un IPC. Para la propuesta desarrollada en este trabajo, y de acuerdo con la lógica de Pérez et al. (2003), primero se enuncia cada una de las recomendaciones de manera independiente, después se hace una descripción general, y enseguida se presenta una tabla documental en donde se enlistan las guías, leyes, decretos, artículos, manuales y/o documentos que apoyan dicha descripción.

Este trabajo, sin ser una revisión exhaustiva, representa una guía general de 10 recomendaciones para desarrollar IPC de calidad, teniendo como ejes rectores algunos elementos de formato y estilo, la ética profesional, la competencia profesional, la autonomía del cliente, la confidencialidad, el respeto a informar al cliente, las autoridades y los otros involucrados en el caso.

## MÉTODO

Primero se hizo el listado, así como una definición precisa, de las 10 recomendaciones que conformarían este documento, mismas que fueron retomadas de Pérez et al. (2003). Una vez definidas, y mediante internet se procedió a consultar tres diferentes fuentes de información: 1) los códigos de ética tanto de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), como de la American Psychological Association (2017), ambos casos como referencias obligadas para los psicólogos de México, y en especial el segundo como referencia básica para el mundo globalizado del siglo XXI; es importante destacar que la gran mayoría de las asociaciones de psicología en el mundo han tomado como referencia básica el código de ética de la American Psychological Association (APA) para la estructuración del propio (Fierro, 2001); 2) se consideraron las instancias de gobierno relacionadas con la salud (instituciones de salud) y la bioética (instituciones de protección de datos personales), y 3) las fuentes de información académica que, en su modalidad de libros y manuales, constituyen parte de los currículos de los psicólogos en formación profesional, y que son lectura obligada en diversidad de asignaturas.

Para la selección de la información que sería incluida en este trabajo, se consideró como eje de consulta

cada una de las 10 recomendaciones definidas; de este modo cada uno de los autores de este trabajo consultó y revisó las posibles fuentes de información y decidió su pertinencia con el criterio de la mención explícita de la temática o recomendación bajo análisis y la versión más reciente de la fuente consultada.

Después, y en repetidas ocasiones, los autores se reunieron y discutieron la pertinencia de las fuentes seleccionadas; en caso de haber discrepancia se analizaba el caso y se discutía hasta llegar un acuerdo respecto a la inclusión o exclusión de la fuente analizada. Es necesario mencionar que en algunos casos se eliminaron fuentes, en otros se sustituyeron por versiones más recientes y en otros más, y dado que la búsqueda se hizo de nuevo, se encontraron otras fuentes, acción que enriqueció el trabajo final.

Es importante indicar que en que la primera revisión se encontraron 10 fuentes diferentes, y 131 artículos (incisos, numerales, etcétera), relacionados con las 10 recomendaciones o ejes de análisis. En una última revisión se eliminaron dos fuentes, se sustituyeron cuatro fuentes por versiones más recientes, y se agregaron seis más, quedando un total 14 fuentes diferentes y 222 numerales. Asimismo, todas las fuentes documentales presentadas se muestran de manera textual; en algunos casos la instancia de emisión las denomina artículos, numerales, cláusulas breves o acotaciones, de ahí el formato disímil entre ellas.

## PRECISIONES TEÓRICAS

### Poseer la cualificación

La primera recomendación hace hincapié en que el profesional que elabore un IPC debe tener título y cédula profesional que lo acredite como licenciado en Psicología. Como profesional competente es necesario que se mantenga en constante formación; su competencia clínica debe ser de altísima calidad para hacer evaluaciones y diagnósticos psicológicos, lo que sólo se logrará con la actualización de sus conocimientos y habilidades profesionales. Aunado a ello, el profesional de la Psicología, al desempeñar cualquiera de sus funciones, incluidas la evaluación, la intervención o el informe psicológico, debe conocer cuál es su nivel de competencia y limitación profesional.

Otros aspectos que el psicólogo debe conocer son los principios éticos y legales vigentes del lugar en que ofrece sus servicios. Los documentos de apoyo relativos a la cualificación del evaluador en México se muestran en la tabla 1 (ver en anexo).

### **Respetar la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente**

Se debe respetar la dignidad, la libertad, la autonomía y la intimidad del cliente; por tanto, el psicólogo tiene la obligación de decidir qué tipo de información puede ser solicitada al cliente, y/o qué información personal del cliente puede ser revelada en el informe, siempre en el supuesto del respeto e intimidad del cliente. El IPC incluye datos de la vida privada del paciente, por lo que sólo se incluirá la información necesaria para cumplir los objetivos terapéuticos (ver tabla 2 en anexo).

### **Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al cliente**

De acuerdo con las normas dictadas en México (ver tabla 3 en anexo), el psicólogo tiene la obligación de brindar la información necesaria al paciente para que sea él quien tome decisiones acerca de su intervención psicológica, por lo que es necesario que llegue a acuerdos con el terapeuta. Asimismo, el psicólogo debe considerar que el paciente tiene derecho a la información obtenida de su tratamiento psicológico, así como el derecho de recibir un informe de alta con todos los documentos que lo acreditan, por lo que es necesario que el terapeuta sea preciso y utilice un lenguaje coherente y libre de tecnicismos. En los casos donde la naturaleza de la relación psicólogo-paciente impida proporcionar información, el terapeuta estará obligado a dar aclaraciones de los motivos de dicha situación. El psicólogo tiene la obligación de responder a las dudas que el paciente plantee acerca de su proceso de intervención.

### **Organización de los contenidos del informe**

Una característica esencial de un IPC es que en éste se presenta la información recabada de manera estructurada y ordenada. La información vertida en el IPC describe las particularidades del caso, desde el nombre del terapeuta, datos específicos del paciente, datos del cliente, descripción de la demanda, objetivos de la evaluación, fechas, instrumentos de recolección de datos, procedimiento seguido, integración de resultados, conclusiones y recomendaciones, siempre en el entendido de respetar la identidad e integridad de los involucrados. Es de suma importancia mencionar que los datos descritos en el IPC serán presentados sólo con la información recabada a partir de instrumentos y procedimientos válidos para el área de la Psicología, con el objetivo de apoyar las afirmaciones indicadas en el informe (Fernández-Ballesteros, 2013; CNB, 2015) (ver tabla 4 en anexo).

### **Descripción de los instrumentos utilizados y facilitar la comprensión de los datos**

Cualquier evaluación y/o valoración psicológica en que se requiera el uso de instrumentos, el psicólogo está obligado a prestar atención a la estructura de éstos. El psicólogo debe estar bien informando acerca de su construcción, validez, consistencia, traducción, estandarización y adaptación a población mexicana. Asimismo, es necesario incluir la descripción detallada de cada instrumento utilizado, y no perder de vista que la evaluación se basará en múltiples pruebas como información complementaria para la interpretación de resultados. Por otro lado, el psicólogo nunca deberá basar sus decisiones en instrumentos obsoletos o no estandarizados (ver tabla 5 en anexo).

### **Proceso de evaluación, hipótesis formuladas y justificación de conclusiones**

El IPC debe incluir una descripción pormenorizada del proceso de evaluación, esto es los diferentes momentos implicados en dicho proceso, desde la aplicación de pruebas psicológicas hasta la interpretación de éstas, todo con la finalidad de generar hipótesis de acción terapéutica con su justificación y evidencias de apoyo. También es indispensable que se tenga un orden específico al momento de redactar las conclusiones, siempre manteniendo una relación estrecha con los datos recolectados en las evaluaciones, los cuales sirven de evidencia para los juicios, interpretaciones y conclusiones plasmadas en el IPC. Esto debe permitir la contrastación y valoración de otros profesionales de la Psicología que en su caso convenga. Toda esta información debe ser correcta y confiable, de modo que permita al psicólogo formular un plan de intervención ad hoc a las necesidades de sus clientes (ver tabla 6 en anexo).

### **Cuidar el estilo**

Al presentar un IPC —ya sea de manera oral o escrita— el psicólogo debe considerar el estilo de lenguaje que facilitará la comprensión de su informe. Primero se recomienda el uso de un lenguaje claro, sencillo y comprensible para el lector u oyente; el psicólogo tiene que asegurarse de que las palabras usadas significan lo que se quiere decir. Para ello debe utilizar palabras y oraciones breves y evitar tecnicismos, redundancias, etiquetas y ambigüedades. Las palabras y oraciones breves se comprenden con mayor facilidad; muchas veces el que redacta el IPC puede ser redundante; para evitar esta situación, se recomienda no recurrir a más palabras de las necesarias al sentido que se quiere dar al escrito. Después, para facilitar la comprensión de su informe se recomienda utilizar esquemas para organizar las ideas

principales del informe, incluso el uso de ejemplos en caso necesario, logrando con ello mayor claridad a su comunicado (ver tabla 7 en anexo).

### **Mantener la confidencialidad y la secrecía profesional**

En los primeros contactos que establece el psicólogo con el cliente, el profesional debe informarle de manera detallada acerca de su derecho a la confidencialidad; es así como el psicólogo, junto con el cliente, definirá el control y uso que se dará a la información que se obtenga por medio de su persona; el cliente autoriza de manera expresa los detalles de cómo y qué información puede ser revelada. La información que obtenga el psicólogo está resguardada con la secrecía profesional, y puede darse a conocer sólo si el cliente da su autorización explícita para hacerlo, y en su caso el cliente junto con el psicólogo definirán qué información y en qué condiciones podrá ser pública.

Por último, se darán a conocer al cliente los límites de esta confidencialidad; por ejemplo, en casos legales o en los que atenten contra su integridad física y moral. En casos extraordinarios el psicólogo puede negarse a proporcionar un informe cuando tiene la certeza de que se puede hacer un mal uso de la información vertida en el IPC (ver tabla 8 en anexo).

### **Solicitar el consentimiento informado**

En los últimos años ha habido un crecimiento en la protección de los usuarios de los servicios de salud; así lo demuestran infinidad de documentos editados por diferentes autoridades relacionadas con dichos servicios. Como se ha comentado, es derecho del paciente mantenerse informado, por lo que el terapeuta deberá proporcionar al cliente el documento denominado “carta de consentimiento informado”, así nombrado porque el cliente debe estar informado de los detalles del proceso terapéutico. El cliente deberá conocer, y en su caso aceptar, la información, usos y documentos que acompañarán su IPC. En general este documento se proporciona al cliente cuando se le han dado a conocer los detalles del trabajo psicológico por completo, incluyendo el inicio, fin, duración y los riesgos de éste, para que el cliente acepte la valoración y el tratamiento psicológico. En caso de existir incapacidad por parte del paciente para dar su consentimiento respecto al tratamiento psicológico, el profesional lo podrá obtener por medio de terceras personas (ver tabla 9 en anexo).

### **Proteger los documentos**

Con la finalidad de proteger la información del paciente y evitar la interpretación inadecuada de la intervención psicológica, el terapeuta deberá abstenerse de compartir resultados e información a personas que no estén calificadas. De esta manera, todo IPC deberá resguardarse en condiciones óptimas de acuerdo con los lineamientos de las instituciones de salud y centros de atención; esto implica que se tenga en cuenta la seguridad, confidencialidad y el mantenimiento de los datos y expedientes del paciente. Es de especial interés mencionar aquellos relativos a la esfera íntima o también denominados sensibles, como el origen étnico, la preferencia sexual, las creencias religiosas y en particular el caso que nos ocupa el estado de salud. El psicólogo a cargo de las intervenciones del paciente tiene la responsabilidad de salvaguardar los datos, evaluaciones, resultados y todo lo contenido en la documentación clínica (ver tabla 10 en anexo).

Un análisis sintético de esta información mostró un total de 14 fuentes distintas y 222 numerales, artículos etc., que de una u otra forma hacen alusión a las recomendaciones señaladas. Así pues, en la Recomendación 3 que a la letra dice Respetar la dignidad, autonomía e intimidad del cliente, 10 fuentes (18 numerales o artículos), distintas mencionan estos aspectos. Las recomendaciones 8 y 9 que en su contenido refieren aspectos sobre la confidencialidad y el consentimiento informado respectivamente, siete fuentes diferentes los mencionan, sumando entre las dos un total de 53 numerales o artículos. Con relación a los aspectos de formato y contenido (recomendaciones 4, 5 y 6), tan solo se encontraron cuatro documentos que refieren dichos elementos (ver tabla 11).

Es importante señalar que en las diez recomendaciones se entremezclan los documentos propuestos por alguna asociación de psicólogos, una entidad gubernamental, y un organismo internacional (ver tabla 11), lo que sugiere que las diez recomendaciones aluden a temáticas que de una u otra forma están consideradas por diferentes instancias reguladoras.

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

Como se recordará el objetivo de este trabajo es mostrar a los profesionales de la Psicología 10 recomendaciones básicas para la estructuración de un IPC; estas recomendaciones versan acerca de diferentes aspectos, desde los que mencionan el qué debe contener un IPC (formato, estilo y contenido) hasta referentes a cuestiones éticas, a manera de disposiciones. La definición de estas recomendaciones y los apoyos documentales mostrados en este trabajo representan una guía en donde se reúnen en un

solo documento, lo que se encuentra de manera dispersa, si se tiene el propósito de adentrarse en el tema.

El IPC es la culminación del proceso terapéutico; para escribir un reporte los psicólogos deben tener una serie de habilidades; por una parte, las relacionadas con el conocimiento de su estructura en términos de formato y contenido, y por otra las enmarcadas en una base conceptual de prácticas éticas. En cuanto al conocimiento de la estructura del IPC, y al ser éste un texto expositivo, el psicólogo deberá tener presente los conocimientos, las habilidades y las actitudes del lector, cuidando en todo momento la coherencia del texto. Al respecto, Pelco et al. (2009) recomiendan hacer un informe funcional o integrado, más que un informe como recurso informativo, porque estos últimos son más difíciles de comprender para las personas no especializadas, dado su énfasis en datos crudos, puntuaciones prueba tras prueba, resultados aislados e información muchas veces no referida al problema o queja principal del cliente, lo que dificulta la comunicación. Por su parte, los informes funcionales o integrados comunican todo lo que se evaluó y comprendió de una persona, y se caracterizan por tener una estructura referida a subtítulos, temáticas o etiquetas, lo que facilitan su comprensión, como habilidades académicas, funcionamiento emocional y recomendaciones, entre otras.

En un contexto universitario, y cuya prioridad es desarrollar habilidades para estructurar un informe integrado, Pelco et al. (2009) sugieren las siguientes estrategias: 1) énfasis sobre la naturaleza, estructura y características de los informes funcionales o integrados; 2) antes de presentar un IPC, programar ejercicios por medio de organizadores gráficos, en donde el estudiante plasme el caso en cuestión y pueda enlazar e integrar los diferentes dominios o aspectos evaluados; 3) uso de plantillas bien estructuradas, que a lo largo del tiempo se desvanecen para garantizar la generalización, y 4) discutir el caso y concluir con el mensaje central que se quiere comunicar, en términos de contenido. En este trabajo se presentan las indicaciones de Fernández-Ballesteros (2013) y Mancilla (2011), que aunadas a lo indicado por Pelco et al. (2009) se garantizaría un IPC de calidad. Pero estructurar un IPC de calidad involucra habilidades que se desarrollan con la práctica.

Respecto a las habilidades y conocimientos relativos a la bioética, como se habrá notado en este trabajo, seis de las 10 recomendaciones aluden a esta cuestión (1, 2, 3, 8, 9 y 10), destacando las leyes, numerales y artículos que por mucho sobrepasan a los referidos a formato y contenido. En este caso particular de nuevo destaca la interrogante de cómo se pueden enseñar y aprender as-

pectos como el respeto a la dignidad de la persona, a la libertad, a la autonomía, al consentimiento, a la confidencialidad de la información, etcétera; algunos dirán que de la misma manera en que se enseña y se aprende un formato, o sea leyendo manuales, analizando formatos, reconociendo su estructura, etcétera. Sin embargo, todos estos aspectos encierran la toma de decisiones frente a dilemas. Borda et al. (2002) sugiere, por una parte, y ante la necesidad de las carencias de los estudiantes respecto de los temas éticos, implementar una asignatura específica referente a la ética profesional, y por otra parte diseñar y probar estrategias que permitan a los estudiantes tener un sistema de valores sólido para reconocer dilemas éticos y generar soluciones de actuación en el mismo sentido.

Es importante destacar que el grupo de fuentes documentales referentes a la bioética, presentadas en este trabajo, son en su mayoría disposiciones gubernamentales nacionales. En México la fuente principal de información de bioética para los psicólogos, y aun cuando data de 2010, es el Código Ético de Psicólogo, desarrollado por la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP); es común observar su referencia en algunas las asignaturas de los planes de estudio de las escuelas de Psicología en México, (Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM], s/f; Universidad de Sonora [UNISON], s/f; Universidad de Guadalajara [UDG], s/f). De acuerdo con Ormart (2013), los códigos no tienen la fuerza de la ley, pero prescriben las conductas esperadas para los profesionales. Por otra parte, las disposiciones gubernamentales (algunas de ellas formalizadas como leyes, e instrumentadas por la Secretaría de Salud (SSA), por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), o la Comisión Nacional de Bioética (CNB), entre otras) también deben ser un referente obligado para los psicólogos mexicanos en formación, y para los ya consolidados, como reguladores de su actuar, incluido el desarrollo o estructuración de un IPC.

Otras fuentes incluidas en este trabajo, e igualmente referidas a las cuestiones de la bioética, son las propuestas de las asociaciones de psicólogos de otros países y de algunos organismos internacionales. La pregunta es: ¿Dónde radica su importancia para ser consideradas como un marco de referencia en la estructuración de un IPC? En primer término el código de ética de la American Psychological Association (2017) ha sido el modelo de inspiración para los códigos en más de un país mediante sus asociaciones; por ejemplo, España (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2010; Fierro, 2001; Lindsay, 2009), México (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010) y Argentina (Federación de Psicólogos de la República de Argentina, 2013), lo que sugiere semejanzas entre los códigos y un origen en común, aun cuando

se podrán observar algunos matices en su contenido. Por otra parte, y sumado a lo anterior en el terreno del mundo globalizado, el código de ética de la American Psychological Association (2017) y las reglas del Ethics Committee of the American Psychological Association (American Psychological Association, 2018), son sin duda dos fuentes de información importantes en el ámbito de la bioética y la práctica profesional. Asimismo, el vínculo de la globalización con la educación superior ha permitido definir perfiles globalizados de los profesionales de la salud, acceso a materiales muy diversos, homogenización de planes de estudio y definir mercados laborales internacionales, de manera que es inminente conocer documentos reveladores más allá de las fronteras mexicanas (Altbach, 2016; UNESCO, 2019).

De este modo, si se quiere formar estudiantes competentes en la estructuración de IPC será necesario incluir en los planes de estudio tanto elementos de formato y contenido como de bioética, pero este último no como un contenido curricular extra, sino como parte de la práctica profesional y su regulación.

Por otra parte, al ser este trabajo una búsqueda no exhaustiva, un recuento final revela como limitación una probabilidad mediana de que se hayan quedado sin incluir fuentes tal vez importantes; sin embargo, están incluidas las más comúnmente citadas o consultadas por los especialistas.

Algunos lectores se preguntarán por qué algunas fuentes datan de cinco años o más, lo que parecería ser una crítica a la búsqueda plasmada en este trabajo; es evidente que las leyes, reglamentos, códigos y manuales no son actualizados con la frecuencia que los interesados en el tema quisieran, como una legislación debería ser evaluada y revisada, y en su caso modificada, de acuerdo con los avances en las herramientas de evaluación, los tratamientos, las mejoras en la prestación de los servicios, etcétera. Sin embargo, es difícil determinar la frecuencia con que un reglamento, legislación o código debe modificarse, como el Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2010); todo esto se complica cuando se piensa en la duración del proceso, su costo y la consulta a todos los implicados. Otra limitación se relaciona con la manera en que se efectuó la búsqueda de la información (consulta directa de páginas institucionales, organizaciones, manuales, etcétera); tal vez si se hubiera hecho por medio de bases de datos especializadas los resultados serían diferentes; esta es una cuestión que quizá se pueda responder si se plantea una nueva búsqueda.

Ahora bien, ¿hacia donde dirigir los esfuerzos para nuevas recomendaciones en la estructuración de un

IPC?; considérese la expresión de algunos colegas: “nuevas estrategias en el servicio psicológico, nuevas formas de hacer IPC”; esta frase encierra un campo de actuación profesional denominado telepsicología, es decir, el servicio psicológico, mediado por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). En países como Estados Unidos, por medio de la American Psychological Association (2013), en España con el Consejo General de Psicología de España (2017), y en Puerto Rico con la Asociación de Psicología de Puerto Rico (comunicación personal, 3 de mayo de 2020), han desarrollado documentos extensos para la prescripción de servicios de evaluación y tratamiento psicológico en contextos clínicos a distancia, sin embargo, no hay indicios de que el IPC adquiera diferentes matices en ese sentido; ni siquiera se menciona. Es menester hacer un llamado de atención a las asociaciones de psicólogos en México para que se pongan a la vanguardia en este sentido.

Es evidente que la estructuración de un IPC de calidad no constituye un ente que se aprenda al inicio de la formación profesional, sino que se va moldeando a medida que la experiencia profesional va ascendiendo y surgen nuevos retos.

## CONCLUSIONES

Estructurar un IPC es una de tantas decisiones que debe tomar el psicólogo clínico en su haber profesional, proceso que va de los datos clínicos puros a las predicciones y recomendaciones. Un IPC puede ser una descripción general o una generalización descriptiva, es decir, por medio de pocas instancias se pueden derivar conclusiones o predicciones; en otros casos se tratará de una comprensión más amplia del individuo en un contexto específico. Sin embargo, lo cierto es que el psicólogo debe tener presentes todos los elementos vertidos a lo largo de este trabajo, elementos que le permitirán una mejor comunicación con otros especialistas, pero en particular bajo qué garantías y principios éticos desarrolla su actividad.

El psicólogo clínico debe asegurarse de que su informe se basa en datos sólidos; antes de iniciar su redacción debe asegurarse de que las pruebas que citará en dicho informe están respaldadas por investigaciones serias —basadas en evidencias—, pero también debe informarse de los aspectos éticos que conlleva la redacción de un IPC; es necesario que el psicólogo clínico se mantenga al día respecto a las reglas, guías, leyes, etcétera, que protegen la integridad de los pacientes, así como los aspectos formales en la redacción de los IPC. 📌

## REFERENCIAS

- Altbach, P. (2016). Globalization and the university: realities in an unequal world. In P. Altbach. *Global perspectives on higher education*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. <https://doi.org/10.1111/hequ.12117>
- American Psychological Association (APA) (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791-800. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035001>
- American Psychological Association (APA) (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct, Amendments January 1, 2017. Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- American Psychological Association (APA) (2018). Ethics Committee of the American Psychological Association. Recuperado de <https://www.apa.org/ethics/committee-rules-procedures-2018.pdf>
- Arslan, R. (2018). A review on ethical issues and rules in psychological assessment. *Journal of Family Consulting, and Education*, 3(1), 17-29. <https://doi.org/10.32568/jfce.310629>
- Borda, M., Del Río, C., Pérez, A., & Martín, A. (2002). ¿Conocen los estudiantes de Psicología los principios éticos básicos para actuar como terapeutas? Propuesta de una innovación en la docencia universitaria. *Revista de Enseñanza Universitaria*, 19, 15-34.
- Bustos, V. (2018). Informe psicológico clínico: Definición y precisiones. *Boletines COLPSIC*, 36, 6-10.
- Cattáneo, B. (2007). Informe psicológico: Su elaboración y características en diferentes ámbitos. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Comisión Nacional de Bioética (CNB) (2015). Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética. Secretaría de Salud. Recuperado de [http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia\\_CHB\\_Final\\_Paginada\\_con\\_forros.pdf](http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf)
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (CGCOP) (2010). Código deontológico del psicólogo. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/Codigo-Deontologico-Consejo-Adaptacion-Ley-Omnibus.pdf>
- Consejo General de la Psicología de España (CGPE) (2017). Guía para la práctica de TelePsicología. Recuperado de <http://www.cop.es/pdf/telepsicologia2017.pdf>
- Cristaldo, M. R. (2012). La práctica de la ética profesional: ¿Fácil de enseñar, difícil de aplicar? *Erureka*, 9(2), 228-232.
- Díaz-Barriga, F., Pérez, M., & Lara, Y. (2016). Para enseñar ética profesional no basta con una asignatura: Los estudiantes de Psicología reportan incidentes críticos en aulas y escenarios reales. *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, VII(18), 42-58. <https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2016.18.175>
- Erikson, A., & Maurex, L. (2018). Teaching the writing of psychological reports through formative assessment: Peer and teacher review. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 43(8), 1294-1301. <https://doi.org/10.1080/02602938.2018.1459470>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FPRA) (2013). Código de ética. Recuperado de [http://fepra.org.ar/docs/C\\_ETICA.pdf](http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf)
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Comunicación de los resultados: El informe psicológico. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., & Calero, M. D. (2013). Garantías científicas y éticas de la evaluación psicológica. En R. Fernández-Ballesteros. *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. Madrid: Pirámide.
- Fierro, A. (2001). Génesis y análisis el código deontológico. *Papeles del Psicólogo*, 78 Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=851>
- Fraile, A. (2006). El sistema Universitario europeo como modelo posible para la educación superior latinoamericana. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8(1).
- Groth-Marnat, G., & Horvarth, L. (2006). The psychological report: A review of current controversies. *Journal Clinical Psychology*, 62(1), 73-81. <https://doi.org/10.1002/jclp.20201>
- Heredia, C., Santaella, G., & Somarriba, L. (2012). Informe psicológico. Facultad de Psicología, UNAM. Recuperado de [http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Informe\\_Psicologico\\_Heredia\\_y\\_Ancona\\_Santaella\\_Hidalgo\\_Somarriba\\_Rocha\\_TAD\\_7\\_sem.pdf](http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/Informe_Psicologico_Heredia_y_Ancona_Santaella_Hidalgo_Somarriba_Rocha_TAD_7_sem.pdf)
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2020). Norma que establece las disposiciones técnico-médicas para la atención de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento. Coordinación de Modernización y Competitividad del IMSS. Recuperado de <http://repositorio.imss.gob.mx/normatividad/DNMR/Norma/2000-001-010.pdf>
- Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011). Decreto de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*. Recuperado de <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/r410203.htm>
- Ley federal de protección de datos personales en posesión de sujetos obligados de la CDMX (2018). INFOCDMX. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 10 de abril de 2018. Recuperado de [http://www.infodf.org.mx/documentospdf/Ley\\_datos\\_CDMX\\_web.pdf](http://www.infodf.org.mx/documentospdf/Ley_datos_CDMX_web.pdf)
- Ley federal de transparencia y acceso a la información pública (2016). Decreto Cámara de Diputados del H. del Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFTAIP\\_270117.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFTAIP_270117.pdf)
- Ley General de Salud (2021). Decreto Cámara de Diputados del H. del Congreso de la Unión de los Estados Unidos Mexicanos. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_190221.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf)
- Lindsay, G. (2009). Ética profesional y psicología. *Papeles del Psicólogo*, 30(3), 184-194.
- Mancilla, B. E. (2011). Manual para elaborar informes psicológicos clínicos. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Ochoa, E. (2018). Competencia ética en profesionistas de la Psicología: Un estudio descriptivo. *Éthique et Sante*, 4, 42-57. <https://doi.org/10.25965/trahs.1283>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2019). Convenio mundial

- sobre el reconocimiento de las cualificaciones relativas a la educación superior. Recuperado de <https://es.unesco.org/news/unesco-adopta-primer-tratado-internacional-naciones-unidas-educacion-superior>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Legislación sobre salud mental y derechos humanos. Recuperado de [https://www.who.int/topics/human\\_rights/Legislacion\\_salud\\_mental\\_DH.pdf](https://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Pautas de la OMS sobre la ética sobre la vigilancia de la salud pública. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34499/9789275319840-spa.pdf?sequence=6>
- Ormart, E. (2013). El secreto profesional en psicología: Aspectos deontológicos, legales y éticos. *Psicología para América Latina*, 24, 191-205.
- Pasmanik, D., & Winkler, M. I. (2009). Buscando orientaciones: Pautas para la enseñanza de la ética profesional en Psicología en un contexto con impronta posmoderna, *PSYKHE*, 18(2), 37-49. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282009000200003>
- Pelco, L., Ward, S., Coleman, L., & Young, J. (2009). Teacher rating of three psychological report styles. *Training and Education in Professional Psychology*, 3(1), 19-27. <https://doi.org/10.1037/1931-3918.3.1.19>
- Pérez, E., Muñoz, M., & Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo con las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 24(86), 48-60.
- Secretaría de Salud (SSA) (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004.SSA3-2012, Del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)
- Secretaría de Salud (SSA) (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátricas. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5406383&fecha=04/09/2015)
- Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2010). Código Ético del Psicólogo. México: Trillas.
- Universidad de Guadalajara (UDG) (s. f.). Licenciatura en Psicología. Recuperado de <http://guiadecarreras.udg.mx/licenciatura-en-psicologia/#tabla1>
- Universidad de Sonora (Unison) (s. f.). Plan de Estudios Psicología de la salud. Recuperado de <https://biologicascajeme.unison.mx/wp-content/uploads/2019/10/PlandeEstudios-LPS-2112.pdf>
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) (s. f.). Facultad de Psicología. Recuperado de <http://oferta.unam.mx/planestudios/psicologia-fpsicologia-planestudios17.pdf>
- Wiener, J., & Costaris, L. (2012). Teaching psychological report writing content a process. *Canadian Journal of School Psychology*, 27(2), 119-135. <https://doi.org/10.1177/0829573511418484>

## ANEXO

Tabla 1.

Documentos de apoyo relativos a la cualificación del evaluador.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	<p>Artículo 1. Los servicios, la enseñanza y la investigación que realiza el psicólogo se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional que haya recibido formalmente.</p> <p>Artículo 4. El psicólogo se mantendrá razonablemente actualizado acerca de la información científica y profesional actual en su campo de actividad y realizar esfuerzos continuos para mantener su competencia y pericia en las habilidades que emplea. Recibirá educación, formación supervisión y consulta adecuadas.</p> <p>Artículo 6. El psicólogo presenta como cualificaciones o credenciales de su trabajo psicológico, sólo los grados que: 1) haya obtenido de una institución educativa acreditada, o 2) sean la base de la licencia en psicología por parte del Estado en el que practique.</p> <p>Artículo 9. El psicólogo reconoce que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se abstendrá de llevar a cabo una actividad cuando sabe o debía saber que sus problemas personales probablemente dañen a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación u otra persona con quien tenga una obligación profesional o científica.</p> <p>Artículo 11. Cuando el psicólogo se percata de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de los deberes relativos a su trabajo, toma medidas apropiadas, tales como obtener asesoría, ayuda profesional, y determina si debe limitar, suspender o terminar dichos deberes.</p> <p>Artículo 30. El psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación o experiencia supervisada, y la pericia necesaria.</p> <p>Artículo 35. El psicólogo que utiliza técnicas o procedimientos de intervención psicológica a distancia, por ejemplo la internet o el teléfono, se cerciora de recibir la educación y formación necesaria para:</p> <p>a) prescindir de señales auditivas (como amplitud de voz, extensión del discurso, tartamudeo y vacilación al hablar) y señales visuales (como contacto visual, ruborización e inquietud) propias de la interacción frente a frente, y b) trabajar solamente con señales textuales.</p>
Ley General de Salud (2021).	<p>Artículo 51. Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales y técnicos auxiliares.</p> <p>Artículo 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.</p>
APA (2017).	<p>2.03. Mantener la competencia. Los psicólogos realizan esfuerzos permanentes para desarrollar y mantener su competencia.</p> <p>2.04. Fundamentos para los juicios científicos y profesionales. El trabajo de los psicólogos se basa en el conocimiento científico y profesional establecido por la disciplina.</p>
Fernández-Ballesteros (2013).	<p>66. Si se requiere intervención y el evaluador no está cualificado para llevarla a cabo, el sujeto será remitido al profesional más adecuado.</p>
Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011).	<p>Artículo 7. El profesional de salud mental tiene la obligación de estar debidamente acreditado para ejercer sus funciones, lo que incluye al menos tener a la vista Cédula Profesional, Título Profesional y, en su caso, certificados de especialización expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes, con la finalidad de que el usuario corrobore que es un especialista en la materia de salud mental.</p> <p>Artículo 24. La evaluación y el diagnóstico psicológico deberán realizarse por psicólogos certificados en instituciones públicas y privadas que realicen dicha actividad, para lo cual deberán cumplir con lineamientos y estándares emitidos por organismos internacionales y nacionales en materia de salud mental, así como la Ley General de Salud y las Normas Oficiales respectivas. El psicólogo que realice la evaluación y el diagnóstico a los que se refiere el presente artículo debe contar con el reconocimiento y la capacitación adecuada por un cuerpo colegiado, con la finalidad de garantizar que conoce las limitaciones de los instrumentos y la aplicación de un procedimiento de esta naturaleza en sus distintas variedades. Asimismo, para la emisión de dictámenes solicitados por las autoridades, deberá acreditar la especialidad de perito en psicología forense, expedido por institución con validez oficial.</p> <p>Artículo 25. El psicoterapeuta debe ser psicólogo con cédula profesional y con estudios de postgrado en psicoterapia, realizados en instituciones que cuenten con validez oficial.</p>

Tabla 2.

Documentos de apoyo relativos a la dignidad, libertad, autonomía e intimidad del cliente.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	<p>Artículo 14. El psicólogo que trabaja con las etnias de México o con extranjeros se mantiene alerta de prejuicios y mal interpretaciones dadas por diferencias en idioma y cultura, y considera, al emitir sus juicios, las limitaciones derivadas del empleo de traductores y otros terceros, cuando es el caso. Deja saber a las personas usuarias de su servicio los límites a la confidencialidad en tales circunstancias. Procurará que los terceros en los que se apoye sean personas fiables.</p> <p>Artículo 90. En las actividades relativas a su trabajo, el psicólogo respeta los derechos que otros tienen para sustentar valores, cultura, actitudes y opiniones diferentes a los suyos. Asimismo, no discrimina injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, idioma, nacionalidad, religión, orientación sexual, minusvalía, nivel socioeconómico o cualquier criterio proscrito por la ley.</p> <p>Artículo 91. Cuando las diferencias de edad, género, raza, origen étnico, nacionalidad, religión, orientación sexual, minusvalía, idioma o nivel socioeconómico afectan significativamente su trabajo respecto a ciertos individuos o grupos, el psicólogo adquiere la formación, experiencia, asesoría y supervisión necesarias para asegurar la competencia de sus servicios, o canaliza a los usuarios de manera adecuada.</p> <p>Artículo 92. El psicólogo no incurre, a sabiendas, en conducta que hostigue, acose o devalúe a personas con quienes interactúe en su trabajo, basándose en factores tales como la edad, el género, la raza, el origen étnico, la nacionalidad, la religión, la orientación sexual, la minusvalía, el idioma o el nivel socioeconómico de esas personas.</p> <p>Artículo 118. El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias; sin embargo, generalmente supone que la persona:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. posee la capacidad para consentir,</li> <li>2. se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento,</li> <li>3. ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y</li> <li>4. el consentimiento se ha documentado en forma apropiada.</li> </ol> <p>Artículo 120. El psicólogo explica a las personas legalmente incapaces de consentir informadamente acerca de las intervenciones propuestas de manera conmensurable a las capacidades psicológicas de estas personas, considerando sus preferencias e intereses.</p> <p>Artículo 132. El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto.</p> <p>Artículo 133. Con el fin de minimizar intrusiones en la privacidad el psicólogo sólo incluye en sus informes escritos u orales, consultorías o asesorías y similares, aquella información pertinente al propósito de dicha comunicación.</p> <p>Artículo 138. El psicólogo discute con las personas y organizaciones con quienes establece una relación científica o profesional (incluyendo, hasta donde sea posible, menores y sus representantes legales):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. los límites relevantes de la confidencialidad, incluyendo los aplicables a la terapia de grupo, conyugal o familiar, o a la consultoría o asesoría organizacional y,</li> <li>2. los usos previsibles de la información generada por sus servicios.</li> </ol> <p>A menos que no sea factible o está contraindicado, la discusión sobre confidencialidad se hará al principio de la relación y durante ésta, conforme lo hagan necesario nuevas circunstancias.</p>
CNB (2015).	<p>Normatividad. Las acciones de salud se encuentran reguladas por normas nacionales e internacionales que se sustentan en normas éticas que proveen una estructura para realizar análisis y tomar decisiones. En ellas se enfatiza que el personal de salud debe proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes. Se establecen también pautas para evaluar y equilibrar los beneficios y riesgos de las intervenciones, con énfasis en el deber de maximizar los beneficios sobre los riesgos.</p> <p>Carta de los Derechos Generales de las Pacientes y los Pacientes: Fue elaborada por la CONAMED en el año de 2001. Este decálogo destaca la importancia del respeto a los derechos de los pacientes, el respeto a su dignidad y autonomía, así como la necesidad de garantizar la confidencialidad de la información generada en la relación médico-paciente.</p>
APA (2017).	<p>Principio E: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas. Los psicólogos respetan la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, a la confidencialidad y a la autodeterminación de los individuos. Los psicólogos tienen conocimiento de que puede ser necesario proteger los derechos y el bienestar de las personas y las comunidades cuya vulnerabilidad afecte la toma de decisiones de manera autónoma. Los psicólogos conocen y respetan las diferencias de roles, culturales e individuales, incluso las relacionadas con la edad, el género, la raza, el origen étnico, la cultura, la nacionalidad, la religión, la identidad u orientación sexual, la discapacidad, el idioma y el nivel socioeconómico, y consideran estos factores al trabajar con miembros de estos grupos. Los psicólogos intentan eliminar el efecto que pueda producir en su trabajo cualquier tipo de prejuicio basado en estos factores y no participan ni permiten actividades de terceros basadas en dichos prejuicios a sabiendas.</p> <p>4.04. Minimización de las intrusiones a la privacidad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(a) Los psicólogos incluyen en sus consultas e informes orales y escritos únicamente la información relativa al propósito para el que la comunicación ha sido realizada.</li> <li>(b) Los psicólogos discuten la información confidencial obtenida en su trabajo únicamente con fines científicos o profesionales apropiados y exclusivamente con personas claramente involucradas en tales asuntos.</li> </ol>

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SSA (2014).	9. Derechos humanos y de respeto a la dignidad de las personas usuarias. Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, las personas usuarias tienen derecho a: 9.1. Recibir un trato digno y humano por parte del personal de las unidades de atención integral médico-psiquiátrica independientemente de su diagnóstico, origen étnico, sexo, edad, ideología, condición de salud, social o económica, religión, preferencia sexual, estado civil o cualquier otra condición de persona, de acuerdo con lo señalado en las disposiciones jurídicas nacionales e internacionales aplicables en nuestro país. 9.2. No ser objeto de discriminación por su condición mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.
Ley General de Salud (2021).	Artículo 74 Bis. La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos: 1. Derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental y acorde con sus antecedentes culturales, lo que incluye el trato sin discriminación y con respeto a la dignidad de la persona, en establecimientos de la red del Sistema Nacional de Salud.
OMS (2017).	Pauta 9. La vigilancia de las personas o grupos particularmente susceptibles a enfermedades, daños o injusticias es fundamental y exige un escrutinio cuidadoso para evitar la imposición de cargas adicionales innecesarias.

Tabla 3.

Documentos de apoyo relativos al respeto y cumplimiento del derecho y deber de informar al cliente.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	Artículo 109. El psicólogo tiene la obligación de informar de los posibles riesgos a los usuarios o terceros que reciban servicios psicológicos de personas no profesionales de esta disciplina. Asimismo, llama la atención de las instancias legales, encargadas del otorgamiento de la licencia para ejercer la Psicología cerca de estas personas, para que procedan según corresponda. Artículo 50. Cuando el psicólogo hace valoraciones, evaluaciones; o proporciona tratamiento, consejo, supervisión, consultoría, investigación u otros servicios dirigidos a individuos, grupos, comunidades u organizaciones, lo hace utilizando un lenguaje razonablemente entendible para el receptor de sus servicios o actuación, proporcionando de antemano información apropiada acerca de la naturaleza de tales actividades y posteriormente sobre los resultados y conclusiones. Si la ley o los roles organizacionales impiden que el psicólogo proporcione tal información a individuos particulares o grupos, podrá hacerlo al término del servicio. Artículo 51. El psicólogo se asegura de que se proporcione una explicación de los resultados utilizando un lenguaje entendible para la persona valorada o para otras personas autorizadas legalmente para actuar en favor de ésta. Independientemente de que las calificaciones e interpretación las realice el psicólogo, un ayudante, por medios automáticos u otros servicios externos, sólo el psicólogo puede tomar las medidas razonables para asegurar que se den las explicaciones apropiadas de los resultados. En los casos en los que la naturaleza de la relación impida dar estas explicaciones a la persona evaluada o personas autorizadas para recibirlas (como ocurre en algunos casos de selección o consultoría organizacional, preempleo o selección de elementos de seguridad, y evaluaciones y peritajes judiciales o forenses), el psicólogo aclarará con antelación que no proporcionará tales explicaciones. Artículo 72. El psicólogo hace esfuerzos razonables para contestar las preguntas de los usuarios de sus servicios y evita malentendidos aparentes acerca de los servicios que ofrece. Siempre que sea posible, el psicólogo proporciona información oral y/o escrita, utilizando un lenguaje entendible para el usuario de sus servicios.
SSA (2012).	5.6. Los profesionales de la salud están obligados a proporcionar información verbal al paciente, a quien ejerza la patria potestad, la tutela, representante legal, familiares o autoridades competentes. Cuando se requiera un resumen clínico u otras constancias del expediente clínico, deberá ser solicitado por escrito. Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos las autoridades judiciales, órganos de procuración de justicia y autoridades administrativas.
APA (2017).	9.10. Explicación de los resultados de la evaluación. Sin importar si la tabulación y la interpretación son realizadas por los psicólogos, por empleados o asistentes, o por servicios automatizados u otros, los psicólogos toman las medidas razonables para asegurar que el individuo o el representante designado obtenga las explicaciones de los resultados, a menos que la naturaleza de la relación impida proporcionarla (tales como en algunas consultas institucionales, exploraciones pre-ocupacionales o de seguridad y evaluaciones forenses) y este hecho haya sido claramente explicado previamente a la persona evaluada.
Fernández-Ballesteros (2013).	63. El evaluador discutirá con el cliente o sujeto las diferentes secciones del informe. 64. El evaluador tratará con el cliente, sujeto u otras personas implicadas en la evaluación las posibles recomendaciones, asegurándose de que las entienden. 65. El evaluador reflejará en el informe las cuestiones surgidas durante la información de resultados y de recomendaciones, en la versión final de éste.
Ley General de Salud (2021).	III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Artículo 77 BIS 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes: V. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
CNB (2015).	Derecho a la información: Consiste en que la información debe de ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva acerca de todo lo relativo al proceso de atención, principalmente del diagnóstico, tratamiento y pronóstico del padecimiento de la persona. Previo a la realización de cualquier procedimiento, también se debe informar adecuadamente acerca de los riesgos, beneficios (físicos o emocionales) y de la duración del mismo, así como de otras alternativas, si las hubiera.
SSA (2014).	9.9. Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para las personas usuarias y para su representante legal, en relación con el diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretenda aplicar.
Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011).	Artículo 32. El psicólogo debe proporcionar información clara y precisa a la persona usuaria y a sus familiares respecto al tratamiento que se pretenda emplear a las personas, el cual no podrá iniciarse sin antes haber sido exhaustivos en proporcionar la información al respecto, así como haber sido aceptadas las responsabilidades y compromisos que implican la aplicación del tratamiento.
IMSS (2020).	7.2.3.24. La dirección de la unidad hospitalaria psiquiátrica, a solicitud escrita del paciente, familiar, tutor o representante legal, proporcionará un resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento.
OMS (2017).	Pauta 13. Los resultados de la vigilancia deben comunicarse efectivamente al público objetivo relevante.

**Tabla 4.**

*Documentos de apoyo relativos a la organización de contenidos del informe.*

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
Fernández-Ballesteros (2013).	<p>44. La forma de presentar el informe (oral, escrita o ambas) será la apropiada.</p> <p>45. El informe incluirá un resumen con las conclusiones más importantes.</p> <p>46. El informe señalará quién es el autor, el cliente y el sujeto, así como a quién se presentará o enviará.</p> <p>47. Los datos se presentan de acuerdo con las fuentes de información, instrumentos y procedimientos utilizados.</p> <p>48. Los datos se estructurarán siguiendo criterios psicológicos y se situarán en la parte de resultados que habrá en el informe.</p> <p>49. Los asuntos que sobrepasan las demandas iniciales no se ignorarán, aunque sí serán considerados aparte.</p> <p>50. El informe responderá a las demandas del cliente con recomendaciones apropiadas.</p> <p>51. Las demandas del cliente nunca deberán quedar sin abordarse.</p> <p>52. Las fuentes de información, los instrumentos y tests utilizados quedarán reflejados con el suficiente detalle.</p> <p>53. El informe detallará los pasos y procedimientos utilizados para responder a las demandas del cliente.</p> <p>54. La sección del informe destinada a exponer los resultados reflejará el peso dado a la información obtenida y la forma en que se ha integrado.</p> <p>55. En la sección del informe sobre los resultados, cada afirmación psicológica será expresamente basada en los datos recogidos y valorada en función de su importancia con respecto a las demandas del cliente.</p> <p>56. Las inconsistencias encontradas entre los datos se discutirán en la sección sobre resultados.</p>
Mancilla (2011).	<p>El informe psicológico incluye:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ficha de identificación.</li> <li>2. Motivo de consulta.</li> <li>3. Pruebas aplicadas.</li> <li>4. Descripción del paciente.</li> <li>5. Antecedentes: Familiares, personales, patológicos, heredofamiliares, educacionales, hábitos.</li> <li>6. Evolución del padecimiento y estado actual, dinámica familiar, conducta, eventos importantes (último año).</li> </ol> <p>Resultados:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Área intelectual.</li> <li>8. Área percepto-motora.</li> <li>9. Área afectiva o personalidad. Ésta incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tono afectivo.</li> <li>• Forma de demandar y expresar el afecto.</li> <li>• Características de control de impulsos.</li> <li>• Relaciones interpersonales.</li> <li>• Autoconcepto.</li> <li>• Capacidad de insight y sus características.</li> <li>• Mecanismos de defensa.</li> </ul> </li> <li>10. Áreas libres de conflictos.</li> <li>11. Diagnóstico.</li> <li>12. Pronóstico (eje IV y eje V del DSM).</li> <li>13. Tratamiento: Recomendaciones.</li> </ol>

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
CNB (2015).	Integración. Los profesionales de la salud clarifican los datos clínicos del caso, como el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento. Este debe ser considerado como el paso previo a todo análisis bioético.
IMSS (2020).	7.2.3.16. Todas las personas con trastornos mentales y del comportamiento atendidas en los servicios de consulta externa y hospitalización deberán contar con un expediente clínico, integrado por todos los apartados establecidos en la normatividad institucional y sectorial vigente. 7.2.3.17. Todo el personal de salud que dé atención al paciente con trastorno mental y del comportamiento deberá registrar los procedimientos de atención al paciente de conformidad con lo establecido en la NOM 004-SSA3-2012 del Expediente Clínico y demás normatividad institucional y sectorial vigente.

Tabla 5.

Documentos de apoyo relativos a la descripción de instrumentos de evaluación utilizados.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	<p>Artículo 109. El psicólogo tiene la obligación de informar de los posibles riesgos a los usuarios o terceros que reciban</p> <p>Artículo 15. El psicólogo que construye, desarrolla, adapta, administra, o usa técnicas de valoración psicológica, entrevistas, pruebas, cuestionarios, u otros instrumentos, y/o los califica, o interpreta, con fines clínicos, educativos, de selección de personal, organizacionales, forenses, de investigación u otros, lo hace en forma y con propósito apropiados a la luz de los datos de investigación y de la utilidad y la aplicación apropiadas de las técnicas. Es decir, las valoraciones, recomendaciones, informes, y diagnóstico psicológico o enunciados evaluativos del psicólogo se basan estrictamente en información y técnicas (incluyendo entrevistas personales al individuo cuando es apropiado) suficientes y actuales para proporcionar sustento a sus interpretaciones y recomendaciones.</p> <p>Artículo 16. El psicólogo que desarrolla y conduce investigación con pruebas y otras técnicas de valoración utiliza procedimientos científicos y conocimiento profesional actualizados para su diseño estandarización, validación, reducción o eliminación de sesgos y recomendaciones de uso.</p> <p>Artículo 17. El psicólogo que administra, califica, interpreta, o usa técnicas de valoración se cerciora de que éstas se basen en datos sólidos que garanticen la confiabilidad, validez, y normas, así como la aplicación apropiada y usos de las técnicas y/o instrumentos que emplea.</p> <p>Artículo 18. El psicólogo identifica situaciones en las que ciertas técnicas de valoración o normas no son aplicables o requieren de ajustes para su administración o interpretación. Debido a factores tales como el género, la edad, la raza, el origen étnico, el origen nacional, la orientación sexual, la minusvalía, el idioma, o el nivel socioeconómico de los individuos o grupos, no emplea técnicas o instrumentos solamente traducidos de otro idioma y/o cuyos datos acerca de su construcción, adaptación, validez, confiabilidad, estandarización y/o investigación de resultados se hayan determinado con base en estudios realizados en poblaciones diferentes a la que pertenezcan los individuos o grupos que pretenda valorar.</p> <p>Artículo 20. Al interpretar resultados de valoración, incluyendo interpretaciones automatizadas, el psicólogo toma en cuenta los diversos factores de la prueba u otro instrumento de medida, y las características de la persona valorada que pudiesen afectar su juicio o reducir la precisión de las interpretaciones. Indica cualquier reserva significativa que tenga acerca de la precisión o las limitaciones de las interpretaciones.</p> <p>Artículo 22. El psicólogo no basa sus decisiones de valoración o intervención o sus recomendaciones, en datos, normas o resultados de pruebas psicológicas obsoletos para propósito actuales. De manera similar, no basa tales decisiones o recomendaciones en pruebas psicológicas o medidas inútiles o construidas con otros propósitos.</p> <p>Artículo 24. El psicólogo que ofrece valoración o procedimientos de calificación a otros profesionales describe con precisión el propósito, las normas, la validez, la confiabilidad, y las aplicaciones de los procedimientos, así como cualquier característica especial aplicable a su uso. El psicólogo selecciona servicios de calificación e interpretación (incluyendo servicios automatizados) apegados estrictamente a las normas de calidad científica que garanticen la validez y confiabilidad del programa y procedimientos. Se cerciora que tales programas y procedimientos tengan como base estudios que se hubiesen realizado en las poblaciones a las que pertenezcan los individuos bajo valoración; asimismo dará su opinión con base en otras consideraciones pertinentes.</p> <p>Artículo 25. El psicólogo asume la responsabilidad por la aplicación, interpretación y uso de instrumentos de valoración apropiados, ya sea que él mismo califique e interprete los resultados, o que emplee servicios automatizados o de otra índole.</p>
APA (2017).	<p>9.02. Uso de las evaluaciones.</p> <p>(a) Los psicólogos administran, adaptan, califican, interpretan o utilizan técnicas de evaluación, entrevistas, tests o instrumentos, de manera y con propósitos apropiados a la luz de la investigación o de la manifiesta utilidad y aplicación apropiada de las técnicas.</p> <p>(b) Los psicólogos utilizan instrumentos de evaluación cuya validez y confiabilidad hayan sido establecidas para su aplicación en la población objeto de los tests. Cuando tal validez o confiabilidad no haya sido establecida, los psicólogos describen la efectividad y limitaciones de los resultados y la interpretación de los tests.</p> <p>(c) Los psicólogos utilizan métodos de evaluación apropiados para el idioma de preferencia y la competencia del individuo, a menos que el uso de un lenguaje alternativo sea pertinente para los temas de la evaluación.</p> <p>9.08. Tests obsoletos y resultados desactualizados de tests.</p> <p>(a) Los psicólogos no basan sus decisiones de evaluación o de intervención ni sus recomendaciones, en datos o resultados de tests desactualizados para el propósito actual.</p> <p>(b) Los psicólogos no basan tales decisiones o recomendaciones en tests y medidas que son obsoletas y no son útiles para el propósito actual.</p>

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
Fernández-Ballesteros (2013).	52. Las fuentes de información, los instrumentos y tests utilizados quedarán reflejados con el suficiente detalle.
OMS (2017).	Pauta 4. Los países tienen la obligación de asegurar que los datos recolectados sean de calidad suficiente, oportunos, fidedignos y válidos para lograr los objetivos de salud pública.

**Tabla 6.**

Documentos de apoyo relativos al proceso de evaluación, hipótesis y conclusiones.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
APA (2017).	9.01. Bases para la evaluación. (a) Los psicólogos basan las opiniones contenidas en sus recomendaciones, informes y diagnósticos o evaluaciones, inclusive los testimonios forenses, en información y técnicas adecuadas para sustentar sus conclusiones. (b) Excepto en los casos estipulados en la norma 9.01c, los psicólogos ofrecen opiniones sobre las características psicológicas de los individuos, sólo después de haber realizado un examen adecuado para sustentar sus declaraciones o conclusiones. Cuando a pesar de haber realizado los esfuerzos razonables, dicho examen no sea factible, los psicólogos documentan los esfuerzos realizados y sus resultados, dejan en claro el probable impacto de esta información limitada sobre la confiabilidad y validez de sus opiniones y establecen adecuadamente los límites de la naturaleza y el alcance de sus conclusiones o recomendaciones y opiniones, y establecen adecuadamente los límites de la naturaleza y el alcance de sus conclusiones o recomendaciones.
Fernández-Ballesteros (2013).	45. El informe incluirá un resumen con las conclusiones más importantes. 53. El informe detallará los pasos y procedimientos utilizados para responder a las demandas del cliente. 65. El evaluador reflejará en el informe las cuestiones surgidas durante la información de resultados y de recomendaciones, en la versión final de éste.
Mancilla (2011).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultados de las pruebas: C.I. cuantitativo y cualitativo, daño orgánico cerebral, disfunción cerebral, personalidad, orientación vocacional, depende del objetivo de la evaluación, si hay o no insight, qué mecanismos de defensa utiliza, con qué partes sanas o recursos cuenta el paciente. Este último aspecto es esencial para el pronóstico.</li> <li>• Recomendaciones o sugerencias. Éstas deben ser claras, concretas, individualizadas, tratamiento, pronóstico.</li> </ul>
IMSS (2020).	7.2.3.24. La dirección de la unidad hospitalaria psiquiátrica, a solicitud escrita del paciente, familiar, tutor o representante legal, proporcionará un resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento.

**Tabla 7.**

Documentos de apoyo relativos al estilo de redacción del IPC.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	Art. 38. El psicólogo procura asegurar que los enunciados o declaraciones relativas al lineamiento de sus cursos o materiales sean precisos y no resulten engañosos, particularmente en lo relativo a los temas y materiales cubiertos, las bases para la evaluación y la naturaleza de la experiencia del curso.
Fernández-Ballesteros (2013).	57. Cada una de las frases empleadas será clara y comprensible para el cliente. 58. El apoyo científico de un enunciado se explicará siempre que exista la posibilidad de que se malinterprete. 59. La terminología técnica utilizada debe clarificarse de la forma apropiada. 60. Los elementos descriptivos, comparativos e interpretativos se distinguirán entre sí. 61. La interpretación de los datos no se dejará en manos del lector. 62. Las conclusiones se expondrán con claridad, y las inferencias tentativas se señalan como tales.
Mancilla (2011).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lenguaje bien definido, específico y concreto: específico, no general, definido, no vago, concreto, no abstracto.</li> <li>2. No sacrificar la claridad, por lo tanto no abreviar, no siglas como WAIS, DFH, HTP.</li> <li>3. Ser claro, no enigmático: quién dijo, quién es...</li> <li>4. Evitar palabras rebuscadas.</li> <li>5. Evitar palabras innecesarias: frases de adornos; ejemplo: "su hermano que también es miembro del mismo club, porque tiene buenos ingresos..."</li> <li>6. Agrupar la información que se refiere a lo mismo, ideas afines, por ejemplo, el desarrollo temprano, las fechas de los ingresos, si los hay.</li> <li>7. No ser jactancioso o crítico o exagerado: pueden creer que fue capaz de...</li> <li>8. No exagerar: no usar superlativos o ser muy categórico: "no existe...", "es muy..."</li> </ol>
SSA (2012).	5.11. Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico-médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras, y conservarse en buen estado.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
CNB (2015).	El proceso de información: El personal de salud debe asegurarse que el paciente o los familiares responsables han comprendido la información proporcionada y deben propiciar que éstos realicen preguntas para dar las respuestas correspondientes en forma comprensible. Se debe considerar el nivel de educación y los antecedentes socioculturales de los participantes y tratar de utilizar un lenguaje apropiado.

**Tabla 8.**

Documentos de apoyo relativos a la confidencialidad y el secreto profesional.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	<p>Artículo 67. El psicólogo no menciona en sus trabajos escritos o al dar clases o conferencias, o por otros medios públicos, información confidencial obtenida durante el curso de su trabajo, en que se identifiquen personas o grupos, sean éstos sus pacientes, clientes individuales u organizaciones, estudiantes, sujetos de investigación u otros receptores de sus servicios, a menos que estas personas u organizaciones den su consentimiento por escrito, o que haya otra autorización ética o legal para hacerlo.</p> <p>Artículo 68. En sus presentaciones científicas o profesionales y publicaciones, el psicólogo disfraza la información confidencial de personas u organizaciones, de modo que otros no puedan identificarlas y que las discusiones resultantes no dañen a los sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.</p> <p>Artículo 132. El psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de aquellos con quienes trabaja o le consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toma las precauciones razonables para tal efecto.</p> <p>Artículo 133. Con el fin de minimizar intrusiones en la privacidad el psicólogo sólo incluye en sus informes escritos u orales, consultorías o asesorías y similares, aquella información pertinente al propósito de dicha comunicación.</p> <p>Artículo 134. El psicólogo discute la información confidencial obtenida en relaciones clínicas o de consultoría, o los datos de valoración relativa a pacientes y clientes, ya sean individuos u organizaciones, estudiantes, sujetos o participantes en investigación supervisados y empleados, únicamente para los propósitos apropiados de tipo científico o profesional, y sólo con las personas clara y adecuadamente relacionadas con dichos asuntos. El psicólogo muestra información confidencial sin consentimiento del individuo, sólo cuando le obligue la ley o cuando éste le permita para propósitos válidos tales como:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proveer servicios profesionales necesarios al paciente o al cliente individual u organización.</li> <li>2. Para obtener consultoría o asesoría profesional apropiada.</li> <li>3. Para proteger al paciente, cliente u otros, de algún daño.</li> <li>4. Para obtener el pago de servicios, en cuyo caso la información que muestre se limitará al mínimo necesario para lograr dicho propósito, o</li> <li>5. Actuar como psicólogo perito, auxiliar de la administración de la justicia, en cuyo caso proporciona todos los elementos técnicos, científicos y relativos a los resultados de evaluaciones psicológicas para formar la convicción de un juez.</li> </ol> <p>Artículo 137. El psicólogo puede mostrar información confidencial siempre y cuando cuente con el consentimiento escrito del paciente o del cliente individual u organización (o de otra persona legalmente autorizada en representación de éstas), a menos que esta ley lo prohíba.</p>
APA (2017).	<p>4.01. Mantenimiento de la confidencialidad. Los psicólogos tienen como obligación primordial, y toman las precauciones razonables para, proteger la información confidencial obtenida o conservada por cualquier medio, reconociendo que los alcances y límites de la confidencialidad pueden ser regulados por ley, o establecidos por reglas institucionales o por relaciones profesionales o científicas.</p> <p>4.02. Discusión de los límites de la confidencialidad.</p> <p>(a) Los psicólogos discuten con las personas (incluyendo, en la medida de lo posible, a las personas legalmente incapaces de dar consentimiento y a sus representantes legales) y organizaciones con quienes establecen una relación científica o profesional, (1) las limitaciones relevantes en la confidencialidad y (2) los usos previsibles de la información obtenida a través de sus actividades psicológicas.</p> <p>(b) A menos que no sea factible o esté contraindicado, la discusión acerca de la confidencialidad tiene lugar al comienzo de la relación y de allí en adelante según lo garanticen las circunstancias.</p> <p>(c) Los psicólogos que ofrecen servicios, productos o información por vías de transmisión electrónica informarán a sus clientes/pacientes sobre los riesgos de la privacidad y los límites de la confidencialidad.</p>
SSA (2012).	<p>5.4. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.</p> <p>5.5.1. Datos proporcionados al personal de salud, por el paciente o por terceros, mismos que, debido a que son datos personales, son motivo de confidencialidad, en términos del secreto médico profesional y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables. Únicamente podrán ser proporcionados a terceros cuando medie la solicitud escrita del paciente, el tutor, representante legal o de un médico debidamente autorizado por el paciente, el tutor o representante legal.</p>
Ley General de Salud (2021).	Artículo 77 BIS 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán derecho a: X. Ser tratados con confidencialidad.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2016).	Tiene como finalidad proveer las acciones necesarias para garantizar el acceso de toda persona a la información en posesión de los Poderes de la Unión, los órganos constitucionales autónomos o con autonomía legal, y cualquier otra entidad federal. Además, en ella se encuentran establecidas las garantías para que los datos personales que los organismos públicos tienen en sus registros se protejan adecuadamente. Esta ley indica los parámetros para conocer bajo qué circunstancias los datos deben ser considerados reservados o confidenciales. El conocimiento de esta ley es de gran relevancia para los servidores públicos, pues en ella se establecen las obligaciones que adquieren al tener acceso a datos personales, así como los márgenes adecuados de su tratamiento, es decir, cuándo pueden ser dados a conocer, a quién y en qué condiciones, así como las circunstancias en las que se requiere autorización de los individuos para su difusión o distribución. A las normas contenidas en esta ley debe adicionarse lo establecido en la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en lo relativo al cuidado de la confidencialidad de datos personales.
OMS (2017).	Pauta 11. En ciertas circunstancias se justifica la recolección de nombres o datos que permitan identificar a las personas. Pauta 12. Las personas tienen la obligación de contribuir con la vigilancia cuando se requieran conjuntos de datos fiables, válidos y completos, y se cuente con la debida protección. En estas circunstancias el consentimiento informado no es un requisito ético. Pauta 17. Los datos de vigilancia con información que permita identificar a las personas no deberían compartirse con organismos que probablemente los usen para adoptar medidas contra las personas o para otros propósitos no relacionados con la salud pública.
OMS (2003).	3.1.2. Confidencialidad. Deberían existir normas legislativas que aseguren que toda la información y documentos acerca de los trastornos mentales de una persona se tratarán de manera confidencial. Las leyes deberían prohibir explícitamente la divulgación, inspección o transmisión de los documentos de salud mental del paciente sin su consentimiento y/o el de su representante o tutor legal. De manera similar, la legislación debería exigir que los profesionales obtengan el consentimiento del paciente antes de divulgar cualquier tipo de información no escrita obtenida durante la evaluación y tratamiento de trastornos mentales. También es importante tener en cuenta las necesidades de los cuidadores y de las familias. Deberían tener a su disposición la información adecuada y apropiada para que así ellos puedan proporcionar los cuidados necesarios a pacientes que viven en el hogar. La legislación debe luchar por lograr el equilibrio entre el principio de confidencialidad y la necesidad de información que precisan los cuidadores y familiares para poder atender a los pacientes de manera apropiada.

Tabla 9.

Documentos de apoyo relativos al consentimiento informado.

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	Artículo 118. El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación u otros procedimientos, utilizando un lenguaje entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias; sin embargo, generalmente supone que la persona: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. posee la capacidad para consentir,</li> <li>2. se le ha proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento,</li> <li>3. ha expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y</li> <li>4. el consentimiento se ha documentado en forma apropiada.</li> </ol> Artículo 119. Cuando las personas presenten incapacidad legal para dar un consentimiento informado, el psicólogo lo obtiene de una persona legalmente autorizada. Artículo 120. El psicólogo: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. explica a las personas legalmente incapaces de consentir informadamente acerca de las intervenciones propuestas de manera conmensurable a las capacidades psicológicas de estas personas,</li> <li>2. busca su asentimiento para esas intervenciones, y</li> <li>3. considera las preferencias y mejores intereses de tales personas.</li> </ol> Artículo 121. El psicólogo obtiene permiso y consentimiento de los pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas o si requiere que revelen situaciones personales. Artículo 122. El psicólogo que realiza una investigación o estudio, bajo cualquier circunstancia, obtiene consentimiento informado de los participantes. El psicólogo utiliza lenguaje que sea entendible para los participantes en la investigación o de las personas legalmente autorizadas, al obtener su consentimiento informado. Tal consentimiento se documenta de manera apropiada. Con lenguaje entendible para los participantes, el psicólogo les informa de la naturaleza de la investigación que tienen la libertad de participar o de declinar, o de retirarse de la investigación; les explica las consecuencias predecibles de declinar o de retirarse; les hace saber de factores significativos que deban esperarse de su disposición a participar (tales como riesgos, incomodidad, efectos adversos, o limitaciones sobre la confidencialidad). Artículo 124. En los casos en los que las personas sean menores de edad o incapaces legalmente de dar su consentimiento informado, el psicólogo, no obstante: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. proporciona una explicación apropiada,</li> <li>2. obtiene el asentimiento del participante, o</li> <li>3. de una persona autorizada legalmente, en caso de que la ley permita tal consentimiento sustituto.</li> </ol>

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SSA (2012).	<p>Introducción. En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados.</p> <p>4.2. Cartas de consentimiento informado, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.</p>
Ley General de Salud (2021).	<p>Artículo 74. La atención de los trastornos mentales y del comportamiento comprende:</p> <p>III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir.</p> <p>VIII. Derecho a la confidencialidad de la información psiquiátrica sobre su persona.</p> <p>Artículo 77 BIS 37. Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes.</p> <p>IX. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimiento.</p> <p>X. Ser tratado con confidencialidad.</p>
APA (2017).	<p>3.10. Consentimiento informado.</p> <p>(a) Cuando los psicólogos conducen investigaciones o presten servicios de evaluación, terapia, consejería, de manera presencial o por vías de transmisión electrónica u otras formas de comunicación, obtienen el consentimiento informado del o los individuos utilizando un lenguaje que sea razonablemente comprensible para la o las personas, excepto cuando llevar adelante tales actividades sin consentimiento esté autorizado por ley o regulaciones gubernamentales, o esté establecido en este Código de Ética.</p> <p>(b) En el caso de las personas legalmente incapaces para dar consentimiento informado, los psicólogos igualmente (1) proveen una explicación apropiada, (2) procuran el acuerdo del individuo, (3) consideran las preferencias y los mejores intereses de tales personas, y (4) obtienen el permiso apropiado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto está permitido o requerido por ley. Si no lo estuviera, los psicólogos toman las medidas razonables para proteger los derechos y el bienestar del individuo.</p> <p>(c) Cuando los servicios psicológicos sean indicados o autorizados por la justicia, los psicólogos informarán al individuo antes de proceder sobre la naturaleza de dichos servicios, incluyendo si fueron o no indicados o autorizados por la justicia y los límites de la confidencialidad.</p> <p>(d) Los psicólogos documentan apropiadamente el consentimiento escrito u oral, el permiso y el asentimiento.</p> <p>4.05. Revelación de información.</p> <p>(a) Los psicólogos pueden revelar la información confidencial con el apropiado consentimiento de la empresa/cliente, el cliente/paciente individual u otra persona legalmente autorizada en nombre del cliente/paciente, excepto en los casos que esté específicamente prohibido por ley.</p> <p>(b) Los psicólogos revelan información confidencial sin el consentimiento del individuo en los casos que indica la ley, o cuando ésta lo permita para fines legítimos, tales como (1) proveer servicios profesionales necesarios; (2) obtener consultas profesionales apropiadas; (3) proteger al cliente/paciente, al psicólogo o a otras personas de daño; y (4) obtener del cliente/paciente el pago de los servicios, en cuyo caso la revelación estará limitada al mínimo necesario para alcanzar tal propósito.</p> <p>10.01. Consentimiento informado a la terapia.</p> <p>(a) Al obtener el consentimiento informado para la terapia como se requiere en el estándar, los psicólogos informan a los clientes/pacientes tan pronto como sea posible en la relación terapéutica sobre la naturaleza y el curso anticipado de la terapia, los honorarios, la participación de terceros y los límites de confidencialidad y brindan oportunidades suficientes para que el cliente/paciente haga preguntas y reciba respuestas.</p> <p>(b) Al obtener el consentimiento informado para el tratamiento para el cual no se han establecido técnicas y procedimientos generalmente reconocidos, los psicólogos informan a sus clientes/pacientes sobre la naturaleza en desarrollo del tratamiento, los riesgos potenciales involucrados, los tratamientos alternativos que pueden estar disponibles y el voluntariado naturaleza de su participación.</p> <p>(c) Cuando el terapeuta es un aprendiz y la responsabilidad legal del tratamiento proporcionado recae en el supervisor, el cliente/paciente, como parte del procedimiento de consentimiento informado, es informado de que el terapeuta está en capacitación y está siendo supervisado y se le da el nombre del supervisor.</p>
CNB (2015).	<p>Consentimiento informado y asentimiento. El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa, en calidad y en cantidad suficiente al paciente competente, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva, así como las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal de salud ha informado y de que el paciente ha comprendido en su totalidad la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.</p> <p>El consentimiento informado se diferencia del asentimiento, en que este último es la aceptación de un incapaz previamente informado sobre su diagnóstico, alternativas de tratamiento, beneficios, alcances, riesgos y consecuencias, para recibir un tratamiento o participar en una investigación. Señala la voluntad de cooperación del incapaz. Debido a que los valores u objetivos de las personas varían, la mejor elección no siempre es la que prioriza a la salud, sino la que prioriza el máximo bienestar de acuerdo a los valores u objetivos de cada persona.</p>

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
OMS (2017).	Pauta 12. Las personas tienen la obligación de contribuir con la vigilancia cuando se requieran conjuntos de datos fiables, válidos y completos y se cuente con la debida protección. En estas circunstancias, el consentimiento informado no es un requisito ético
OMS (2003).	3.1.3. Consentimiento informado. Para que sea válido, el consentimiento debe satisfacer los siguientes criterios (Principios MI y Directrices para los Principios MI): a) La persona/paciente que da el consentimiento debe ser valorada como competente y capaz de dar consentimiento. b) El consentimiento debe darse voluntariamente, sin amenazas o presiones inadecuadas. c) Debe haber una información adecuada sobre el objetivo, método, duración estimada y beneficios previstos del tratamiento propuesto. f) La información pertinente debe proporcionarse con un lenguaje claro y de forma llana para que el paciente la pueda comprender. g) El paciente debe tener el derecho a rechazar o finalizar el tratamiento. h) Se deben explicar al paciente las consecuencias de rechazar el tratamiento.

**Tabla 10.**

*Documentos de apoyo relativos a la protección de documentos y datos personales.*

FUENTE	ARTÍCULO/NUMERAL
SMP (2010).	Artículo 52. El psicólogo se abstiene de hacer uso indebido de las técnicas de valoración, intervenciones, resultados e interpretaciones, y toma las medidas razonables para evitar que otros hagan mal uso de éstas. Esto incluye el abstenerse de ceder resultados crudos de pruebas a personas que no sean los pacientes o clientes como es apropiado, y a quienes no están calificadas para usar tal información. Artículo 53. El psicólogo documenta apropiadamente su trabajo profesional y científico para facilitar la prestación posterior de servicios por parte de él mismo o de otros profesionales, para asegurar responsabilidad, y para cumplir con otros requisitos de instituciones o la ley. El psicólogo se abstiene de externar opiniones acerca de individuos a los cuales no ha valorado debidamente, en dictámenes escritos o verbales, medio de comunicación alguno o en cualquier forma. Artículo 54. Cuando el psicólogo tiene razones para creer que los archivos de sus servicios profesionales se van a usar en asuntos legales involucrando receptores de su trabajo o participantes en su trabajo, tiene la responsabilidad de crear y mantener la documentación con tal detalle y calidad que sea congruente con el escrutinio razonable de un foro adjudicador. El psicólogo crea, mantiene, disemina, almacena, retiene, y desecha archivos o expedientes y datos relacionados con su investigación práctica y demás trabajo de acuerdo con la ley y de una manera que permita cumplir con los requerimientos de este Código Ético.
SSA (2012).	5.7. En los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, por todo el personal del establecimiento, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, así como las disposiciones establecidas en la Norma Oficial Mexicana, referida en el numeral 3.14 de esta norma y demás disposiciones jurídicas aplicables.
IMSS (2020).	7.1.4. El personal de salud y administrativo que realiza actividades en los servicios a la población derechohabiente que presente algún trastorno mental y del Comportamiento deberán asegurar que los datos personales de los derechohabientes y no derechohabientes atendidos, observen el manejo que establece la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de mayo del 2016 y sus reformas y la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de mayo de 2015 y sus reformas. 7.2.3.28. La información proporcionada por el paciente, familiar, tutor o representante legal, ya sea verbal o por otros medios de comunicación, deberá ser manejada bajo las leyes de protección de datos e información personal, los principios éticos y de confidencialidad.
OMS (2017).	Pauta 10. Los gobiernos y otras entidades que tienen datos de vigilancia en su poder deben de mantener debidamente resguardados los datos que permiten identificar a las personas.
Ley Federal de Protección de datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (2018).	Esta ley tiene por objeto la protección de los datos personales en posesión de los particulares, con la finalidad de regular su tratamiento legítimo, controlado e informado, a efecto de garantizar la privacidad y el derecho a la autodeterminación informativa de las personas. En atención a lo anterior, las instituciones del sector privado que presten servicios de salud deben tener en cuenta lo previsto en este ordenamiento para que los datos personales a que tienen acceso se encuentren protegidos adecuadamente. Artículo 12. El responsable deberá contar con el consentimiento previo del titular para el tratamiento de los datos personales. Artículo 14. Por regla general no podrán tratarse datos personales sensibles, salvo que se cuente con el consentimiento previo, expreso, informado e inequívoco de su titular, a través de su firma autógrafa, firma electrónica o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca o, en su caso, se trate de las excepciones establecidas en la presente Ley. Artículo 64. El responsable podrá realizar transferencias de datos personales sin necesidad de requerir el consentimiento del titular, en los siguientes supuestos: III. Cuando la transferencia sea legalmente exigida para la investigación y persecución de los delitos, así como la procuración o administración de justicia.

Tabla 11.

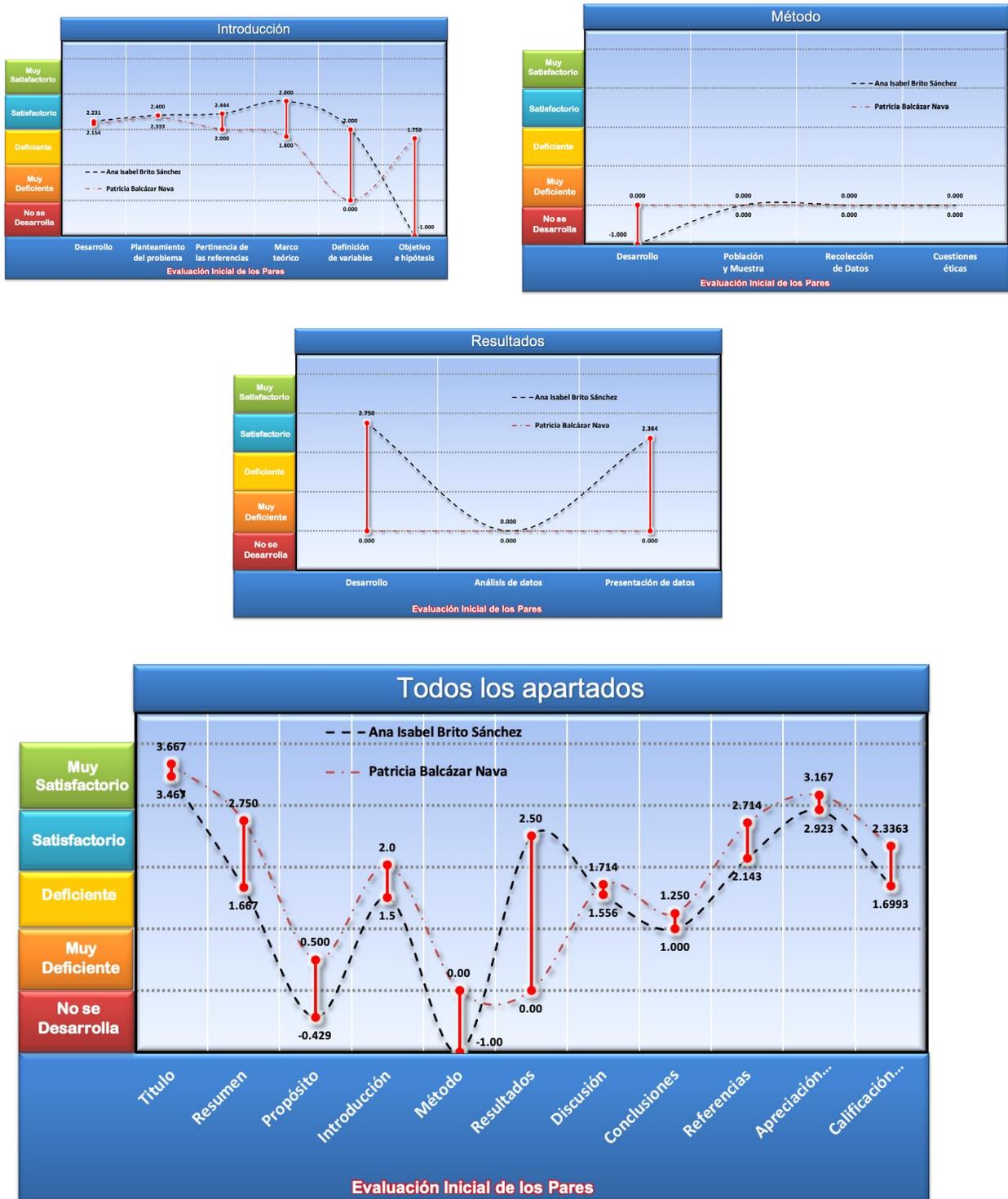
Muestra una síntesis de las diez recomendaciones y los documentos de apoyo encontrados

1. TENER LA CUALIFICACIÓN.	2. RESPETAR LA DIGNIDAD, LIBERTAD, AUTONOMÍA E INTIMIDAD DEL CLIENTE.	3. RESPETAR Y CUMPLIR EL DERECHO Y EL DEBER DE INFORMAR AL CLIENTE.	4. ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS DEL INFORME.	5.- DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS Y FACILITAR LA COMPRENSIÓN DE LOS DATOS.	6. PROCESO DE EVALUACIÓN, LAS HIPÓTESIS FORMULADAS Y JUSTIFICACIÓN DE LAS CONCLUSIONES.	7. CUIDAR EL ESTILO.	8. MANTENER LA CONFIDENCIALIDAD Y LA SECRECÍA PROFESIONAL.	9. SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.	10. PROTEGER LOS DOCUMENTOS.
SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (8).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (16).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (5).	Fernández-Ballesteros (2013). Guías del Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (13).	Fernández-Ballesteros (2013). Guías del Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (1).	APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (1).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (11).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (16).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (3).
Ley General de Salud (2021). Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2).	CNB (2010). (5).	SSA (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (1).	Mancilla (2011). (13).	SMP (2010). Código de Ética del Psicólogo (8).	Fernández-Ballesteros (2013). Guías del Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (3).	Fernández-Ballesteros (2013). Guías del Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (6).	APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (5).	APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct. (12)	SSA (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2).
APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2).	APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (3).	APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (1).	CNB (2015). (1).	APA (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (4).	Mancilla (2011) (2)	Mancilla (2011). (8).	SSA (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2).	SSA (2012) Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2)	Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados (2018). INFOCDMX (5).
Fernández-Ballesteros (2013). Guías del Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (1).	SSA (2014). Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (3).	Fernández-Ballesteros (2013). Guías del Proceso de Evaluación Psicológica (GAP) (3).	IMSS (2020). (2).	OMS (2017). Pautas de la ética sobre la vigilancia de la salud (4).	IMSS (2020) (1)	SSA (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (1).	Ley General de Salud (2021). Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (2).	Ley General de Salud (2021) Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (6)	IMSS (2020). (2).
Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011). Asamblea Legislativa del Distrito Federal (3).	Ley General de Salud (2021). Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (3).	Ley General de Salud (2021). Congreso de los Estados Unidos Mexicanos (3).				CNB (2015). (1).	Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (2016). (1).		OMS (2017). Pautas de la OMS sobre la ética sobre la vigilancia de la salud (1).
	OMS (2017). Pautas de la OMS sobre la ética sobre la vigilancia de la salud pública (1).	CNB (2015). (1).					OMS (2017). Pautas de la OMS sobre la ética sobre la vigilancia de la salud pública (3).	OMS (2017). Pautas de la OMS sobre la ética sobre la vigilancia de la salud pública (1).	
		SSA (2014). NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (1).					OMS (2003). (2).	OMS (2003). Legislación de Salud Mental y Derechos Humanos (8).	
		Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011). Asamblea Legislativa del Distrito Federal (1).							
		IMSS (2020). (1).							
		OMS (2017). Pautas de la OMS sobre la ética sobre la vigilancia de la salud pública (1).							

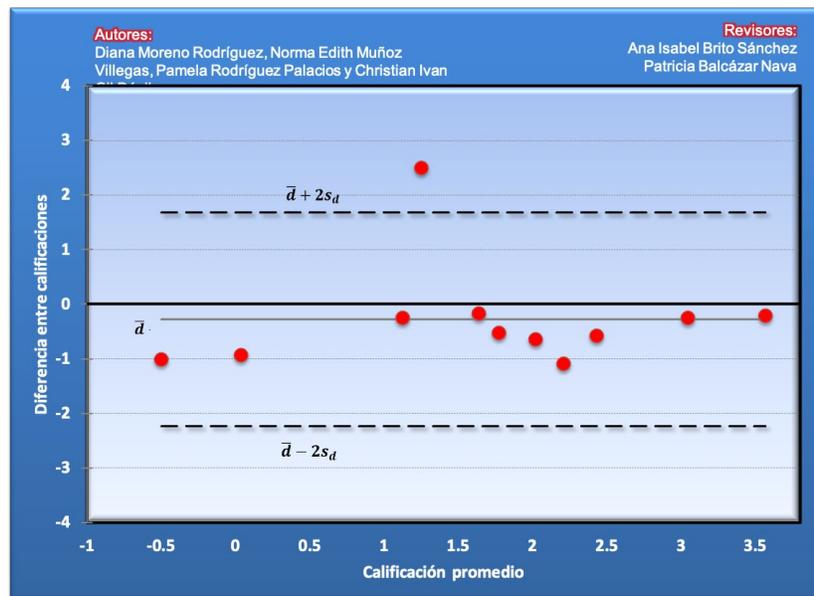


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

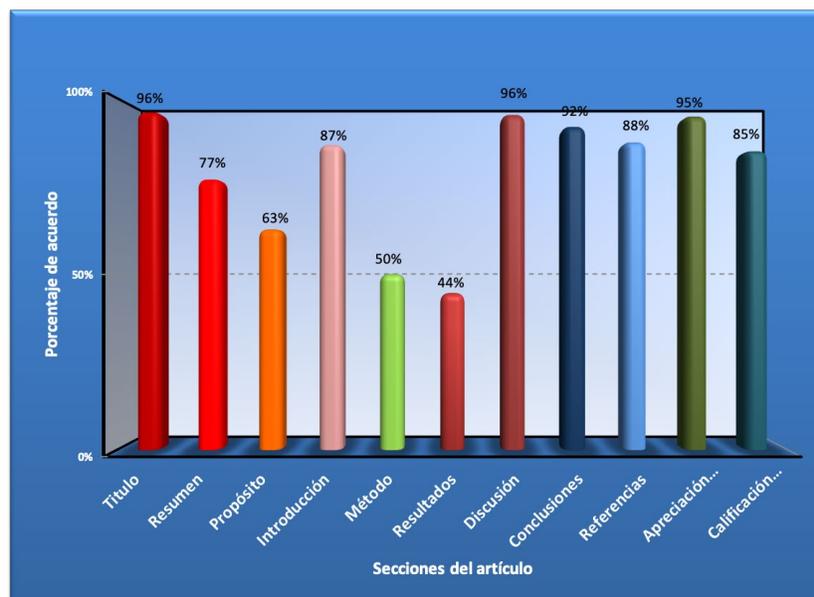
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Ana Isabel Brito Sánchez	Diana Elisabeth Reza Morales
<b>Título/Autoría</b>	
Las palabras claves del artículo y el título del mismo se relaciona sólo parcialmente	En el título reemplazar ; por :
<b>Resumen</b>	
Dentro del resumen no se hace referencia al cómo se llegó a las recomendaciones que refieren, así mismo hacen falta las conclusiones, se queda sólo explicando los resultados. Estos dos aspectos son claves dentro del resumen. Por otro lado se necesita hacer de forma más concreta, pues excede por mucho las palabras solicitadas.	1) Se sugiere mejorar la redacción para que sea más clara la conexión entre las ideas. 2) Se pueden ocupar sinónimos para que las palabras no sean tan repetitivas. 3) Agregar palabras clave.
<b>Próposito del Estudio</b>	
En la redacción del artículo se pone un breve párrafo hablando de lo que se va a generar, sin embargo en ningún momento se explica el propósito, ni se plantean las preguntas a contestar con el mismo, ni la metodología que se usará.	En el análisis conceptual que se propone dentro del texto, hace falta citar a los autores, con la finalidad de brindar un sustento sólido al argumento.
<b>Introducción</b>	
La revisión teórica no es exhaustiva y las referencias utilizadas no son actuales; no se explica en ningún momento de forma clara el objetivo de la revisión que se hará ni cuáles son los resultados que se quieren obtener. Se pueden deducir las variables del trabajo, sin embargo no se exponen de manera clara	Para brindar solidez al trabajo se recomienda agregar más referencias de autores que hablen de las conductas desviadas/antisociales/contraproducentes en las organizaciones, complementando con estudios que den sustento a la validez de tales definiciones.
<b>Método</b>	
Sólo se hace una revisión teórica y se plantean unas precisiones teóricas, pero no se hace referencia a cómo lo hacen, que pasos se siguieron para los resultados que obtienen. Por otro lado se habla de la práctica clínica en México y el que hacer del psicólogo en México, utiliza leyes y normas de otros países, sin hacer una justificación o análisis de los mismos.	Ningún comentario, ya que esta sección no aplica para un artículo de revisión teórica.

Revisor 1	Revisor 2
<b>Resultados</b>	
Las tablas no tienen explicación dentro del texto y al no tener planteado el objetivo desde un inicio de forma clara, se dificulta el hacer la redacción de resultados.	No aplica
<b>Discusión</b>	
La discusión no se encuentra fundamentada, es vaga y no se hablan de las limitaciones del estudio.	Agregar referencias para dar un sustento más sólido en el apartado de análisis conceptual.
<b>Conclusiones</b>	
La conclusión es pobre, no se discuten los hallazgos con respecto a los objetivos que se tienen, y no se habla de las líneas futuras.	Se sugiere quitar del título la palabra revisión, ya que en las conclusiones se comenta que no se hizo una revisión del estado del arte de la temática, o bien especificar que tipo de revisión se hizo desde un inicio. Ampliar las conclusiones con lo que se encontró a nivel conceptual, no poner únicamente el recorrido que se hizo para efectuar la investigación.
<b>Referencias</b>	
El número de referencias consultadas es muy pobre y suelen ser repetitivas dentro del texto, se comenten algunos errores de acuerdo al formato APA. Se utilizan un número limitado de referencias actuales. Es difícil identificar algunas referencias, es especiales aquellas que hacen referencia a documentos de asociaciones.	1) Verificar las citas al formato APA 6ta edición 2) Verificar errores en la escritura del nombre de los autores. 3) Ampliar la cantidad de referencias de investigadores que hablan del tema a nivel conceptual y empírico.



[Artículo teórico]

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.357.287-305](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.357.287-305)

## EL PENSAMIENTO DE TERCER ORDEN EN LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA PARA PAREJAS QUE VIVIERON UNA INFIDELIDAD

Mario Fausto Gómez Lamont  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
México

### RESUMEN

El pensamiento de tercer orden es promotor de reflexiones acerca de las desigualdades sociales como ejes rectores de las hipótesis de trabajo de las(os) terapeutas. Diversos autores(as) han referido a la terapia con enfoque estratégico como un método breve, eficaz y eficiente para el trabajo con las parejas que —mediante el pensamiento de tercer orden, la circularidad, las soluciones intentadas y las jerarquías incongruentes— dan un giro de 180 grados, pues el/la terapeuta es un agente del cambio social. En particular por su capacidad de analizar los patrones interaccionales en la conducta de las parejas desde la comprensión de cómo funciona la cultura y el poder, que se ven reflejados en los síntomas como formas de resistencia cotidiana. La terapia breve estratégica es un método capaz de resolver en poco tiempo las conductas problemáticas en las parejas. Hablando de la infidelidad, la terapia estratégica ofrece elementos resolutivos de este problema. En este escrito se usó un análisis conceptual del modelo estratégico para el trabajo con parejas heterosexuales, lo que permitió reflexionar acerca de la metodología y la ética de usarlo en otro tipo de parejas.

### Palabras Clave:

pensamiento de tercer orden, terapia breve estratégica, parejas

## THIRD-ORDER THINKING IN BRIEF STRATEGIC THERAPY FOR COUPLES WHO HAVE EXPERIENCED INFIDELITY

### ABSTRACT

Third-order thinking is a promoter of reflections on social inequalities as guiding axes of the therapists' working hypotheses. Various authors have referred to therapy with a strategic approach as a brief, effective and efficient method for working with couples, which through third-order thinking, circularity, attempted solutions and incongruous hierarchies give a 180 turn degrees, since the therapist is an agent of social change. Particularly for its ability to analyze interactional patterns in the behavior of couples from the understanding of how culture and power operate, which are reflected in the symptoms as forms of daily resistance. Brief strategic therapy is a method capable of solving problem behaviors in couples in a short time. Speaking specifically of infidelity, strategic therapy provides solving elements of this problem. In this writing, a conceptual analysis of the strategic model for working with heterosexual couples was used, which led us to reflect on the methodology and ethics of using it in other types of couples.

### Keywords:

third order thinking, brief strategic therapy, couples

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

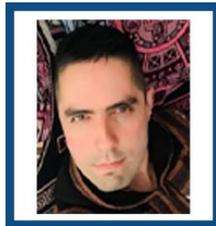
| Recibido: 26 de Marzo de 2021 | Aceptado: 29 de Junio de 2021 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2021 |



## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### EL PENSAMIENTO DE TERCER ORDEN EN LA TERAPIA BREVE ESTRATÉGICA PARA PAREJAS QUE VIVIERON UNA INFIDELIDAD

Mario Fausto Gómez Lamont  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
México



Mario Fausto Gómez Lamont  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [fausto.lamont@iztacala.unam.mx](mailto:fausto.lamont@iztacala.unam.mx)

Especialista y maestro en Medicina Social por la Universidad Autónoma Metropolitana campus Xochimilco. Maestro en Psicoterapia Familiar Sistémica por la Universidad Del Valle de México. Ha sido consultor para la Organización de las Naciones Unidas (ONU-Mujeres) y para el Consejo Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (CONAVIM) formando parte del grupo de trabajo para la activación de la alerta de género en el estado de Puebla. Tuvo intervenciones en el Senado de la República acompañando la iniciativa de Ley contra las Terapias de Conversión. Actualmente es profesor definitivo en la FES Iztacala de la UNAM, así como profesor invitado en el posgrado de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la UNAM.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Se atribuye al autor la responsabilidad única sobre el trabajar al concibir, desarrollar y coordinar el proyecto de investigación.

### AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Dra. J. María Bermudez por sus enseñanzas y confianza absoluta en mi escritura y mi forma de pensar en tercer orden.

### DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM



Copyright: © 2021 Gómez-Lamont, M.F.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24068/revista.digital.internacional.de.psicologia.y.ciencia.social) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>290</b>
<b>ANTECEDENTES CONCEPTUALES</b>	<b>290</b>
<b>PRECISIONES CONCEPTUALES</b>	<b>291</b>
<b>ESTRATEGIAS PARA LA TERAPIA DE PAREJA</b>	<b>292</b>
<b>CORRELACIONES TEÓRICAS</b>	<b>293</b>
Conocer la historia de amor de la pareja, 293	
Formular un enfoque estratégico, 294	
Formular tácticas concretas, 294	
Encuadrar la sugerencia en un contexto: Vender la tarea, 295	
Formular objetivos y evaluar el resultado, 295	
<b>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN</b>	<b>297</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>298</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>298</b>

## INTRODUCCIÓN

Para McDowell, Kudson-Martin y Bermudez (2019) el pensamiento de tercer orden contribuye a que las(os) terapeutas inviten a sus consultantes a considerar el punto de vista del problema de cada uno de los(as) integrantes de la familia o pareja, desde las dinámicas de la dominación, subordinación y discriminación sociocultural expresadas en síntomas o metáforas asociadas al problema. En el proceso se escuchan las voces de quienes están en posiciones inferiores e intervienen en jerarquías incongruentes al visibilizar esas redes de subordinación que se encuentran invisibles. Se anima a las parejas a visualizar e intentar nuevas formas de relación que conduzcan a una transformación de sus relaciones para que no estén limitadas por lo socialmente dicho, como los roles de género, la heterosexualidad obligatoria, el clasismo y racismo, entre otros sistemas de opresión y subordinación presentes en la cultura.

Los patrones interaccionales son categorías analíticas que servirán al (la) terapeuta que se adscribe con estratégico, familiar y de pareja, para producir cambios ante los problemas que presentan las familias y parejas (Madanes, 2007). Es así como me gustaría reconocer en este escrito tres objetivos: 1) describir el pensamiento de tercer orden en la terapia breve estratégica para parejas; 2) analizar las formas particulares de trabajar un caso ficticio de una pareja heterosexual mediante este modelo (Madanes, 2007; Vicencio, 2011; Fisch, Weakland y Segal, 2003), y 3) visibilizar las problemáticas éticas de la terapia estratégica para fundamentar la necesidad de integrar el pensamiento de tercer orden a este tipo de terapia (Gutiérrez, 2018; Gómez-Lamont, 2016; Butler, 2015).

## ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Se puede apreciar a la pareja heterosexual como un grupo instituido en la sociedad humana (Vicencio, 2011). De igual modo, como todo grupo instituido se conforma de un arreglo ficticio y litúrgico que se validará sobre otras formas de expresión de pareja (lo que conocemos como heteronorma). En este sentido a la pareja heteronormada se le puede considerar como “legítima” en la sociedad si, y sólo si, cumple con el imaginario social, el cual implica compromiso, amor, estabilidad y deseos de “fundar una familia” (Roizblatt, 2006). Porque per-

tenecer a un grupo implica demostrar una creencia en los mitos y en las ficciones de ese grupo de pertenencia, así como la participación en los rituales de la familia de origen de cada uno(a) de los(as) integrantes de la pareja. Esta pertenencia exige más que palabras (Sternberg, 1998). Para Madanes (2007), ante las exigencias del exterior las parejas suelen resolver las luchas mediante síntomas para equilibrar el poder en la relación.

En ese sentido, Neuburger (1995) indica que pertenecer a una pareja tendrá un costo porque las parejas suelen ejercer un poder no sólo con la posibilidad de dominar al cónyuge sino también de “reconfortarlo(a)”, cuidarlo(a), reformarlo(a) y asumir, quizá, responsabilidad por él (ella) (Madanes, 2007). En este sentido se observa una solidaridad frente a las intrusiones del mundo exterior, fronteras que se presentarán en límites, sean éstos rígidos o flexibles. Pero recordando los costos, la solidaridad y protección actuará mientras el sujeto interesado se muestre fiel al grupo. Esta misma solidaridad puede actuar contra el sujeto si sale a la luz de la relación alguna infidelidad (Madanes, 2007).

Pero para hablar de infidelidad, es fundamental definir el término “fidelidad”, el cual proviene del latín fidelitas-atis y significa “lealtad”, “cumplida adhesión”, “conservación de la fe en el cumplimiento de la sinceridad”, así como el cumplimiento de la expresión de los afectos y promesas, por ello se muestra digno de confianza (Baizán, 2007).

Un tema relacionado con la fidelidad es el de intimidad, la cual se construye de modo gradual a medida que crece esta confianza y fe en la relación, donde, a pesar de las diferencias encontradas entre los que conforman a la pareja, sigue habiendo el aprecio, respeto y afecto por lo que es del otro (Baizán, 2007).

Entonces, sin compromiso ni fidelidad la intimidad y la cercanía mostrarían y darían a sospechar sobre una base insegura a los miembros que quisieran formalizar la relación, en la cual el aventurarse podría ser peligroso para la subsistencia física y emocional de cualquiera de los(as) integrantes (Vicencio, 2011).

Recordando así que quién rete al grupo de pertenencia mediante la infidelidad se considera que será responsabilidad de quien decide involucrarse en dicha relación, por lo que uno de los grandes problemas en esta situación es la revelación de que el (la) integrante no se encuentra cómodo(a), que juzga que el grupo no le aporta lo que él (ella) espera o que no puede aceptar su evolución. En estas situaciones la pertenencia a otra pareja a menudo será la causa más seductora para el (ella) y aparecerá como un(a) rival peligroso(a) para la pareja en turno, por lo que, revelada la infidelidad,

marca al (a la) infiel como el (la) extranjero(a) en la relación traicionada. Es así como pierde toda protección y se expone, según el caso, a violencias cuyo objetivo puede ser traerlo(a) al seno de la relación anterior, o excluirlo(a) de manera definitiva.

La infidelidad puede ser vista como un intento por resolver un problema personal, algo que ocurre dentro de la persona que no puede ser solucionado o satisfecho con su pareja. En ese sentido Madanes (2007) piensa que la infidelidad puede ser una conducta sintomática de uno de los cónyuges que busca, de algún modo, cambiar la conducta del otro cónyuge. Esta conducta sintomática es una solución desafortunada porque en vez de equilibrar la situación produce una incongruencia en la relación. Desde el pensamiento de tercer orden (McDowell et al., 2019) la infidelidad tendrá significados diferentes, y éstos dependerán del género, la orientación sexual, la clase social, la zona geográfica y la religión, pues hombres y mujeres son infieles de manera diferenciada, donde en los primeros es más común que en las segundas (muchas veces hasta son justificados socialmente); en parejas de hombres homosexuales la infidelidad tiene una connotación más acentuada en la separación del amor y el placer, pues ésta puede llegar a ser consensuada y en algunos casos no se nombra ya como infidelidad, al igual que en el caso de mujeres homosexuales infieles, que después del descubrimiento pueden significarlo de modos diversos y constructivos para la relación, o la separación definitiva (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

## PRECISIONES CONCEPTUALES

Algunas hipótesis comunes en el espacio terapéutico, como las de Asen y Jones (2000), sugieren en pensar en síntomas depresivos que puedan estar presentes en las parejas después la infidelidad; sin embargo, y retomando las ideas de tercer orden, será fundamental incluir otras hipótesis de trabajo con tal de evitar la patologización de las situaciones relacionales (McDowell et al., 2019).

Las bases de la terapia breve estratégica mediante el pensamiento de tercer orden incluyen las siguientes hipótesis de trabajo.

- Los problemas como soluciones intentadas. Desde esta perspectiva los problemas son síntomas que determinan una comprensión a profundidad, e incluye el sistema más amplio, es decir, el contexto social: la infidelidad deberá ser vista como parte del sistema de creencias con base en el género, la necesidad de satisfacer los impulsos sexuales de los hombres, la hipersexualización de las mujeres, la pornografía

y el tráfico de mujeres. Este sistema de creencias falocentrista se nutre de símbolos imaginarios, configurando subjetividades que brincan las orientaciones sexuales, es decir, que no es exclusiva de la heterosexualidad, sino que puede ser inteligible en las relaciones homosexuales y bisexuales, haciendo del deseo sexual una necesidad y una búsqueda de la satisfacción del deseo por medio del consumo de cuerpos estereotipados por el mercado (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

- Pensamiento contraintuitivo (o no lineal). Para McDowell et al. (2018) una de las premisas básicas es el pensamiento circular en la terapia breve y estratégica; éste permite ser contraintuitivo o no lineal, con tal de ser capaz de observar los cambios de primer orden (superficiales) con los de segundo orden (profundos y estructurales); sin embargo, y en palabras de ellas, no es suficiente pues es necesario "Ser capaz de adoptar una metavisión de los discursos sociales dominantes, y la dinámica de los sistemas sociales amplios permite a los terapeutas desarrollar la conciencia crítica necesaria para pensar tanto de forma contrahegemónica como contraintuitiva. Usamos el término hegemonía para referirnos a los mecanismos que mantienen el statu quo de distribución desigual del poder en la sociedad a través del control social, político, económico e ideológico. Esto incluye, pero va más allá, el concepto de discursos dominantes para incluir leyes, prácticas corporativas y educativas, servicios sociales, etc. (pp. 67)".
- Jerarquías incongruentes. Las jerarquías incongruentes dejan de tener significados normativos en términos de subordinación de las mujeres o de quien exprese feminidad en la relación hetero, homo, bi y trans; para el pensamiento de tercer orden, una jerarquía incongruente es la que no permite la igualdad y la equidad de la distribución de las condiciones materiales y emocionales de su cotidianidad. Baizán (2007) coincide con el pensamiento de tercer orden (McDowell et al., 2018) porque considera que las creencias y el juicio que se incorporan en la infidelidad, ejerce una influencia importante en el enfoque y la estrategia de abordaje de una pareja ante esta crisis ocasionada por la infidelidad (Asen y Jones, 2000). Mediante la presentación de un caso se propondrá una forma de abordaje terapéutico desde el enfoque sistémico, precisando en el modelo de terapia breve estratégica.

## ESTRATEGIAS PARA LA TERAPIA DE PAREJA

Este enfoque de terapia breve fue creado en torno a 1968, poco después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el grupo del Mental Research Institute (MRI) en 1959. Quienes se quedaron a cargo de este grupo de investigación fueron Watzlawick, Weaklan, Fish y Segal. Donde la forma de proceder del grupo del MRI se encuentra caracterizado por hacer intervenciones en todas las respuestas o intentos de solución que los pacientes, parejas y familias elaboran para solucionar la situación, dificultad o problema que genera el síntoma y que por diversas circunstancias estos intentos de solución han resultado insatisfactorios.

Por otra parte Vicencio (2011) reconoce que uno de los principales motivos de consulta para un terapeuta de pareja es la vida amorosa, por lo que recuerda que Fisch, Weakland y Segal (2003) aportan a la terapia de pareja el análisis de patrones recurrentes que definen las actuaciones de los(as) participantes por encima de las características individuales. Siguiendo esa línea de pensamiento, Madanes (2007) recuerda que la interacción de las parejas respecto a la infidelidad se convertirá en una metáfora de su interacción en torno a otros problemas, es decir, que la desconfianza será la metáfora resultante de la infidelidad y, de manera cíclica, se verá aplicada a otros problemas.

Los(as) autores(as) afirman que si se concibe a la psicoterapia como un proceso donde el (la) terapeuta funge como un(a) promotor(a) del cambio, las herramientas que debiese llegar a utilizar deberán marcar en manera oportuna las oportunidades positivas que tiene la pareja de hacer algo diferente o distinto a lo que viene haciendo desde hace un buen tiempo, motivo que convierte a una dificultad en un problema. Para ello, tener una estructura sólida de la concepción general de los problemas y el tratamiento, estructurados en un conocimiento de la teoría expuesta por los(as) autores(as), se vincularán a las prácticas concretas de este enfoque terapéutico, donde por medio de la reflexión se aceptará el uso o aplicación de éstas. Es así como McDowell et al. (2018) consideran que las(os) terapeutas breves y estratégicos(as) que piensan en tercer orden tienen la tarea de comprender cómo las interacciones de las parejas y el significado de los problemas son afectados por la cultura y la dinámica social de poder y subordinación.

Por ejemplo, Vicencio (2011) recuerda los juegos interaccionales que las parejas crean en su muy particular construcción del amor; éstos pueden ser: “Yo estoy bien tú estás mal”, “Gana siempre el que dice la última palabra”, “El que se enoja pierde”, y “Qué sería de mí sin él”. Estos juegos interaccionales son parte de los

“lentes” que todo(a) terapeuta deberá reconocer en una pareja —a sugerencia del autor—, con tal de fomentar el cambio, rompiendo los patrones interaccionales que sostienen a la pareja en un estado de sufrimiento. A su vez, esta propuesta puede nutrirse de las hipótesis acerca del género; por ejemplo, es más común encontrar en los hombres un juego interaccional relacionado con el “Yo estoy bien y tú estás mal”, “Gana siempre el que dice la última palabra”, o “El que se enoja pierde”, dada la cultura al éxito enfocada en las figuras masculina y femenina “Qué sería de mí sin él”.

Para Vicencio (2011) es importante tener una perspectiva amplia y profunda de los conflictos de las parejas, por lo que nos recuerda lo que Gottman (1994) propone respecto a los crecientes problemas en las parejas: “Los cuatro jinetes del Apocalipsis”; Gottman (1994) apuesta a mirar otros patrones negativos y redundantes en las parejas; dichos patrones se pueden diferenciar en: 1) críticas dirigidas a los defectos del otro como persona; 2) desprecio y sarcasmo, actitudes defensivas que incluyen irritabilidad y agresión, y 3) actitudes evasivas que levantan una pared de hielo en la pareja. Para Gottman (1994) los patrones interaccionales negativos pueden predecir en 96% el divorcio o el rompimiento de la pareja. Un aporte del pensamiento de tercer orden (McDowell et al., 2019) es observar cómo son los cruces entre el género, la orientación sexual, la clase social y condición geográfica relacionadas a estas afirmaciones, pues, en un caso de hombres homosexuales donde uno de ellos reconozca sus orígenes indígenas y que debido al racismo en su pareja pudieran presentarse “las críticas dirigidas a los defectos del otro como persona” relacionadas a su tono de piel o creencias de su familia de origen. En una pareja heterosexual donde la mujer gane más dinero que el hombre las “actitudes evasivas que levantan una pared de hielo entre la pareja” pudieran afectar al hombre en su relación con su compañera debido al clasismo y el sexismo cultural que han imposibilitado el diálogo entre ellos, pues se considera que los hombres deberán mantener a sus esposas; por tanto deberán ganar más que ellas, consiguiendo con ello, un malestar en su relación.

Para Sternberg (1998) estos patrones pueden mirarse en las historias que conforman a las parejas; en esa interacción e intimidad conforman una forma particular de amarse. Esta historia no es intacta; el autor describe que se va modificando remplazando historias nuevas por viejas. Para Sternberg (1998) las historias de amor tienen guiones, tramas y actores. Los guiones son tramas resumidas de lo que ocurre en la relación. La trama puede ser vista como una serie de eventos en las que están implicados el amor, la confianza y los cuidados, que son interpretados por los(as)

integrantes de la pareja que dan sentido a la relación. En cuanto a los actores, son quienes integran la pareja y los implicados en esa historia; es importante reconocer cuál es el tipo de historia de amor cruzada y entrelazada entre estos tres elementos, actores, tramas y guiones. Estas historias pueden visibilizar los contextos culturales en que fueron criados ambos integrantes de la familia. Desde el pensamiento de tercer orden (McDowell et al., 2018, 2019) se explorarían en la historia de la pareja las condiciones de atracción y rechazo; por ejemplo, si le atraía que su pareja fuera exitosa(o), que tuviera un color de piel específico, un cuerpo específico, estudios universitarios, una orientación sexual o identidad de género específico; también se indagaría —con quienes nunca se hubieran relacionado— cuál sería su ideal en cuestión de estatus económico de pareja y la impresión de la familia ante alguna pareja que no fuera parte de la expectativa, entre otras condiciones sociales que son parte de la trama e historia de amor.

Siguiendo las historias de amor, Madanes (2007), en el trabajo con parejas, relaciona con la idea de que el terapeuta redefina el motivo de consulta de la pareja: de algo aislado a algo propio y —en palabras de Sternberg— parte de la historia de amor de la pareja; en ese tenor la autora propone al o la terapeuta ir conectando la idea de interacción en torno al síntoma; en ese sentido McDowell et al. (2018, 2019) se unen a la propuesta: la redefinición del motivo de consulta no sólo debe de conectar al integrante con la pareja, sino a la pareja con el sistema social.

Por último, pero no menos importante, en la propuesta que hace Vicencio (2011) de los mapas del amor, nos recuerda a Díaz-Loving (2005), que propone tener en cuenta un ciclo vital de la pareja, el cual pasa por el siguiente recorrido: 1) extraño-desconocido, que implica un contacto pero distante; 2) conocido, el contacto es más cercano; 3) amistad, comienza un intercambio íntimo; 4) atracción, existe un interés sexual del encuentro con el otro cuerpo; 5) pasión, los encuentros sexuales se hacen presentes; 6) romance, se hacen promesas y proyectos en común; 7) compromiso, se establecen lazos de confianza al cumplimiento de promesas y de los proyectos; 8) mantenimiento, el paso del tiempo y las rutinas edifican la relación; 9) conflicto, las discusiones sin posible resolución dañan la relación, y 10) alejamiento, destruye la relación, pues no hay interés en establecer los lazos de comunicación que una vez los había acercado. Sin embargo, para el pensamiento de tercer orden es necesario reconocer que no siempre presentan este orden dichos elementos; McDowell et al. (2018, 2019) indican que en cada fase hay que considerar la incertidumbre, que las experiencias de vida no están dadas

y que éstas son meras descripciones de posibilidades, pero no son la realidad de las parejas.

Los(as) autores(as) coinciden en una terapia breve, cuya duración no sobrepase las 10 sesiones, distribuidas semanalmente, permitirán la elaboración de intervenciones que llaman estratégicas, en las que se tratará de evitar que el (la) consultante, pareja o familia, siga tratando de resolver sus dificultades mediante las mismas soluciones intentadas. La característica principal de estas intervenciones consiste en una hábil capacidad de maniobra del terapeuta cuya finalidad se enfoca en evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del proceso del cambio (Madanes, 2007). En este sentido, es evidente la influencia de las técnicas en hipnosis, que Milton Erickson desarrolló en su consulta privada.

## CORRELACIONES TEÓRICAS

Se utilizó como fuente directriz el pensamiento de tercer orden (McDowell et al., 2018, 2019), los ejes metodológicos de la terapia breve estratégica de Fisch et al. (2003), Madanes (2007) y Vicencio (2011), sin olvidar a Sternberg (2018) con las historias de amor, donde, como elementos particulares en el actuar del terapeuta familiar y estratégico, recordamos los siguientes aspectos.

### Conocer la historia de amor de la pareja

Este momento de la terapia es el crucial, pues define los actores que influyen en la historia de la pareja, quiénes son la pareja, cuáles son los guiones de cada integrante de la pareja, así como la trama y las conclusiones de ésta (Sternberg, 1998).

Este supuesto coincide con la necesidad de no quedarse con definiciones vagas y huidizas en cada elemento del guión y de la trama de la historia de amor (Sternberg, 1998; Fisch et al., 2003). Lo que nos llevaría a conocer el incidente/trama que llevó a la pareja a buscar la consulta/otros guiones (Vicencio, 2011; Sternberg, 1998). En este primer contacto con la pareja es común encontrar los guiones que cada uno(a) tiene en tanto la queja como el reproche, así como el “guión oficial” para el terapeuta. Por lo que el (la) terapeuta debe abstenerse a ser colocado(a) en determinada posición en el guión de la pareja; es importante distanciarse de la definición inicial del problema, pues de lo contrario no podrá relacionarla con la historia de amor. En lugar de eso, el (la) terapeuta deberá modificar las definiciones del síntoma o la metáfora o el motivo de consulta expresada por la pareja; en consecuencia, el (la) terapeuta logrará modificar el sistema de interacciones de enfocarse en síntoma/queja/motivo a pasar a la historia de amor (Madanes,

2007). Con ello es necesario recordar que las historias de amor están enmarcadas en un sistema cultural falocentrista, heteronormado, clasista y racista, por lo que será importante explorar cómo los sistemas de opresión y subordinación han influido en las historias de amor de cada pareja (McDowell et al., 2018, 2019).

Es necesario preguntar acerca de la solución intentada por las parejas (Neuburger, 1998; McDowell et al., 2018, 2019): indagar respecto a las formas pautadas en que las parejas han intentado dar solución a sus problemas (Neuburger, 1998; Fisch et al., 2003; Madanes, 2007). A veces las parejas utilizan soluciones que Neuburger (1998) denomina “soluciones funcionales” y “soluciones problemáticas”. Las soluciones funcionales las caracteriza como las que buscan la protección de la pareja ante las fugas de lo íntimo, lo que significa que consolidan su identidad, refuerzan sus fronteras que las separan del mundo exterior; Neuburger (1998) las identifica como riñas conyugales, las cuales en general terminan fortaleciéndolos en lo íntimo. De igual modo visualiza al “tenis conyugal” como un ritual en el que la pareja expresa en forma de intercambio agresividades que sólo pueden resolverse frenando el conflicto y citándose en lugares alternos para preservar el intercambio sano, equitativo e igualitario (McDowell et al., 2018, 2019).

Respecto a las soluciones problemáticas, Neuburger (1998) indica que los secretos, las mentiras y la desinformación pueden no sólo generar problemas en el aquí y el ahora, sino que, por lo contrario, atentan con la fundación de esta, entre ellos la infidelidad. Por otro lado, el autor considera que las soluciones disfuncionales son las que se caracterizan por hacer problemas de las soluciones, entre ellas los problemas de comunicación, la desinformación, que parecían resolverse conversando, se entran problemas continuos.

Conocer estas soluciones ayuda para posibilitar (si el caso lo permite) la prescripción de paradojas, con el objetivo de producir la conducta sintomática, o la conducta expresada de modo metafórico por el síntoma. Para Madanes (2007), en las paradojas se prescribe al cónyuge sintomático una tarea penosa asociada con el síntoma o al no sintomático se le encarga una tarea penosa relacionada con el síntoma. Con ello se exagera paradójicamente la incongruencia del poder de la pareja mediante las directivas destinadas a instar a los cónyuges a reorganizarse en un poder más congruente y equitativo. Por ejemplo, que quien inicie el conflicto de pareja se dirija al baño, llevando de la mano al cónyuge; estando ahí, el que empezó el conflicto se quede de pie y el oyente se siente en la tasa de baño.

Conocer la propuesta de Neuburger (1998) permite analizar la figura 1 que nos sitúa en la configuración de la pareja y a entender la co-construcción del problema (Vicencio, 2011). Esto nos lleva de inmediato a conocer: 1) problemas que derivan del ciclo vital de la pareja y de la familia; 2) crisis de la pareja; 3) conflicto crónico; 4) dolores del cuerpo y del alma, y 5) dolores psicosociales. Para Vicencio (2011) estos elementos son los que darán a conocer el mapa inicial para el trabajo de terapia de pareja y, enriquecidos con el pensamiento de tercer orden, permite pensar en los sistemas culturales que dan origen a cada una de las situaciones anteriores, posibilita una comprensión contextual y de justicia social en la que la pareja se ha visto envuelta (McDowell et al., 2018, 2019).

Para Fisch et al. (2003) es importante decidir qué se debe evitar: En este caso la maniobra del terapeuta es indispensable para no lograr participar en el mantenimiento del síntoma (Fisch et al., 2003; Madanes, 2007).

### Formular un enfoque estratégico

Es fundamental tener un método que refleje un pensamiento estratégico; por ejemplo: 1) escucha activa; 2) validación; 3) preguntas circulares; 4) síntesis de la información; 5) validación de hipótesis; 6) elaboración de tareas, y 7) seguimiento. Mediante las distintas posturas que adopta el terapeuta en sesión (como cercana, intermedia o distante), éste obtiene información suficiente para recurrir a los cambios deseados en la vida de la persona (Fisch et al., 2003; Madanes; 2007).

### Formular tácticas concretas

Lo más importante del siguiente tema es que el terapeuta no se limitará a sólo esperar a que la pareja deje de hacer algunas cosas por otras, sino que en vez de eso construirá la sesión posterior en un diálogo donde por medio de determinado tipo de preguntas logre “dar al clavo” con algunas modificaciones en la forma en crear la conducta problema, entendiendo así que dichas conductas están cristalizadas y pautadas en un ritual, que la gente las viene haciendo desde hace ya bastante tiempo (Fisch et al., 2003; Vicencio, 2011).

En este sentido, el (la) terapeuta podría solicitar a la pareja que haga un pequeño cambio en el manejo del problema, dando como resultado un impacto importante en la forma de establecer el problema. Se fomenta la unión de la pareja y el mejoramiento de su relación mutua, para que ya no recurrieran al sistema de interacción enfocado en el síntoma como una analogía y una solución de las dificultades (Fisch et al., 2003; Madanes, 2007).

## Encuadrar la sugerencia en un contexto: Vender la tarea

El sentido práctico de este apartado, la sugerencia de vender una tarea, conlleva uno de los elementos más importantes dentro de la terapia, y esto es la realización de las tareas. Aunque el hecho de que no hagan las tareas también proporciona información al terapeuta, el sentido de este enfoque y todos en general es que la pareja comienza a hacer de manera espontánea cambios, pero es necesario que, dentro del repertorio de habilidades del terapeuta, se encuentre la forma de influir de modo positivo en la pareja, para que ésta haga las tareas sugeridas (Madanes, 2007).

## Formular objetivos y evaluar el resultado

Una de las maneras en que los autores retoman el modo de elaborar los objetivos y la evaluación de los resultados, tanto esperados como inesperados, es por medio de algunas formas en que el (la) terapeuta pregunta por un informe de los resultados obtenidos en las intervenciones o en las tareas sugeridas; de igual modo, el (la) terapeuta ha de basarse en su propia estimación acerca del impulso de la pareja respecto a su situación problemática (Madanes, 2007).

## Caso Anna y Dan

La consolidación de las historias de amor en las relaciones que presenta Nichols (2004), varían según la fluctuación de tres componentes (amor, pasión y compromiso) entre los actores, los guiones y las tramas.

En esta película los actores que pretenden ser absolutamente sinceros y se comunican directamente sus infidelidades como parte de sus tramas. En un juego a cuatro bandas, dos parejas intercambian pasiones, deseos y sentimientos. El guión por el cual se han movido los actores es: El dermatólogo Larry, de 34 años, es un hombre blanco cis<sup>1</sup>, heterosexual y de clase media con estudios universitarios, se muestra como un individuo que antepone la pasión por encima de todas las consideraciones. La fotógrafa Anna, una mujer blanca, cis, heterosexual, de clase media y con estudios universitarios, se muestra como una mujer débil y dependiente, que se revelaría como una mujer que manifiesta una necesidad clara y directa de formalizar sus relaciones para sentirse segura y amada. Dan, de 34 años, es un hombre blanco, cis, heterosexual, clase media y universitario, escritor de obituarios, se muestra como una persona cínica y manipuladora, que va de ida y vuelta en sus relaciones

sin comprometerse, para al final encontrarse en una relación con Anna. Por su parte, Alice es una mujer, cis, heterosexual, joven, de 20 años, migrante, nudista, que también se muestra como una mujer dependiente, pero que sabe cómo defenderse ante las traiciones y manipulaciones de Dan y Larry, así como de los hombres en general, pues su oficio le ha mostrado algunas claves emocionales para cuidarse del machismo.

El inicio del entramado, el sistema relacional, comienza con Anna y Dan, quienes tuvieron un acercamiento característico del “amor insensato” (Díaz-Loving, 2005; Vicencio, 2011) por ser un amor pasional, donde había intimidación, pero no compromiso. Anna, al saber del compromiso de Dan con Alice decide alejarse. Para provocar a Anna, Dan decide incitar a Larry para que conociera a Anna. Anna, para alejar a Dan, elige comprometerse con Larry, donde la relación muestra poca pasión e intimidación; sólo existía el compromiso. Con el paso del tiempo las redes sociales de las parejas se entrelazan y complejizan, como la relación fuera del matrimonio de Larry con Alice, un amor pasional provocado por la infidelidad de Anna con Dan.

El contexto social de las relaciones desiguales entre mujeres y hombres, como se puede observar en el análisis anterior, ese “amor insensato”, cobra sentido con base al género, donde los hombres eligen la intimidación pero no el compromiso, por lo que una de las hipótesis de trabajo puede estar dirigida a comprender como se configuró esa relación entre Anna y Dan, en donde Anna se encuentra en desigualdad de condiciones respecto a Dan, ¿cómo aprendió en su vida que el lugar de las mujeres es seguir a los hombres? (McDowell et al., 2018, 2019).

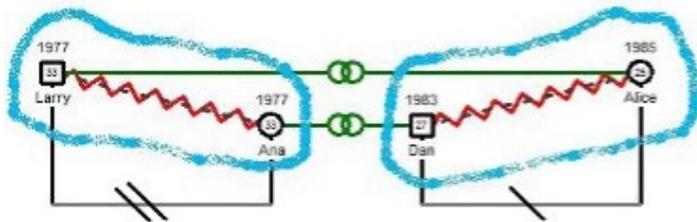
Caso parecido en la relación de Larry con Alice, en el que se describió como amor pasional, sin embargo en el contexto del tráfico de mujeres, la precarización de la vida las conduce a empleos como el que Alice ejerce para sobrevivir por su estatus de migrante. Larry llega al lugar de trabajo de Alice con intenciones obvias de consumo sexual. En la construcción de la identidad masculina, el consumo de pornografía, así como de prostitución, se convierte en un “pacto” común entre hombres con tal de reafirmar su masculinidad y no poner en duda su heterosexualidad, por lo que se puede comprender la reacción de celos y control de Larry hacia Alice cuando él no puede controlarla (McDowell et al., 2018, 2019).

La relación entre Dan y Larry, la cual expresa rivalidad masculina, en la que Dan provoca a Larry para

1 El término “cis” hace referencia a las personas que aceptan el género que se les asignó al nacer, contrario a las personas trans, quienes en sus trayectorias de vida descubren que no se encuentran cómodas con el género que se les asignó al nacer; es pertinente hacer estos señalamientos en la presentación de casos clínicos, pues da a conocer que, así como hay personas que se sienten a gusto con el género que se les asignó al nacer, hay otras personas que no, y es parte de la identidad de las personas (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

que conozca a Ana, lo que puede conducir a la idea de que las mujeres son ese objeto de discordia entre hombres, llevándonos a la idea que el análisis de género no es exclusivo de hombres con mujeres, sino de hombres con hombres y mujeres con mujeres; en ese tenor es importante tener éstas hipótesis con base en el género que performan cada uno de los integrantes de estas historias (McDowell et al., 2018, 2019).

En la relación de Ana y Dan, el “juego” de esta pareja se podría describir por medio de los celos pasionales de Dan hacia Larry por haberse casado con Anna. Larry, al mostrar sus celos obsesivos por Anna, decide serle infiel a Anna con Alice. La insatisfacción marital de Anna con Larry causa que Anna decida tener una “aventura” con Dan. La infidelidad de Anna ocasiona que Larry busque a Alice provocando el divorcio de Anna con Larry. Para vengarse de Dan, Alice decide ser infiel a Dan con Larry. Para Gottman (1994) estas parejas pudieran representar los cuatro jinetes del Apocalipsis, de acuerdo con los datos presentados entre Larry y Ana, Dan y Alice y luego Anna y Dan. Este recuento de los daños, desde el pensamiento de tercer orden (McDowell et al., 2018, 2019), ayuda a recordar que toda conducta comunica género, en estos casos comunica cómo de modo cultural se aprenden las relaciones entre hombres y mujeres: relaciones de desigualdad de condiciones (Anna y Dan, Alice y Larry), relaciones de poder y dominación (Dan y Larry) y rivalidad y competencia en pro de tener a un hombre (Anna y Alice). Estas observaciones son hipótesis de trabajo importantes para la elaboración de intervenciones específicas en la terapia estratégica, y dejamos de mirar un “juego” donde supuestamente se tiene una igualdad de condiciones, por conocimiento de jugadas, tablero y piezas, para ver una distribución desigual de las reglas de juego entre los géneros (figura 1).



**Figura 1.**  
*Circuito de interacción de las parejas (duograma<sup>2</sup> de las parejas).*

2 El duograma es una herramienta que permite la elaboración de mapas relacionales en las historias de las parejas; en el caso presentado indica edades, cruces conflictivos y cruces afectivos; se puede ver que existen estas dinámicas entre Anna, Dan, Larry y Alice (Gómez-Lamont y Silva, 2019).

El motivo de consulta y el guión de Anna fue el hecho de que pese a haber aceptado su carga de responsabilidad en cuanto a su infidelidad con Dan, la cual le causó el divorcio con Larry. Anna afirma haber hecho cualquier cosa para dejar de pelear con Dan respecto a su infidelidad con Alice, pero confiesa no lograr dejar de pelear.

Su problema era un enfrentamiento incontrolable: por lo que cuenta Anna, eran capaces de pelear varias veces al día para luego hacer las paces mediante relaciones sexuales, donde al término de éstas se prometían tolerancia, para después recaer en nuevas peleas provocadas por la misma circunstancia: el resentimiento mutuo.

Su solución intentada fue que a menudo, por la noche, después de tener relaciones sexuales, aprovechaban la dulzura de esa atmósfera, hablaban horas y explicaban con serenidad los motivos de su enfado, llegando incluso, la mayoría de las veces, a la recíproca comprensión (lo que recuerda las soluciones funcionales de Neuburger, 1998). Sin embargo, al día siguiente, a la mínima discordancia o dificultad cotidiana peleaban de nuevo de manera rabiosa —cuando la solución se vuelve un problema— (Neuburger, 1998). El objetivo desarrollado en conjunto con Anna era que ella se daría cuenta de que iba por un buen camino, cuando su resentimiento hacia Dan no se hiciera presente y lo notaría cuando no le contestara de forma brusca y grosera. Pero para que una terapia sea de tercer orden, es importante integrar a los hombres en la carga de responsabilidad de la situación; Anna reacciona de esa forma por las enseñanzas culturales de cómo las mujeres se relacionan con los hombres, haciendo que el cambio y la permanencia en la relación recaigan en ella, por lo que es importante incluir a Dan en el compromiso del cambio, en modificar sus actitudes y reconocer su parte del daño, y que el incentivar la resolución de los conflictos con el sexo es más una resolución problemática y masculina que equitativa (McDowell et al., 2018, 2019).

La estrategia fue la siguiente.

En resumen, en la fase de evaluación que el (la) terapeuta ha de efectuar en la primera entrevista, consistirá en obtener una definición del problema que trae a consulta a la familia, la pareja o a la persona, así como de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas. Para el caso presentado, Madanes (2007), Vicencio (2011), Fisch et al. (2003) y McDowell et al. (2018, 2019) proponen preguntar: “¿Cuál es el problema que les trae aquí?”; cuando el problema parece una dificultad normal recomiendan inquirir: “¿Cómo se con-

vierte en problema la situación que ustedes me comentan?"; así, si la conducta sintomática viene produciéndose desde hacía ya varios años se pudiese preguntar lo siguiente: "¿Qué les ha llevado a consultar por el problema ahora?"; una vez completada dicha fase, es necesario considerar una definición operativa del problema, así como de la indagación de las soluciones intentadas. En el trabajo o la maniobra que el (la) terapeuta ha de efectuar, es lograr que los pacientes lleguen a la concreción del motivo de consulta que los lleva a pedir terapia, para lo cual Madanes (2007), Vicencio (2011) y Fisch et al. (2003) recomiendan y dejan un tiempo completo en la adopción de una posición de inferioridad, a la cual pueda llevar al (la) terapeuta a conseguir mayor información acerca del problema. Por tanto, el efecto puede ser ventajoso en el sentido de enganche terapéutico, formación de la colaboración y demás estrategias para la permanencia terapéutica.

Para lograr la equidad, McDowell et al. (2018, 2019) proponen una serie de intervenciones basadas en interrogatorio circular que pudieran funcionar para que Dan visualice su dominio y Anna se dé cuenta del nivel de desventaja en que se encuentra en relación con Dan, para que Dan se dé cuenta de su poder y dominio y sea responsable de sus actos.

El terapeuta puede iniciar la técnica indicando que leerá una lista de derechos en una relación de pareja; ellos escucharán con atención, y por cada derecho que sientan que tienen, tomarán una bola de unicel; si sienten que no tienen el derecho, no toman bola de unicel; al finalizar la lista contarán los derechos que cada uno(a) percibe que tiene en la relación, reflexionarán acerca del origen de esos derechos, las injusticias y las posibles soluciones eficaces ante esta situación.

Lista de derechos en una relación de pareja

1. Tengo derecho a expresar libremente mis emociones sin sentir que de hacerlo enojaré más a mi pareja.
2. Tengo derecho a ver a mis amistades libremente sin que mi pareja me cuestione por ello.
3. Tengo derecho a expresar mi pensamiento sin que mi pareja considere que mi mente está equivocada o influenciada por alguien o algo.
4. Tengo derecho a vestirme como quiera sin que mi pareja me critique o considere que deba cambiarme por ser muy provocativa.
5. Tengo el derecho a que mi pareja no alce la voz cuando algo no le parezca
6. Tengo derecho a que mi pareja no controle mis mensajes y llamadas, a que no revise mi celular.

7. Tengo derecho a no sentirme asustado(a) de mi pareja cuando no esté de acuerdo con sus gustos o planes de fin de semana.
8. Tengo derecho a controlar mis gastos como yo quiera y decida.
9. Tengo derecho a expresar libremente mi satisfacción sexual sin sentir que le ofenderé.
10. Tengo derecho a expresar libremente a mi pareja cuando no quiera tener relaciones sexuales sin sentir que le ofenderé.

Como se puede observar, esta tarea que es directa debe de ser "vendida" de modo que la pareja sienta confianza de ser sincera de reconocer los puntos en que no siente igualdad de condiciones con tal de reconocer los lados fuertes de su relación, así como las injusticias dentro de la misma (McDowell et al., 2018, 2019).

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Para comenzar a analizar las consideraciones éticas de este modelo es necesario recordar que las terapias en el campo de la Psicología no deben verse como un mero sistema de técnicas para el cambio de la conducta, sino deberán reflexionar y visibilizar el sistema de creencias en cuanto al ser humano que representan con sus intervenciones, sus creencias y valores en cuanto a lo normal y lo aceptable.

Las terapias breves, así como las estratégicas, deberán reconocer su enfoque utilitario y contractual, el cual, en su base moral, buscan maximizar el placer a la mayor cantidad de personas y reducir el dolor en corto tiempo en una relación pactada entre terapeuta y consultante (Gómez-Lamont, 2016). Para el pensamiento de tercer orden es fundamental reconocer los dilemas éticos que puedan estar presentes en la psicoterapia, como el utilitarismo tiene por propiedad buscar beneficiar al mayor número de personas; sin embargo, el dilema que presenta es sopesar lo que la mayoría quiera sobre las minorías, en terapia se pudiera traducir en las siguientes omisiones, por ejemplo, de forma individual, darle peso a "la mayoría de los problemas" sin mirar temas que parecieran "menores o irrelevantes", como darle mayor cabida a los temas del motivo de consulta o al "guión oficial", sin mirar temas como la afectación subjetiva e indirecta que tiene el clasismo respecto al motivo de consulta; en caso de temas de una pareja heterosexual, privilegiar el guión de la mayoría de los varones en la consulta (pudiera ser el terapeuta varón y el varón de la pareja) respecto al guión de la mujer. En ese tenor, desde el pensamiento de tercer orden una forma de resolver ese dilema ético en terapia pudiera usarse la equidad como método de redistribución en la terapia, es decir, posicionarse desde la parcialidad y

la igualdad, brindar a todos(as) el mismo espacio para expresar ideas, sin concentrar la atención a una sola persona; de esta manera pudiera contribuir a una mejor forma de trabajo terapéutico (Gómez-Lamont, 2016).

## CONCLUSIONES

Si bien es cierto que la pareja se puede ver como un grupo y recordar que se conforma de un arreglo ficticio y litúrgico en el que, en la mayoría de los casos, la fidelidad será un acuerdo implícito como compromiso con la pareja. Por tanto, pertenecer a un grupo implica demostrar una creencia en los mitos y en las ficciones del grupo de pertenencia, así como la participación de los mismos en los rituales de la familia de origen de cada uno de los miembros de la pareja.

En el caso presentado, la infidelidad podría tratarse como un tema de acuerdos implícitos de la pareja, donde la demanda de Ana estaba estrechamente relacionada con el intento de resolver los conflictos por medio de peleas en torno a la infidelidad mutua, por lo que interferir en el “circuito” de soluciones de la pareja fue algo indispensable. Teniendo en cuenta que el tipo de intervenciones paradójicas son eficaces y eficientes, si antes se ha tenido un manejo por parte del terapeuta, donde ha persuadido de modo excelente a la pareja para que ésta compre la tarea e intente algo similar a lo que vienen haciendo, pero con un cambio introducido sagazmente.

Por tanto, tener presente el tema de la infidelidad es de importancia, siempre y cuando se comprenda el proceso en el que se dio y las consecuencias que dejó, por lo que la toma de decisiones no deberá enfocarse en la búsqueda de los culpables, sino en la comprensión del cómo surgió esta dificultad que puede alentar los recursos y cohesionar a la pareja, o destruirla por completo, donde los mitos de cada uno de los miembros de la pareja estarán presentes en todo momento.

Las limitaciones en este modelo son diversas; en primer lugar el trabajo con la categoría analítica de “patrones” se ve reducida cuando a ésta se le añade el planteamiento del pensamiento del tercer orden (McDowell et al., 2019), pues al trabajar con los “mapas del amor” se incluye una mirada más compleja en la que se abordan diversos elementos socioculturales en los modelos de terapia que, a diferencia de la escuela del MRI, nos enfocamos en una sola manera de mirar la realidad. Por otro lado, con las dimensiones éticas comentadas en el último apartado, el cual reconoce a la terapia breve como utilitaria y consecuencialista, en el que ve al poder y al engaño como medios para lograr un fin. El placer o el beneficio deberán ser motivo de reflexión, el cual se logrará si, y

sólo si, el (la) terapeuta usa técnicas que motiven la equidad y la redistribución de recursos materiales y psicológicos en las parejas cis-heterosexuales, cis-homosexuales o trans-hetero, homo, bi o pan sexuales. ■

## REFERENCIAS

- Asen, E., & Jones, E. (2000). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Baizán, B. (2007). El paso de la muerte en la pareja: De la fidelidad a la infidelidad. En L. L. Eguiluz (comp.), *Entendiendo a la pareja: Marcos teóricos para el trabajo terapéutico* (pp. 143-167). México: Pax.
- Butler, C. (2015). Intersectionality in Family Therapy Training: Inviting Students to embrace the complexities of lived experience. *Journal of Family Therapy*, 37(4), 583-589. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12090>
- Collins, S., & Arthur, N. (2010). Culture-infused counselling: A model for developing multicultural competence. *Counselling Psychology Quarterly*, 23(2), 217-233. <https://doi.org/10.1080/09515071003798212>
- Díaz-Loving, R. (2005). *La Psicología del amor: Una visión integral de la relación de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa/UNAM.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (2003) *La táctica del cambio, cómo abreviar la terapia* (pp. 19-30). Barcelona: Herder.
- Gómez-Lamont, M. (2016). Bioética, feminismo y la dignidad de las “mujeres”: Proceso social y cambio de valores en las terapias familiares. *Alternativas en Psicología*. No. 36.
- Gómez-Lamont, M., & Silva, A. (2019). *La terapia familiar sistémica y la comunidad LGBT +*. México: UNAM/PAX/LEED.
- Gottman, J. M. (1994). *What Predicts Divorce?: The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gottman, J. M., & Silver, N. (1994). *Why Marriages Succeed or Fail: What you can learn from the breakthrough research to make your marriage last*. Nueva York: Simon y Schuster.
- Gutiérrez, D. (2018). The role of intersectionality in marriage and family therapy multicultural supervision. *The American Journal of Family Therapy*, 46(1), 14-25. <https://doi.org/10.1080/01926187.2018.1437573>
- Madanes, C. (2007). *Terapia familiar estratégica*. Argentina-España: Amorrortu.
- McDowell, T., Knudson-Martin, C., & Bermúdez, M. (2019). Third-Order Thinking in Family Therapy: Addressing Social Justice Across Family Therapy Practice. *Family Process*, 58(1), 9-21. <https://doi.org/10.1111/famp.12383>
- McDowell, T., Kudson-Martin, C., & Bermudez, M. (2018). *Socioculturally Attuned Family Therapy: Guidelines for Equitable Theory and Practice*. Routledge: USA. Springer.
- Neuburger, R. (1995). *La familia dolorosa. Mitos y terapias familiares*. Barcelona: Herder.
- Neuburger, R. (1998). *Nuevas parejas*. Buenos Aires: Paidós.
- Nichols, M. (Director & Productor) (2004). *Closer, llevados por el deseo* (película). USA: Columbia Pictures.

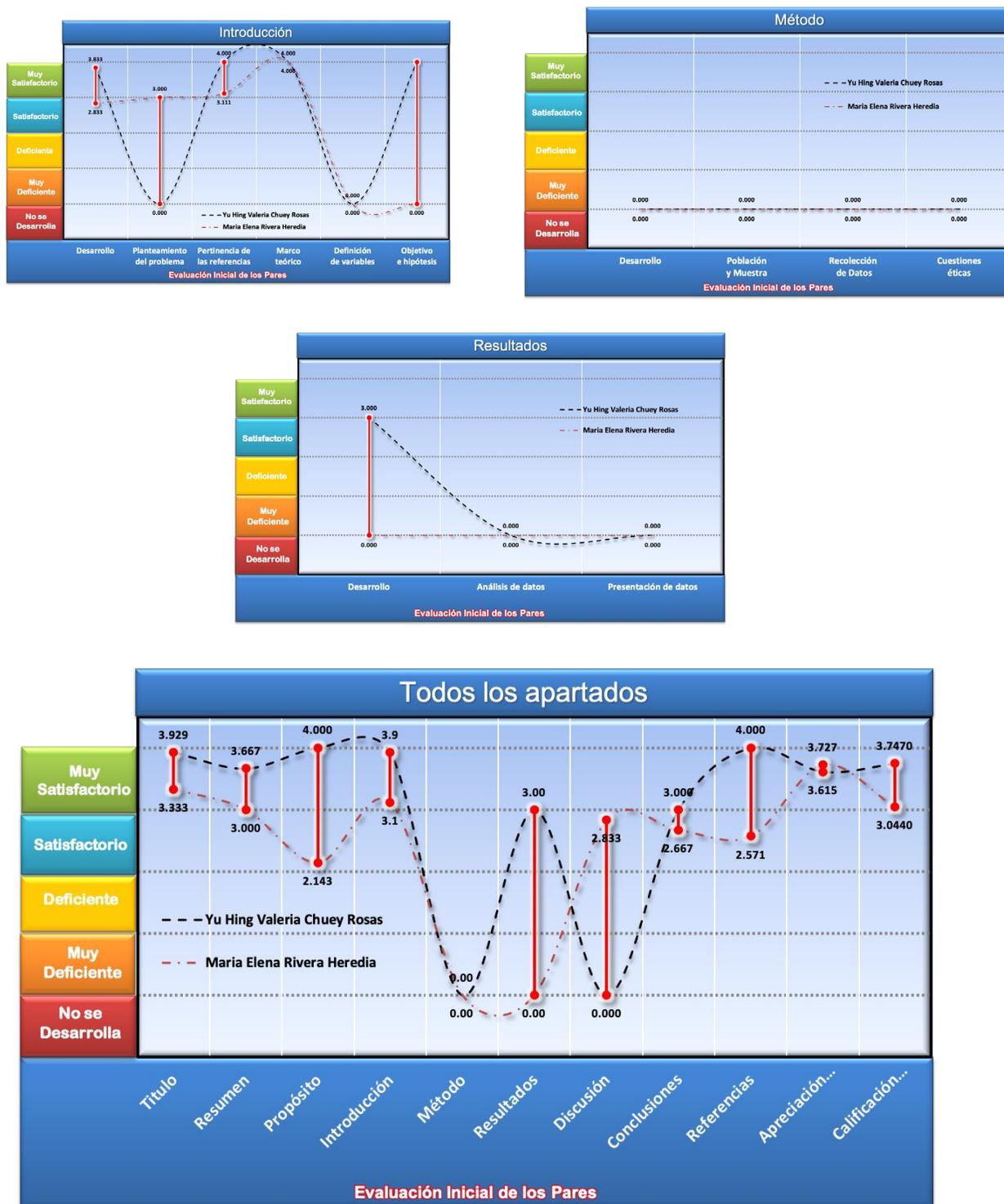
- Roizblatt, A. (2006). *Terapia familiar y de pareja*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Sternberg, R. J. (1998). *Love is a Story: A New Theory of Relationships*. Nueva York: Oxford University Press.
- Vicencio, J. (2011). *Mapas del amor y la terapia de pareja*. México: Pax.



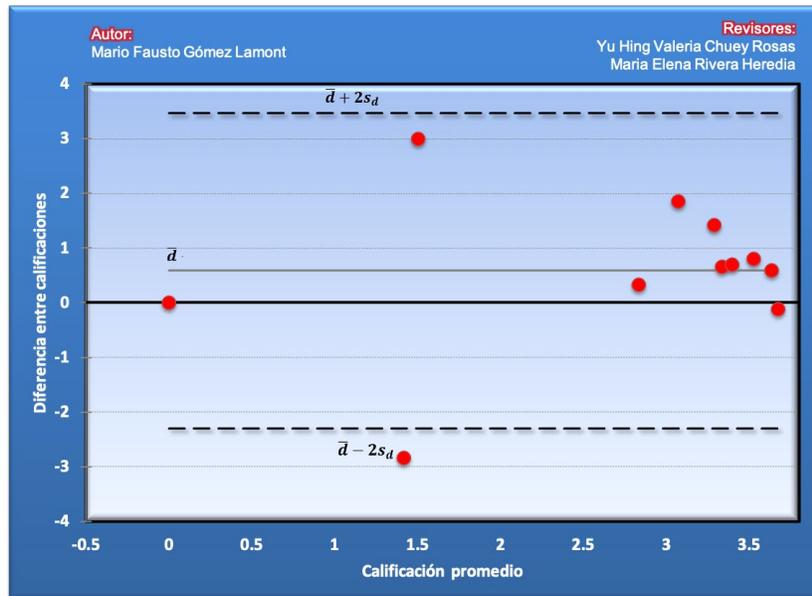


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

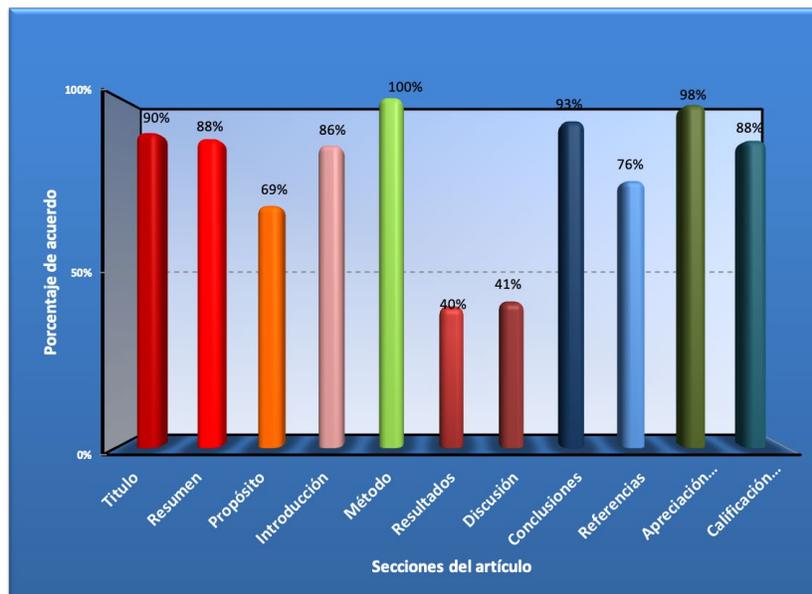
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Yu Hing Valeria Chuey Rosas	Maria Elena Rivera Heredia
<b>Título/Autoría</b>	
Sugerencia: Omitir el “de” después de Terapia, probablemente fue un error al escribirlo: El Pensamiento de Tercer Orden en la Terapia -de- Breve Estratégica para Parejas que vivieron una infidelidad	El titulo tiene 18 palabras y se sugieren 15. Es posible reducirlo. Eliminando “El” al inicio del titulo y reduciendo las últimas palabras a “en parejas con infidelidad”
<b>Resumen</b>	
Sugerencia: se podría incluir al inicio cuál es el objetivo del escrito, que fue el análisis conceptual del modelo estratégico para el trabajo con parejas heterosexuales. Queda anotado más adelante, pero es una sugerencia que pueda ir señalado antes para tener mayor claridad.	Sugiero incorporar en el resumen que en el artículo se analiza una película sobre parejas que viven infidelidad. El resumen contiene 184 palabras. Es necesario reducirlo. Pueden incorporar 2 palabras clave adicionales pues solo se introdujeron 3
<b>Próposito del Estudio</b>	
Así como en el resumen, podría resaltarse el propósito del escrito después de la introducción.	El propósito del estudio se da a entender a lo largo del documento pero no se clarifica, por lo que sugiero dar un espacio especial al propósito del estudio.
<b>Introducción</b>	
La introducción es adecuada, hacia el final se señalan los objetivos, tal vez solo después de este enunciado: “con tal de fundamentar la necesidad de integrar el pensamiento de tercer orden a éste tipo de terapia”, se podría enriquecer al idea.	Los elementos que aquí se evalúan no son adecuados para dictaminar el artículo dado que se trata de un artículo de revisión de literatura y aplicación de la misma a un caso hipotético derivado de una película. Sin embargo, es relevante en cuanto a que clarifica la forma de trabajo y principios de una forma de tratamiento desde los enfoques sistémicos y posmodernos que se puede aplicar a la atención de un frecuente problema conyugal: la infidelidad. Considero que puede ser un artículo de interés para los lectores de la revista, siempre y cuando se considere que corresponde a la línea editorial que esta maneja. El documento revisado sería un muy interesante capítulo de libro.
<b>Método</b>	
No aplica en esta sección, no hay ningún comentario ni sugerencia.	Ninguno de los rubros de estas secciones pueden aplicarse para el análisis del artículo que se entregó a revisión. El que no los cubra no quita el valor de dicho documento, sino que hace referencia a que se trata de una obra de otra naturaleza.

Revisor 1	Revisor 2
<b>Resultados</b>	
No aplica en esta sección, no hay comentarios o sugerencias.	Se trata de un artículo teórico y no empírico.
<b>Discusión</b>	
Sugerencia: revisar el uso de comas y corregir una palabra.	Si presenta un apartado de discusión en torno a los argumentos que fue exponiendo a lo largo del documento. El análisis que incluyó me parece adecuado, pero breve. Puede profundizarlo y ampliarlo más.
<b>Conclusiones</b>	
Se podría resaltar las propuestas de investigaciones futuras respecto al tema, se menciona en el escrito, pero en esta sección podría señalarse aún más.	Pese a lo interesante del tema, y a la utilidad práctica de este tipo de información teórica, para mí una de las principales limitaciones del artículo es que las fuentes de referencia no son recientes. Considero que de no existir recientes, sería un punto de gran interés incluir en las conclusiones el porqué no se continuó abonando conocimiento a esta modalidad de propuesta terapéutica, el señalar qué ha pasado con la terapia breve estratégica al paso del tiempo, así como la influencia del pensamiento de Tercer Orden.
<b>Referencias</b>	
Revisar espacios de más en las referencias.	Solo cuenta con 19 referencias. Entre ellas solo 5 corresponden a los últimos 5 años. Incluye referencias clásicas del tema que requieren ser conservadas, sin embargo, considero necesario ampliar las fuentes de referencia y actualizar la información sobre lo que ha pasado con la terapia breve estratégica desde su fundación a la fecha. También sugiero se incorporen resultados de investigaciones sobre factores asociados con la infidelidad y sobre enfoques y técnicas terapéuticas que se han utilizado para abordarla, u otras formas de pensamiento que puedan estar ligadas al pensamiento del tercer orden, en el tratamiento con parejas como pueden ser las propuestas de investigación de tipo transformativo o emancipatorias.



[Artículo empírico]

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.356.306-329](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.356.306-329)

## DESARROLLO Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE UNA NUEVA ESCALA DE HOMOFOBIA INTERIORIZADA

Cristian Iván Bonilla Teoyotl, Sofía Rivera Aragón, Rolando Díaz-Loving, Salvador Cruz Sierra, Jaime Barrientos Delgado y Alba Luz Robles Mendoza  
Facultad de Psicología, UNAM  
México

### RESUMEN

La homofobia interiorizada es importante en el desarrollo y la salud de personas homosexuales y bisexuales; sin embargo, su operacionalización es criticada por su contenido, las propiedades psicométricas e influencia cultural. Los propósitos de este estudio son construir una escala de homofobia interiorizada culturalmente relevante para adultos homosexuales y bisexuales, identificar sus dimensiones y evaluar sus propiedades psicométricas. Participaron 782 voluntarios con edades entre 18 y 52 años. Un análisis factorial exploratorio produjo una escala compuesta por 22 ítems, distribuidos en cuatro factores, con 54.38% de varianza explicada. Un análisis de consistencia interna produjo un alfa de Cronbach de 0.92. Los resultados se analizan a la luz de teorías y modelos de medida. Por medio de este estudio se intentó responder a críticas respecto a la operacionalización de la homofobia interiorizada. Además, se proporcionó un nuevo instrumento que mantiene y agrega elementos a este constructo.

### Palabras Clave:

homofobia internalizada, validez estadística, confiabilidad estadística, cultura

## DEVELOPMENT AND PSYCHOMETRIC ANALYSIS OF A NEW INTERNALIZED HOMOPHOBIA SCALE

### ABSTRACT

Internalized homophobia is essential for the development and health of bisexuals and homosexuals; however, its operationalization is often criticized because of its content, psychometric properties, and cultural influence. The purposes for this study were to develop a culturally relevant internalized homophobia scale for adult homosexuals and bisexuals, and assess its psychometric properties. The sample consisted of 782 volunteers with ages between 18 and 52 years. An exploratory factor analysis produced a 22-item scale, distributed in four factors that accounted for 54.38% of the total explained variance. A Cronbach's Alpha internal consistency analysis produced an overall score of 0.92. All results are discussed using relevant theory and measurement models. This study aimed to address some of the recent critics towards internalized homophobia's operationalization, while also providing a new instrument that maintains and adds relevant elements to this construct.

### Keywords:

internalized homophobia, validity, reliability, culture

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 7 de Marzo de 2021 | Aceptado: 7 de Junio de 2021 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2021 |



## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

DESARROLLO Y ANÁLISIS PSICOMÉTRICO DE UNA NUEVA  
ESCALA DE HOMOFOBIA INTERIORIZADA

Cristian Iván Bonilla Teoyotl, Sofía Rivera Aragón, Rolando Díaz-Loving, Salvador Cruz Sierra, Jaime Barrientos Delgado y Alba Luz Robles Mendoza  
Facultad de Psicología, UNAM  
México



Cristian Iván Bonilla Teoyotl  
Facultad de Psicología, UNAM  
Correo: [crisvan1995@gmail.com](mailto:crisvan1995@gmail.com)

Obtuvo la Licenciatura en Psicología por parte de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la UNAM, actualmente estudiante de doctorado en la Facultad de Psicología de la UNAM. Se ha desarrollado dentro de la investigación a través de la participación en diversos proyectos PAPIIT (claves IN 303316, IN 307020) bajo temáticas como las creencias, cultura, salud física y salud mental.



Sofía Rivera Aragón  
Facultad de Psicología, UNAM  
Correo: [sofiar@unam.mx](mailto:sofiar@unam.mx)

Doctora por la Facultad de Psicología de la UNAM. Es profesor titular "C" T. C. Def. Cuenta con un PRIDE nivel "D" en la UNAM y es miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI), nivel "I". Fue Secretaria académica de la División de Investigación y Posgrado; coordinadora del Programa Único de Especializaciones en Psicología; y jefa de la División de Investigación y Posgrado, todos ellos en la Facultad de Psicología de la UNAM.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Cristian Iván Bonilla Teoyotl se encargó de la dirección para la constitución del artículo: recopilación y análisis de artículos empíricos y documentos para la construcción del marco teórico, redacción del artículo, análisis exhaustivo de datos y la discusión. | Sofía Rivera Aragón apoyó en la construcción, delimitación y redacción del artículo y sus apartados, y en el análisis exhaustivo de datos. | Rolando Díaz-Loving apoyó en la construcción, delimitación y redacción del artículo y sus apartados, y en el análisis exhaustivo de datos. | Salvador Cruz Sierra apoyó en la construcción, delimitación y redacción del artículo y sus apartados, y en el análisis exhaustivo de datos. | Jaime Barrientos Delgado apoyó en la construcción, delimitación y redacción del artículo y sus apartados, y en el análisis exhaustivo de datos. | Alba Luz Robles Mendoza apoyó en la construcción, delimitación y redacción del artículo y sus apartados, y en el análisis exhaustivo de datos.

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada al CVU 920412 del primer autor de este artículo, con la que se financió la presente investigación.

## DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Cristian Iván Bonilla Teoyotl: Facultad de Psicología, UNAM | Sofía Rivera Aragón: Facultad de Psicología, UNAM | Rolando Díaz-Loving: Facultad de Psicología, UNAM | Salvador Cruz Sierra: Departamento de Estudios Culturales, El Colegio de la Frontera Norte | Jaime Barrientos Delgado: Universidad Alberto Hurtado | Alba Luz Robles Mendoza: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.



Copyright: © 2021 Bonilla-Teoyotl, C.I.; Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R.; Cruz-Sierra, S.; Barrientos-Delgado J.; y Robles-Mendoza, A. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.03.001) y a sus autores.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>309</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>311</b>
Participantes, 311	
Procedimiento, 311	
Mediciones, 312	
Análisis estadísticos, 313	
<b>RESULTADOS</b>	<b>313</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>316</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>320</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>320</b>

## INTRODUCCIÓN

La homofobia interiorizada (también conocida como homonegatividad interiorizada, prejuicio gay interiorizado o estigma sexual interiorizado) es definida mediante la teoría del estrés de las minorías como la dirección de las actitudes negativas hacia el yo de lesbianas, gays y bisexuales (LGB), las cuales son internalizadas incluso antes de que la persona se percate de su propia orientación sexual (Meyer, 1995, 2003, 2007). La homofobia interiorizada es una característica común en el desarrollo de personas homosexuales y bisexuales (Flebus y Montano, 2012), la cual se encuentra referida en diversos modelos de la formación de la identidad LGB (Cass, 1979; Chapman y Brannock, 1987; Coleman, 1982a, 1982b; D'Augelli y Grossman, 2001; Dank, 1971; DeMonteflores y Schultz, 1978; Hammersmith y Weinberg, 1973; Kimmel, 1978; Lee, 1977; Meyer, 2003; Minton y McDonald, 1984; Schäfer, 1976; Sophie, 1986; Troiden, 1979) formando parte de un proceso agudo durante la apertura con otros respecto a su orientación sexual, y que es poco probable que disminuya de modo significativo cuando la persona llega a aceptarla.

La homofobia interiorizada no es el resultado de un rasgo interior al individuo ni una fobia (Pineda-Roa, 2016), sino que se trata del resultado del aprendizaje consciente e inconsciente de prejuicios, estereotipos y comportamientos homofóbicos prevalentes en el contexto en que se desarrolla la persona (Morell-Mengual, Gil-Llario, Ballester-Arnal y Salmerón-Sánchez, 2017).

De acuerdo con la literatura, la homofobia interiorizada tiene relación y efectos en la salud física y bienestar emocional. Desde una revisión sistemática, la homofobia interiorizada se ha relacionada con el uso o abuso del consumo de alcohol y otras drogas, la salud mental, conductas sexuales de riesgo, la imagen corporal y trastornos alimenticios (Berg, Munthe-Kass y Ross, 2016). También se ha relacionada con la incomodidad de género, la pobre salud mental (Van Beusekom, Bos, Kuyper, Overbeek y Sandfort, 2016), depresión (Yolaç y Meriç, 2021), ansiedad sexual, uso reciente de drogas y problemas asociados a su consumo (Moody, Starks, Grov y Parsons, 2018), entre otras variables.

En la literatura reciente, Shestakovskiy y Kasianczuk (2018) encontraron asociaciones entre las relacio-

nes sexuales, comportamientos de riesgo, uso de condón, estatus de VIH y pruebas de hepatitis y la presencia de homofobia interiorizada en 12 países de Europa.

Por otra parte, en México también se ha relacionado la prevalencia del consumo de drogas, síntomas de depresión y ansiedad con la homofobia interiorizada (Lozano y Salinas, 2016; Lozano-Verduzco, Fernández-Niño y Baruch-Domínguez, 2017).

A pesar de que no hay consenso respecto a cómo medir la homofobia interiorizada (Pineda-Roa, 2016), uno de los principales problemas en su investigación es su operacionalización y conceptualización con instrumentos psicométricos (Pérez, 2007). En un ejercicio crítico, Williamson (2000) se refirió a la conceptualización y operacionalización de este fenómeno como poco satisfactoria, a pesar de la existencia de modelos teóricos sofisticados.

La homofobia interiorizada ha sido medida de distintas maneras; destaca el uso inicial de entrevistas. Bell y Weinberg (1978) desarrollaron uno de los primeros formatos de entrevista reportados en la literatura para detectar homofobia interiorizada, con el cual exploraron aspectos como la ansiedad por la homosexualidad, el compromiso con su orientación sexual y el concepto de la homosexualidad como enfermedad. Después agregaron áreas como el remordimiento acerca de aceptar la homosexualidad, pensar e intentar detener el comportamiento homosexual, la perspectiva de la homosexualidad como un trastorno mental, estrés por la idea de tener hijos homosexuales y desear una cura para cambiar la orientación sexual (Flebus y Montano, 2009). También se encuentra el trabajo de Martin y Dean (1987), quienes desarrollaron un formato de entrevista compuesto por nueve preguntas, desarrolladas con base en el diagnóstico de homosexualidad egodistónica (American Psychiatric Association [APA], 1980) y que después sería la base de una de las escalas más utilizadas para medir homofobia interiorizada.

Sin embargo, el método principal para medir la homofobia interiorizada es con procedimientos de autorreporte. En estos se indican medidas con solo un ítem, pero la confiabilidad y su limitada capacidad para dar información acerca de la naturaleza del constructo han sido muy criticadas (Shidlo, 1994).

Por otra parte se encuentran las medidas de ítems múltiples. Esta serie de instrumentos pretende incluir una gama suficiente de comportamientos y situaciones para capturar la diversidad real de los fenómenos, como en el caso de la homofobia interiorizada (Shidlo, 1994). Así, se han desarrollado diversas escalas con múltiples ítems para su medición. Entre éstas se encuentra el Inventario de Actitudes hacia la Homosexualidad (NHAI,

por sus siglas en inglés) de Nungesser (1983), el cual es referido como uno de los instrumentos más utilizados y que tiene diversas adaptaciones y revisiones (Antebi-Gruszka y Schrimshaw, 2019; Puckett, et al., 2018; Shidlo, 1994; Wagner, Serafini, Rabkin, Remien y Williams, 1994). Otra de las escalas que fue construida a partir de la adaptación de formatos de entrevista fue la desarrollada por Herek y Glunt (1995), quienes retomaron el trabajo de Martin y Dean (1987). Esta escala tiene adaptaciones para abarcar poblaciones de hombres y de mujeres (Herek, Cogan, Gillis y Glunt, 1998) y a otros idiomas (Gençöz y Yüksel, 2006).

Otras escalas también fueron derivadas de informes teóricos y clínicos de homofobia interiorizada, como la propuesta de Ross y Rosser (1996), la cual ha sido modificada (Currie, Cunningham y Findlay, 2004), adaptada a otros idiomas (Costa, Pereira y Leal, 2013; Morell-Menguall et al., 2017; Pereira y Leal, 2005) y revisada (Smolenski, Diamond, Ross y Rosser, 2010).

El desarrollo de estos instrumentos de medición y su uso fomentó la crítica acerca de su contenido; sin embargo, autores como Shidlo (1994) y Mayfield (2001) indicaron deficiencias. Por su parte, Shidlo mencionó que la importancia de la operacionalización de la homofobia interiorizada recaía en determinar qué comportamientos observables se podían incluir para maximizar la validez aparente, además de asegurar que se obtuviera una muestra adecuada de esos comportamientos para lograr una buena validez de contenido. Sin embargo, indicó que la evaluación de la homofobia interiorizada no había sido satisfactoria.

Algunas de las primeras escalas enfocadas a medir homofobia interiorizada estaban conformadas por una sola dimensión, las cuales abarcaban actitudes negativas generales acerca de la homosexualidad del individuo y la de otros (Gençöz y Yüksel, 2006; Herek y Glunt, 1995; Herek et al., 1998; Wagner et al., 1994). También se elaboraron instrumentos multifactoriales, los cuales procuraban ampliar la validez de contenido de los instrumentos abarcando dimensiones como el descubrimiento y divulgación de la orientación sexual del individuo (Nungesser, 1983; Shidlo, 1994), la moralidad religiosa (Mayfield, 2001; Ross y Rosser, 1996) y dimensiones relacionadas con las interacciones con la comunidad homosexual y bisexual (Szymanski y Chung, 2001). Otros instrumentos se caracterizaron por abarcar dimensiones relacionadas con el confort social y sexual (Currie et al., 2004) y la percepción de estigma interno y externo (Pereira y Leal, 2005).

Szymanski, Kashubeck-West y Meyer (2008) criticaron que la calidad psicométrica de los instrumentos

utilizados para medir homofobia interiorizada variaba mucho y que algunos estudios usaban medidas no publicadas, con apoyo psicométrico limitado y desconocido, así como instrumentos diseñados para evaluar actitudes de las personas heterosexuales hacia lesbianas y gays.

Esta serie de críticas llevó a la elaboración de nuevas medidas, alejadas de los criterios clínicos y reportes psiquiátricos, buscando mayor diversidad acerca del contenido de las escalas. En esta nueva generación de instrumentos se pueden encontrar algunos construidos bajo la crítica de que la mayoría de las medidas de homofobia interiorizada estaban dirigidas hacia hombres; así surgieron instrumentos sólo para mujeres (Flebus y Montano, 2009) e instrumentos dirigidos a hombres y mujeres homosexuales (Flebus y Montano, 2012; Lingiardi, Baiocco y Nardelli, 2012), y hombres y mujeres bisexuales (Antebi-Gruszka y Schrimshaw, 2019; Costa et al., 2013).

Esta serie de críticas también llevó a la consideración de la cultura como un elemento importante en la elaboración de medidas referentes a la homofobia interiorizada. Ren y Hood (2018) criticaron que la mayoría de las medidas referentes a este constructo estaban orientadas a dimensiones cognitivas, afectivas y comportamentales, pero parecían dejar fuera elementos que caracterizan a las culturas colectivistas, como la familia y la interconexión humana (Hwang, 2011; Ren, 2012), así como sentimientos de culpa o pánico por avergonzar a familiares (Kam, 2007).

Para acrecentar la validez de contenido de las escalas, la operacionalización de la homofobia interiorizada comenzó a abarcar dimensiones como la identificación pública (Costa et al., 2013; Flebus y Montano, 2009; Morell-Menguall et al., 2017; Smolenski et al., 2010), el miedo, el remordimiento, la paternidad, la integración, el contraprejuicio y el matrimonio (Flebus y Montano, 2012), la sexualidad (Lingiardi et al., 2012), el deseo de cambiar la orientación sexual, el miedo a los estereotipos (Puckett et al., 2018), la importancia de la sociedad y la familia (Ren y Hood, 2018), y la privacidad (Antebi-Gruszka y Schrimshaw, 2019), las cuales procuraban mostrar diversas expresiones del constructo.

En el caso de América Latina los instrumentos utilizados para medir homofobia interiorizada han sido adaptados de otras culturas e idiomas. Sin embargo, este ejercicio tiene críticas porque los contextos de los que derivan, así como las expresiones de homofobia interiorizada, pueden diferir de las poblaciones con las cuales se han aplicado (Ren y Hood, 2018).

Entre estos trabajos destacan adaptaciones de instrumentos como la de Pineda-Roa (2016), quien adaptó la escala de Herek y Glunt (1995) con una muestra de hom-

bres homosexuales y bisexuales colombianos. El análisis factorial exploratorio de su estudio identificó dos factores que explicaron 53.87% de la varianza, con una confiabilidad total aceptable ( $\alpha = 0.71$ ). Las dimensiones se refieren a 1) la influencia del heterosexismo ( $\alpha = 0.84$ ), y 2) sentimientos negativos ( $\alpha = 0.60$ ). También se encuentra la adaptación de Nogueira y Araujo (2019) a población homosexual brasileña (hombres y mujeres) de la escala de Costa et al. (2013), la cual, a su vez, es una adaptación del instrumento de Ross y Rosser (1996). Nogueira y Araujo (2019) obtuvieron una escala compuesta por dos factores: 1) percepción interna de estigma ( $\alpha = 0.81$ ), y 2) percepción de opresión social ( $\alpha = 0.62$ ).

En el caso de México la medición de la homofobia interiorizada también ha consistido en la adaptación de escalas. Villagrán, Delgado y Solís (2000) adaptaron la Escala de Homofobia Interiorizada de Hoppe (1995 citado en Villagrán et al., 2000), la cual evalúa la interiorización de actitudes negativas hacia las personas que tienen preferencias sexuales por los de su propio sexo. Por medio un análisis factorial mostraron que la escala quedó conformada por dos factores: 1) imagen ( $\alpha = 0.62$ ), y 2) relaciones interpersonales ( $\alpha = 0.69$ ). El primer factor se refiere a que, en general, a los individuos les gusta ser homosexuales, no evitan parecerlo, no buscan cambiar su orientación y no pretender parecer más atractivos para el otro sexo, mientras que el segundo factor indica que no evitan las relaciones con otros individuos de su mismo sexo, se permiten la atracción por ellos y buscan divertirse y relajarse con ellos. A su vez contiene un indicador, que fue denominado "Orgullo": la población se siente orgullosa y satisfecha de ser homosexual. Los índices de confiabilidad obtenidos para las subescalas son considerados aceptables, aunque se desconocen los detalles de su validación (Pineda-Roa, 2016).

También está la adaptación hecha por Ortiz-Hernández (2005) de la escala de Herek et al. (1998), la cual deriva de los trabajos iniciales de Martin y Dean (1987). En su estudio sólo se reporta un coeficiente de alfa de Cronbach alto ( $\alpha = 0.91$ ), pero se desconocen el procedimiento de adaptación de la escala y otras propiedades psicométricas.

Por otra parte, Moral y Valle (2013) combinaron, adaptaron y estudiaron la consistencia interna, estructura factorial, distribución y diferencias de la escala propuesta por Currie et al. (2004) y la propuesta de Herek y Glunt (1995). El instrumento quedó compuesto por tres factores, los cuales explicaron 42.45% de la varianza total. Los factores son: 1) rechazo de la manifestación pública de la homosexualidad ( $\alpha = 0.81$ ); 2) rechazo in-

terno del deseo homosexual ( $\alpha = 0.81$ ), y 3) incapacidad para relaciones estables ( $\alpha = 0.69$ ).

Otra adaptación hecha para población mexicana es la de Lozano y Salinas (2016), quienes adaptaron la escala que obtuvo Ortiz-Hernández (2005). Según ellos la escala tiene dos dimensiones: 1) aprobación de la heterosexualidad, y 2) temor al rechazo social. Reportaron un alfa de Cronbach de 0.87 y una varianza explicada de 57.85%.

Esta serie de críticas del contenido, la calidad psicométrica de los instrumentos y la aplicabilidad de éstos en contextos culturales ajenos de donde fueron creados representan las principales problemáticas de la operacionalización de la homofobia interiorizada, las cuales pueden ser extrapoladas al contexto mexicano. En estas condiciones, los propósitos de este estudio fueron construir una escala de homofobia interiorizada culturalmente relevante para adultos LGBT, identificar sus dimensiones y evaluar sus propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad (consistencia interna).

## MÉTODO

### Participantes

Se trabajó con un muestreo no probabilístico accidental, compuesto por 782 participantes, habitantes de Ciudad de México y área metropolitana (Estado de México), con edades entre 18 y 52 años ( $M = 23.47$ ;  $D.E. = 5.87$ ), compuesta por 209 hombres homosexuales (26.7%), 191 mujeres homosexuales (24.4%), 190 hombres bisexuales (24.3%) y 192 mujeres bisexuales (24.6%). Respecto a la ocupación, predominaron estudiantes (61.5%), y referente a la escolaridad, prevalecieron los grados de licenciatura (71.7%) y bachillerato (20.2%). Los demás datos sociodemográficos se muestran en la tabla 1.

### Procedimiento

El instrumento fue distribuido a lápiz y papel, y aplicado en áreas comunes (parques, plazas, calles) de Ciudad de México y el área metropolitana (Estado de México e Hidalgo). Se abordaron los posibles participantes de manera casual, en donde el aplicador solicitó su apoyo para participar en una investigación efectuada por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, en relación con experiencias en la comunidad LGBT (lesbianas, gays y bisexuales); el aplicador preguntó a los posibles participantes si se consideraban parte de esta comunidad o si su orientación sexual correspondía a estos grupos.

Una vez que la persona aceptaba participar, se mencionaron los aspectos éticos de confidencialidad y anonimato de su participación y el tratamiento de la in-

formación basados en los artículos 49 (resguardar la dignidad y respeto a los participantes), 61 (mantener la confidencialidad del registro de la información), 118, 122 (solicitar consentimiento informado), 128 (no ofrecer incentivos inapropiados), 130 (no ocultar los posibles riesgos que implica la investigación), 133 (solicitar sólo información básica pertinente para el estudio) y 135 (no compartir información que pudiera identificar a algún participante) del Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2009) y se les entregaba el instrumento donde el aplicador explicaba las instrucciones para responderlo, destacando que cualquier duda o aclaración la mencionaran.

El aplicador permaneció alejado y al pendiente del participante, dando el tiempo necesario para que los participantes terminaran de responder el instrumento. El tiempo estimado para responder al instrumento fue de 20 minutos.

**Tabla 1.**

*Distribución de datos sociodemográficos de la muestra total.*

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Edad</b>		
18-26 años	621	80.40
27-52 años	151	18.30
No específico	10	1.30
<b>Sexo</b>		
Hombres	397	50.80
Mujeres	385	49.20
<b>Orientación/identidad sexual</b>		
Hombre homosexual (gay)	209	26.70
Mujer homosexual (lesbiana)	191	24.40
Hombre bisexual	190	24.30
Mujer bisexual	192	24.60
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	5	0.60
Secundaria	15	1.90
Bachillerato	158	20.20
Licenciatura	561	71.70
Posgrado	35	4.50
No específico	8	1.00
<b>Religión</b>		
Nota: N=782 (100%)		

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con religión	385	49.20
Sin religión	365	46.70
No específico	31	4.00
<b>Ocupación</b>		
Estudiante	481	61.50
Trabajador	245	31.30
Estudia y trabaja	32	4.10
Ninguna	9	1.20
No específico	15	1.90
<b>¿Tiene pareja?</b>		
Sí	348	44.50
No	430	55.00
No específico	4	0.50
<b>Estado civil</b>		
Soltero	656	83.90
Casado	20	2.60
Divorciado	6	0.80
Unión libre	77	9.80
Viudo	1	0.10
No específico	22	2.80
Nota: N=782 (100%)		

## Mediciones

Consentimiento y datos sociodemográficos. Se utilizó un apartado para solicitar el consentimiento informado a los participantes. En seguida se presentó a los participantes una serie de preguntas referentes a sus datos sociodemográficos, como sexo, edad, orientación sexual, escolaridad, religión, ocupación, si tenían pareja en el momento de la aplicación y su estado civil.

Escala de homofobia interiorizada. Con base en los resultados de una investigación anterior (Bonilla-Teoyotl et al., 2019) se redactaron 152 ítems referentes a las actitudes negativas que las personas homosexuales y bisexuales interiorizan respecto a su orientación sexual (como "Odio mi orientación sexual"), las cuales fueron distribuidas en afectos, conductas y cogniciones. En la redacción de los ítems se utilizó un lenguaje claro y simple. Además se incluyeron ítems redactados en dirección negativa para prevenir la tendencia de elegir sólo opciones favorables. El instrumento se calificó por medio de una escala tipo Likert con cinco opciones de

respuesta (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). Los ítems fueron sometidos a revisión por jueces expertos en psicología social, en la construcción de instrumentos de medición y la temática de estigma sexual, con el objetivo de procurar validez de contenido.

### Análisis estadísticos

La información obtenida se analizó con el software Excel y con IBM SPSS versión 23. Para el proceso de validación de contenido se siguieron las recomendaciones de Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez (2008) y de Bernal-García, Salamanca, Pérez y Quemba (2020), con el cálculo del coeficiente de Kappa de Fleiss para determinar el acuerdo entre jueces. Después, para obtener la validez de constructo de la escala, se siguieron los pasos propuestos por Nunnally y Berstein (1995) y Reyes-Lagunes y García-Barragán (2008): 1) se hicieron análisis de frecuencias y sesgo para la selección de ítems; 2) se efectuaron a análisis de discriminación de los reactivos para grupos extremos por medio de la prueba t de student para muestras independientes con el objetivo conocer si los ítems discriminaban entre personas con altas y bajas puntuaciones, y 3) se calculó la correlación ítem-total y el alfa de Cronbach si se elimina el elemento para aumentar la consistencia interna del instrumento. Para evaluar la adecuación de los ítems al análisis factorial se consideraron los criterios recomendados por Campo-Arias, Herazo y Oviedo (2012), Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás (2014) y Howard (2016): 1) se calcularon correlaciones producto-momento de Pearson para determinar el tipo de rotación; 2) se consideraron las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin, el análisis de esfericidad de Bartlett y las comunalidades para evaluar la adecuación de los ítems al análisis factorial, y 3) se calculó la consistencia interna de la escala con el coeficiente de alfa de Cronbach. Al final se hizo un análisis de varianza simple (Anova) para conocer el comportamiento de la escala en diferentes grupos y una prueba post hoc de Tukey para conocer los grupos que diferían.

## RESULTADOS

Respecto al proceso de validación de la escala, los 152 ítems iniciales fueron sometidos a una validación de contenido vía el juicio de expertos, el cual se define como una opinión de expertos que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), en este caso dirigidos al contenido del instrumento.

Se seleccionaron los jueces considerando su formación académica, su experiencia y reconocimiento. Se contactó a cinco expertos en el área de la construcción de instrumentos de medición, además de tener dominio de temáticas de sexualidad, en específico de la homofobia interiorizada. A los expertos se les explicaron los indicadores de los ítems de la prueba, extraídos de una investigación anterior (Bonilla-Teoyotl et al., 2019) en donde se recolectaron las actitudes negativas que las personas homosexuales y bisexuales tienen respecto a su propia orientación sexual. Los expertos calificaron si el ítem se comprendía con facilidad (claridad), si tenía relación con el indicador que pretendía medir (coherencia), y si era importante para el contenido (relevancia), otorgando una calificación al mismo con una escala tipo Likert de cuatro puntos (1 = No cumple con el criterio..., 4 = Cumple satisfactoriamente con el criterio).

Para calcular la concordancia entre jueces, se siguieron recomendaciones teóricas pertinentes (Bernal-García et al., 2020; Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), y fue seleccionado el coeficiente de Kappa de Fleiss para hacer el análisis. De acuerdo con la literatura, este estadístico es útil para evaluar la concordancia entre tres o más evaluadores que juzgan de manera independiente los criterios del instrumento (Falotico y Quatto, 2015), en donde el mínimo valor asumido por el coeficiente es 0 y el máximo es 1. De acuerdo con las calificaciones otorgadas por los expertos, los 152 ítems tienen niveles altos respecto a la concordancia de su evaluación, contando con claridad ( $k = 0.89$ ;  $p \leq 0.05$ ), coherencia ( $k = 0.93$ ;  $p \leq 0.05$ ) y relevancia ( $k = 0.90$ ;  $p \leq 0.05$ ). Sin embargo, se adaptó la redacción de algunos de los ítems de acuerdo con las recomendaciones de los especialistas.

Previo al análisis factorial exploratorio (AFE), también se hicieron pruebas para conocer la adecuación de los ítems y determinar cuáles eran óptimos para formar parte del AFE. Primero se hizo un análisis de frecuencia para cada uno de los reactivos del instrumento, con el objetivo de conocer si cumplieron con el criterio de que todas las opciones de respuesta habían sido seleccionadas al menos una vez por los participantes. Al respecto, todos los ítems cumplieron con este criterio. Luego se calculó el sesgo para conocer el tipo de distribución (normal o típica) de las respuestas; para esta muestra la distribución fue típica para la mayoría de los ítems (sesgo menor a  $-0.5$  o mayor a  $0.5$ ); sólo 31 tuvieron una distribución normal (sesgo entre  $-0.5$  y  $0.5$ ), por lo cual fueron considerados para su eliminación.

También se hizo un análisis de discriminación por grupos extremos con la prueba t de student para muestras independientes. Para efectuarlo se generó una nueva variable

que fue equivalente a la suma de cada uno de los ítems de la escala para obtener los valores altos y bajos de acuerdo con sus percentiles con un análisis de frecuencias. Una vez obtenidos se creó una nueva variable dicotómica basada en los cuartiles extremos, la cual se utilizó como variable

de agrupación para hacer la prueba t. Si la diferencia no era significativa ( $p > 0.05$ ), se consideraba la eliminación del ítem. De acuerdo con los resultados de esta prueba, 22 ítems fueron considerados para ser eliminados.

**Tabla 2.**

*Estructura factorial con rotación oblicua.*

REACTIVO	FACTORES			
	1	2	3	4
57- Niego mi orientación sexual frente a otras personas	0.816	0.080	-0.035	0.116
70- Reprimo mi orientación sexual frente a otras personas	0.728	-0.005	0.075	0.041
80- Me incomoda hablar de mi orientación sexual	0.717	0.016	0.079	0.038
21- Me incomoda que otros sepan mi orientación sexual	0.715	-0.090	-0.034	-0.161
55- Evito mostrar mi orientación sexual	0.712	0.015	0.041	0.063
20- Niego mi orientación sexual para seguir con mi vida	0.647	0.011	0.014	-0.198
64- Me avergüenza hablar de mi orientación sexual	0.640	0.084	0.107	0.005
24- Niego mi orientación sexual fingiéndola	0.630	0.060	-0.056	-0.237
41- Me pone ansioso(a) contarles a las personas sobre mi orientación sexual	0.597	0.053	0.150	0.076
40- Me he alcoholizado con la intención de cambiar mi orientación sexual	0.066	0.808	-0.024	0.011
93- Me he alcoholizado para olvidar mi orientación sexual	0.049	0.773	-0.027	0.033
45- La reacción de las personas por mi orientación sexual me ha orillado a beber alcohol en exceso	0.034	0.708	0.008	0.029
14- Me he drogado para cambiar mi orientación sexual	0.018	0.587	-0.062	-0.330
142- Mi orientación sexual me ha llevado a consumir drogas	-0.062	0.532	0.133	-0.046
124- Las expectativas de la gente dificultan expresar mi orientación sexual	0.125	-0.100	0.741	0.052
144- Me incomoda mi orientación sexual por las reacciones negativas de los demás	0.057	-0.036	0.725	-0.044
143- Temo que mi orientación sexual impida alcanzar las expectativas que se tienen de mí	-0.075	0.058	0.647	-0.052
123- Que las personas traten mi orientación sexual como un tabú me hace tenerle miedo	0.075	0.009	0.587	-0.116
136- Las reglas de la sociedad me han hecho dudar de mi orientación sexual	0.037	0.105	0.576	0.046
13- Odio mi orientación sexual	0.110	0.079	0.072	-0.688
12- Mi orientación sexual me hace creer que soy incapaz de hacer las cosas	-0.025	0.117	0.129	-0.571
23- Me siento culpable por mi orientación sexual	0.295	0.075	0.110	-0.462
CORRELACIONES ENTRE FACTORES				
Factor 1	-			
Factor 2	0.427	-		
Factor 3	0.678	0.425	-	
Factor 4	-0.384	-0.474	-0.327	-

Nota: Se muestran las correlaciones entre los factores obtenidas por medio del AFE por ejes principales y rotación oblicua (Oblimin directo).

En seguida se calcularon la correlación ítem-total para los 152 ítems, además del alfa de Cronbach si se eliminaba el elemento. Respecto al primer análisis se encontraron 62 ítems con coeficientes de correlación menores a 0.30, los cuales no cumplieron con el criterio, mientras que con el segundo análisis se identificaron 36 ítems que podrían ayudar a aumentar la confiabilidad del instrumento inicial ( $\alpha = 0.902$ ). Los ítems que no cumplieron con uno o más criterios para ser retenidos se descartaron para los análisis posteriores. Se eliminaron 77 ítems de los 152 originales.

Para obtener la validez de constructo de la escala se usó un análisis factorial exploratorio (AFE) por factorización de ejes principales según las recomendaciones de Campo-Arias et al. (2012) y Howard (2016). Para determinar el tipo de rotación se calcularon correlaciones producto-momento de Pearson entre los 75 ítems de la escala que se retuvieron de los análisis posteriores. Los resultados mostraron correlaciones que oscilaban entre coeficientes de correlación de 0.102 ( $p \leq 0.01$ ) y 0.678 ( $p \leq 0.01$ ). De acuerdo con las consideraciones teóricas, se decidió trabajar con una rotación oblicua (Oblimin directo).

Las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin y el análisis de esfericidad de Bartlett mostraron que la matriz era factorizable ( $KMO = 0.950$ ,  $X^2 [231] = 8708.583$ ,  $p \leq 0.000$ ). Para permanecer en la configuración de la escala se conservaron sólo los ítems con comunalidades mayores a 0.30, de acuerdo con los criterios de Campo-Arias et al. (2012) y Lloret et al. (2014). Otro criterio para conservar ítems fue que las cargas factoriales fueran mayores a 0.40 y que no estuvieran simultáneas en otras dimensiones, para evitar varianza compartida en más de un factor. De los 75 ítems considerados para el AFE, se eliminaron 53 de ellos. Por último se obtuvo una configuración factorial de cuatro dimensiones, conformadas por 22 ítems, los cuales explicaron 54.38% de la varianza total (tabla

2). Respecto a la confiabilidad de la escala, se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach alto ( $\alpha = 0.92$ ).

El primer factor tuvo nueve ítems, los cuales explicaron 38.97% de la varianza total de la escala ( $\alpha = 0.91$ ); el segundo factor se configuró con cinco reactivos, los cuales explicaron 8.42% de la varianza ( $\alpha = 0.84$ ), mientras que el tercer factor se formó con cinco ítems que explicaron 3.82% de la varianza ( $\alpha = 0.82$ ). El cuarto factor tuvo con tres ítems, los cuales explicaron 3.16% de la varianza de la escala ( $\alpha = 0.76$ ). A partir de los cuatro factores encontrados para esta escala se propuso una serie de definiciones para éstos, abarcando elementos de otros modelos y medidas que se les relacionan.

El primer factor fue nombrado "Ocultamiento", el cual refiere a afectos negativos y estrategias dirigidas a la reducción del conocimiento público de la orientación sexual del individuo. Al segundo factor se le nombró "Consumo de drogas", tratándose de estrategias de afrontamiento dirigidas a modificar o ignorar la orientación sexual mediante el consumo de alcohol y otras drogas. El tercer factor fue denominado "Apego a la norma sexual", tratándose de la aprobación de las reglas y expectativas que tiene la sociedad respecto a la orientación sexual del individuo; el cuarto factor recibió el nombre de "Autoaceptación", que abarca afectos y cogniciones positivos que el individuo experimenta por su orientación sexual.

Además, para conocer el comportamiento de la escala entre hombres homosexuales y bisexuales, y mujeres homosexuales y bisexuales, se hizo un análisis de varianza simple (Anova). Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en el factor de "Ocultamiento", "Apego a la norma sexual" y "Autoaceptación". La prueba post hoc permite indicar las diferencias entre el grupo de hombres bisexuales, mujeres bisexuales y hombres homosexuales respecto a los factores de la escala (tabla 3).

**Tabla 3.**

*Análisis de varianza simple para los factores de la Escala de homofobia interiorizada.*

FACTORES	1		2		3		4		F (3/778)	P	POST HOC
	M	D. E.									
OC	1.80	0.83	1.94	0.84	2.41	0.98	1.98	0.88	17.17	0.000	1, 2, 4 < 3
CD	1.33	0.74	1.36	0.73	1.35	0.59	1.38	0.72	0.16	0.921	-
ANS	1.83	0.90	2.00	0.90	2.32	1.03	2.15	0.99	9.42	0.000	1 < 3, 4 y 2 < 3
AA	4.62	0.72	4.53	0.75	4.42	0.78	4.60	0.71	2.83	0.037	1 > 3

OC = Ocultamiento; CD = Consumo de Drogas; ANS = Apego a la norma sexual; AA = Autoaceptación. 1 = Hombres homosexuales; 2 = Mujeres homosexuales; 3 = Hombres bisexuales; 4 = Mujeres bisexuales. Los puntajes de la dimensión de autoaceptación fueron recodificados.

## DISCUSIÓN

El propósito de este estudio es la construcción de una escala de homofobia interiorizada, la identificación de sus dimensiones y conocer sus propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad (consistencia interna). En esta investigación se encontró una escala multifactorial de homofobia interiorizada compuesta por 22 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: "Ocultamiento", "Consumo de drogas", "Apego a la norma sexual" y "Autoaceptación", la cual integra elementos teóricos relevantes para la descripción de este fenómeno.

Respecto a la validez de contenido, de acuerdo con las calificaciones de los jueces, el instrumento inicial compuesto por 152 ítems tuvo un nivel alto de concordancia, por medio de su claridad, coherencia y relevancia para procurar medir homofobia interiorizada. Es importante indicar que, de acuerdo con la literatura, la validez de contenido se trata de un criterio importante y útil para el diseño y validación de instrumentos de medida (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), y respecto a las críticas hechas por Shidlo (1994) y Mayfield (2001), la validez de contenido de las medidas de homofobia interiorizada es relevante porque se busca asegurar una gama de comportamientos que faciliten su operacionalización.

El contenido de las escalas para medir homofobia interiorizada ha cambiado con el tiempo, ya no sólo abarcando actitudes negativas generales que las personas viven por su propia orientación sexual y la de otros (Gençöz y Yüksel, 2006; Herek y Glunt, 1995; Herek et al., 1998; Wagner et al., 1994), sino que, para ampliar la validez de contenido de los instrumentos, ahora se encuentran medidas multifactoriales que procuran mostrar diversas expresiones del constructo (Antebi-Gruszka y Schrimshaw, 2019; Flebus y Montano, 2009; Flebus y Montano, 2012; Costa et al., 2013; Currie et al., 2004; Lingardi et al., 2012; Mayfield, 2001; Morell-Menguall et al., 2017; Nungesser, 1983; Pereira y Leal, 2005; Puckett et al., 2018; Ross y Rosser, 1996; Shidlo, 1994; Smolenski et al., 2010; Szymanski y Chung, 2001).

Sin embargo, debe considerarse que la validez de contenido puede variar de acuerdo con las poblaciones en las cuales es probado o construido un instrumento (Escobar-Pérez y Cuervo-Martínez, 2008), y en este caso podría variar también de un grupo de jueces expertos a otro, y de una muestra a otra. También debe considerarse que la validez de contenido y su noción de muestreo (que una prueba abarca una muestra representativa de todos los posibles contenidos del campo) no siempre pueden cumplirse porque las manifestaciones del constructo pueden ser demasiadas como para permitir que sean cubier-

tas (Hogan, 2004). Además, es relevante tener en cuenta que la operacionalización de la homofobia interiorizada ha resultado difícil debido a la considerable superposición con consecuencias intrapsíquicas y conductuales (Williamson, 2000). Para esta investigación, los 152 ítems iniciales fueron relevantes y representativos, pero los resultados deben considerarse a la luz de los límites de la técnica de validez de contenido, sus usos y las críticas respecto a la medición de la homofobia interiorizada.

Acerca de la validez de constructo de la escala obtenida, ésta explicó 54.38% de la varianza. De acuerdo con la literatura, la escala se comporta de manera similar a medidas reportadas (Antebi-Gruszka y Schrimshaw, 2019; Costa et al., 2013; Flebus y Montano, 2012; Gençöz y Yüksel, 2006; Morell-Menguall et al., 2017; Ross y Rosser, 1996) tratándose de una medida adecuada y que cumple con este criterio.

Una de las críticas indicadas respecto a la construcción de instrumentos de medición de homofobia interiorizada estaba dirigida a la calidad psicométrica de los instrumentos utilizados, señalando su variabilidad, el que se tratara de medidas no publicadas, y aquellas con apoyo psicométrico limitado o desconocido (Szymanski et al., 2008). Respecto a los resultados de esta investigación, si bien la validez de constructo con el análisis factorial exploratorio es sólo una aproximación y categoría tradicional para determinar la validez de una escala (Hogan, 2004); es necesario indicar su relevancia al tratarse de una propiedad psicométrica con la que se pretende actualizar y enriquecer la investigación alrededor de la operacionalización de la homofobia interiorizada en América Latina y en México. Es preciso comentar que este nuevo instrumento comparte un porcentaje de varianza aceptable, al igual que la escala adaptada en Colombia por Pineda-Roa (2016) y la hecha por Nogueira y Araujo (2019) en población brasileña, en conjunto con las adaptaciones efectuadas en México (Lozano y Salinas, 2016; Moral y Valle, 2013).

Además, considerando que el porcentaje de varianza se utiliza como indicador de una buena solución factorial cuando es igual o mayor a 50% (Campo-Arias et al., 2012; Lloret et al., 2014), se puede considerar que la nueva escala obtenida es válida. También puede indicarse que, de acuerdo con las recomendaciones de especialistas en la construcción de instrumentos de medición (Campo-Arias et al., 2012; Howard, 2016; Lloret et al., 2014), la consideración de hacer un análisis factorial exploratorio con el método de extracción por ejes principales permitió determinar una varianza que no está sobrestimada, al contrario de otros métodos para obtener

factores o dimensiones, como en el caso del método por extracción de componentes principales.

Se recomienda trabajar con la validez del instrumento por medio de otras aproximaciones, como en el caso de la validez convergente, donde se determinará si el instrumento es válido si correlaciona con las puntuaciones de otros instrumentos que midan constructos similares o relacionados; también es posible trabajar la validez de este nuevo instrumento con criterio de validez discriminante, donde se utilizan instrumentos para medir diferentes constructos y sus correlaciones son débiles (Frías-Navarro, 2020; Hogan, 2004).

También se trabajó la confiabilidad del instrumento mediante su consistencia interna. Este método permite calcular la fiabilidad de un instrumento de medida por medio de los ítems que componen un instrumento o dimensión (Frías-Navarro, 2020), describiendo la fiabilidad como el grado en que las medidas de los constructos son repetibles y cualquier influencia aleatoria que pudiese hacer de las medidas diferentes de una medición a otra es una fuente de error de medida. De acuerdo con los resultados se obtuvo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.92 para la escala total, el cual indica una consistencia interna alta o excelente (Campo-Arias y Oviedo, 2008; Frías-Navarro, 2020; Reidl-Martínez, 2013).

También se obtuvieron coeficientes de alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones del instrumento: el factor "Ocultamiento" obtuvo una consistencia interna excelente ( $\alpha = 0.91$ ), mientras que la dimensión "Consumo de drogas" ( $\alpha = 0.84$ ) y "Apego a la norma sexual" ( $\alpha = 0.82$ ) obtuvieron coeficientes buenos; sin embargo, el factor "Autoaceptación" obtuvo el coeficiente más bajo ( $\alpha = 0.76$ ), el cual es considerado aceptable. En comparación con otras medidas de homofobia interiorizada en América latina (Nogueira y Araujo, 2019; Pineda-Roa, 2016), y con adaptaciones efectuadas en México (Lozano y Salinas, 2016; Moral y Valle, 2013; Ortiz-Hernández, 2005; Villagrán et al., 2000), este nuevo instrumento tiene coeficientes altos respecto a la consistencia interna.

Se trabajó con esta serie de coeficientes de consistencia interna por alfa de Cronbach como una aproximación inicial para conocer la confiabilidad del instrumento; sin embargo, se recomienda que en futuras aplicaciones se pueda evaluar con otros métodos, como el omega de McDonald (Frías-Navarro, 2020), que es útil para estimar la confiabilidad con los pesos factoriales que componen un instrumento, y no por medio de la matriz de covarianzas, como en el caso del alfa de Cronbach.

Respecto al contenido del instrumento y sus factores, la dimensión "Ocultamiento" aborda afectos negativos

que las personas LGB pueden llegar a experimentar relacionados con la identificación y conocimiento público de su orientación sexual (como 21- Me incomoda que otros sepan mi orientación sexual); a su vez, aborda una serie de estrategias a las cuales la persona puede recurrir para limitar la divulgación de su orientación sexual (como 57- Niego mi orientación sexual frente a otras personas).

Esta dimensión tiene similitudes con factores descritos en escalas como las construidas por Nungesser (1983) y Shidlo (1994), quienes reportaron dimensiones relacionadas con afectos negativos producto del descubrimiento y la divulgación de la orientación sexual. En otras escalas hay dimensiones como la identificación pública como homosexual/bisexual (Costa et al., 2013; Currie et al., 2004; Flebus y Montano, 2009; Morell-Mengual et al., 2017; Ross y Rosser, 1996; Smolenski et al., 2010; Szymanski y Chung, 2001) y, en trabajos recientes, la identidad de orientación social (Ren y Hood, 2018) y la incomodidad con la divulgación y la preferencia de la privacidad (Antebi-Gruszka y Schrimshaw, 2019). Esta serie de dimensiones son coherentes con el ocultamiento de la orientación sexual, con diversas emociones relacionadas con la divulgación de la orientación sexual, así como acciones dirigidas a negarla o reprimirla, con distintas personas y en distintos contextos.

Desde los modelos de la formación de la identidad de las personas homosexuales y bisexuales, el ocultamiento es considerado una expresión del estigma sexual interiorizado (DeMonteflores y Schultz, 1978; Lee, 1977), y puede tratarse de una estrategia de protección a la que recurrirán las personas ante el persistente temor al rechazo y ridículo por su orientación sexual (Coleman, 1982a, 1982b). Además es una estrategia que permite modificar la apariencia física y comportamiento para invisibilizar la orientación sexual o expresiones de transgresión de género (Ortiz-Hernández, 2005).

De acuerdo con estos hallazgos, la dimensión de "Ocultamiento" está relacionada con lo reportado tanto en estudios de la operacionalización de la homofobia interiorizada, así como con los modelos de la formación de la identidad homosexual y bisexual que la retoman, pues destaca la importancia de estrategias a las cuales las personas recurren para evitar mostrar, para negar o reprimir su orientación sexual; además agrega a los efectos negativos como resultado de estos esfuerzos por ocultar o comunicar lo menos posible su sexualidad con otras personas, indicando la relevancia del ocultamiento en la teoría y en la medición de la homofobia interiorizada, como una expresión más de ésta.

Respecto a la dimensión "Consumo de drogas", ésta aborda una serie de estrategias dirigidas a cambiar u omi-

tir la orientación sexual (40- Me he alcoholizado con la intención de cambiar mi orientación sexual, y 93- Me he alcoholizado para olvidar mi orientación sexual); sin embargo hasta ahora no se habían reportado escalas o dimensiones afines. En estudios exploratorios previos hechos con personas LGB fue reportado que el consumo de drogas es parte de conductas de riesgo y salud, que las personas interpretan como consecuencias de la vivencia de actitudes negativas hacia su orientación sexual (Bonilla-Teoyotl et al., 2019). En los modelos de formación de la identidad homosexual, Coleman (1982a, 1982b) consideró que algunas personas no heterosexuales recurren a agentes intoxicantes para anestesiar el dolor emocional crónico. Por su parte, Hammelman (1993) indica que el consumo de drogas y alcohol permite resistir los problemas relativos a la identidad sexual, lo cual puede llegar a destacar su función para escapar de la confrontación con la propia homofobia (Coleman, Rosser y Strapko, 1992).

Estos hallazgos relacionados con el consumo de drogas pueden explicar los índices más altos del uso y abuso de alcohol reportados en personas LGB (Cabaj, 2000; Moody et al., 2018). En trabajos recientes se ha destacado el consumo de alcohol como una estrategia de afrontamiento contra la homofobia interiorizada, con efectos adormecedores en los pensamientos, emociones y creencias negativas en torno a la identidad y orientación sexual, además de relacionarse con la necesidad de encajar en la heteronorma, tratándose de un facilitador de conductas heterosexuales, y para hacer frente a entornos discriminatorios (Dorn-Medeiros y Doyle, 2018).

Además esta nueva dimensión parece estar relacionada con las normas y creencias referentes al consumo de alcohol. Higareda, Rivera, Romero, Reidl y Flores (2018) trabajaron con población juvenil mexicana, en donde encontraron una serie de normas y creencias acerca del consumo de bebidas alcohólicas. De acuerdo con sus resultados, el consumo de alcohol es visto como una actividad que da alivio y permite ignorar los problemas, así como experimentar relajación.

El hallazgo de esta dimensión abona al contenido de los instrumentos de medición de la homofobia interiorizada, considerando al consumo de drogas como un comportamiento que se incluye para maximizar la validez aparente de este fenómeno, y que puede ser resultado de la heteronorma y discriminación, así como de las normas y creencias hacia esta actividad.

Por otra parte, el contenido de la dimensión "Apego a la norma sexual" está relacionado con el cumplimiento de expectativas y reglas que tiene el grupo respecto al individuo, teniendo diversos efectos relacionados a la homofobia interiorizada (por ejemplo, 124- Las ex-

pectativas de la gente dificultan expresar mi orientación sexual); sin embargo, tampoco se han reportado escalas o dimensiones relacionadas en otros instrumentos de homofobia interiorizada, pero se mencionado en instrumentos y dimensiones referentes a normas y creencias acerca de la sexualidad. Estas normas y creencias han sido descritas desde la perspectiva de la familia mexicana en donde la homosexualidad es considerada como una de las más grandes deshonras familiares (Díaz-Loving, 2017; Díaz-Loving, Rivera, Villanueva y Cruz, 2011; Lozano y Rocha, 2011). En otras mediciones se han encontrado valores y normas en contra de las prácticas homosexuales (Cruz, Díaz-Loving y Miranda, 2009), así como dimensiones relacionadas con el heterosexismo (Trejo y Díaz-Loving, 2016).

De acuerdo con los modelos de la formación de la identidad homosexual y/o bisexual, Castañeda (2011) indica que existe una norma social a partir de la cual se construye la sexualidad, sobre todo de las personas no heterosexuales, pues su orientación sexual e identidad surgen como contrarias a las expectativas sociales (Hammersmith y Weinberg, 1973). Esta serie de normas son internalizadas teniendo efectos positivos, como el alivio, o negativos, como ansiedad, confusión, secretismo, culpa y aislamiento (Minton y McDonald, 1984). Entre otros efectos están la vergüenza, depresión y sentimientos de inutilidad (Hammersmith y Weinberg, 1973), sentimientos de infelicidad y deseos de cambiar la propia orientación sexual (Schäfer, 1976).

La dimensión "Apego a la norma sexual", si bien corresponde a modelos de formación de la identidad no heterosexual, agrega información al contenido de las escalas acerca de la homofobia interiorizada, destacando la importancia de la cultura (en particular las normas sociales acerca de la sexualidad) en la construcción de la sexualidad. Además retoma la importancia de la cultura en la operacionalización de la homofobia interiorizada. Esto se relaciona con la crítica hecha por Ren y Hood (2018), quienes comentan que la homofobia interiorizada está asociada con la cultura y que las escalas construidas para medir homofobia interiorizada corresponden, en su mayoría, a contenidos derivados de culturas individualistas que no consideran elementos importantes como la interconexión comunitaria (Hwang, 2011; Ren, 2012). En las culturas colectivistas la cultura enfatiza la familia y la comunidad, y la orientación sexual y la identidad reflejan no sólo al sujeto mismo, sino también a sus grupos sociales (Brooks, Etzel, Hinojos, Henry y Pérez, 2005). En el caso de las personas no heterosexuales, esto podría explicar por qué muchas personas no se identifican o expresan su orientación sexual para evitar

entrar en conflicto con las normas de su familia o comunidad (“Homofobia y su impacto”, 2011).

Por otra parte, el contenido de la dimensión “Autoaceptación” está relacionado con afectos producto del estigma y la transgresión de las normas sociales (13- Odio mi orientación sexual, y 23- Me siento culpable por mi orientación sexual), así como manifestaciones de baja autoestima (12- Mi orientación sexual me hace creer que soy incapaz de hacer las cosas), elementos comunes en todas las escalas reportadas de homofobia interiorizada. Esta serie de elementos están relacionados con algunos indicadores de la homofobia interiorizada. En el caso del odio, es resultado de ser socialmente estigmatizado (Lock, 1998), y como resultado de su internalización (Moss, 2002). Respecto a la culpa, Reidl y Jurado (2007) indican que se trata de una emoción negativa, resultado de acciones consideradas como indebidas, inmorales, contra las normas o como resultado de una falta voluntaria. Por último, respecto a la manifestación de baja autoestima, es parte de la devaluación del yo, como resultado de la internalización de las actitudes negativas que la sociedad tiene de las personas no heterosexuales (Cabaj, 1988; Meyer y Dean, 1998; Pereira y Leal, 2005).

Sin embargo, dentro de esta configuración la dimensión funciona de manera inversa, por lo cual este factor permite la medición de la aprobación que tiene la persona acerca de su propia orientación sexual. En relación con estos resultados y su interpretación, en la literatura hay dimensiones que destacan evaluaciones positivas de la orientación sexual, como “Afirmación positiva” (Flebus y Montano, 2009; Mayfield, 2001) y “Confort personal con la identidad” (Smolenski et al., 2010). La presencia y el comportamiento de la dimensión “Autoaceptación” son congruentes con otras escalas de homofobia interiorizada, compartiendo elementos en su medición.

En la literatura de los modelos de la formación de la identidad de personas homosexuales y bisexuales, la autoaceptación se trata de un elemento importante que puede tener efectos en las interacciones con otros iguales (Dank, 1971), así como el acercamiento a la subcultura homosexual o bisexual, la generación de contactos social y sexuales (Schäfer, 1976), el derribar los estereotipos y el rechazo de la individualidad y ser más afín a la comunidad (Lee, 1977), autovalidación (DeMonteflores y Schultz, 1978), la normalización de su orientación sexual y de su identidad (Cass, 1979), el incremento de autoestima (Coleman, 1982a, 1982b) y la aceptación, el compromiso y la integración de la identidad (Minton y McDonald, 1984; Sophie, 1986; Troiden, 1979).

Respecto a las diferencias encontradas entre los grupos se observó que los hombres bisexuales obtuvieron

puntuaciones más altas en la dimensión “Ocultamiento” en comparación con hombres y mujeres homosexuales y mujeres bisexuales. Este resultado es congruente con otras investigaciones (Balsam y Mohr, 2007; Schrimshaw, Siegel, Downing y Parsons, 2013) en las que se ha determinado que los hombres bisexuales tienen menos probabilidades de revelar su orientación sexual y más probabilidades de ocultarla a los demás, en comparación con gays, lesbianas y mujeres bisexuales. El ocultamiento de su orientación sexual se relaciona con las actitudes negativas hacia la conducta bisexual y la confusión intermitente que puede producirles, aunado a la insuficiente validación social, incluidos la falta de modelos y comunidades bisexuales a seguir (Weinberg, Williams y Prior, 1994). En un informe preparado por la Columbia University’s Mailman School of Public Health (2016) se sugiere el ocultamiento de la orientación sexual como una estrategia de los hombres bisexuales para evitar respuestas estigmatizantes anticipadas de su red social (como el ridículo, el rechazo y la victimización), teniendo como repercusión altos niveles de angustia emocional.

También se observaron diferencias en la dimensión “Apego a la norma sexual”, donde hombres y mujeres bisexuales presentaron puntuaciones más altas que los hombres y las mujeres homosexuales. Este hallazgo se relaciona con la dificultad que presenta para algunos el proceso de revelación de la orientación sexual de las personas gay, lesbianas y bisexuales, porque se percatan que su orientación sexual difiere de la norma imperante en la comunidad. Rubio (2016, citado en Dirección General de Divulgación de la Ciencia, s.f.) indicó que, en el caso de personas bisexuales, la presión social para definir su atracción sólo hacia hombres y mujeres (binarismo), además de los mitos y suposiciones alrededor de la bisexualidad (como la amenaza de infidelidad, la monogamia o que sólo se trata de una etapa de transición entre la heterosexualidad y la homosexualidad), son elementos normativos a los cuales tienden a apegarse, dificultando la construcción y divulgación de su identidad. Asimismo se ha indicado a las expectativas relacionadas con los roles de género como parte de estas normas, afectando de manera diferente en el desarrollo de la autoidentificación de hombres y mujeres bisexuales (Brown, 2002).

Respecto a la dimensión “Autoaceptación”, si bien las medias presentadas entre los distintos grupos son altas (en comparación con la media teórica), se encontraron diferencias significativas entre de los hombres homosexuales y los hombres bisexuales. A pesar de que hasta ahora no se han reportado estudios relacionados con las diferencias entre grupos respecto a la autoaceptación de su orientación sexual, Schrimshaw, Downing y Cohn

(2018) indicaron que los hombres bisexuales son más propensos que los hombres homosexuales a ocultar su orientación sexual, destacando que la seguridad y la autoaceptación de la orientación sexual han sido señaladas como eventos anteriores a la revelación. Respecto a los hallazgos de esta investigación, las medias presentadas por los hombres bisexuales en la dimensión "Autoaceptación" podrían estar relacionadas con las medias más altas en la dimensión "Ocultamiento" para este grupo.

Esta serie de diferencias identificadas entre gays, lesbianas, hombres y mujeres bisexuales a partir de las dimensiones de la escala podrían plantear la necesidad de estudiar y medir el fenómeno del estigma sexual interiorizado desde la perspectiva de cada grupo. Cass (1990) planteó que las orientaciones, y por ende las identidades sexuales (heterosexuales, homosexuales y bisexuales), son percibidas como entidades separadas, las cuales tienen procesos de desarrollo separados. Con esta premisa se plantea la oportunidad de generar instrumentos de medición que consideren y respondan a las particularidades y necesidades de cada grupo.

Por otra parte, es necesario comentar que la escala surgió a partir de dos estudios exploratorios en muestras mexicanas (Bonilla-Teoyotl et al., 2019), por lo que representa una contribución respecto a los instrumentos utilizados en América Latina para medir homofobia interiorizada (Nogueira y Araujo, 2019; Pineda-Roa, 2016), y en particular con los adaptados en México (Lozano y Salinas, 2016; Moral y Valle, 2013; Ortiz-Hernández, 2005; Villagrán et al., 2000), aportando una escala y un nuevo modelo de medida adecuados a la cultura.

Además, el instrumento obtenido se conformó por indicadores que procuran englobar diversas expresiones de la homofobia interiorizada, agregando que no sólo se trata de actitudes negativas relativas hacia la orientación sexual como se ha señalado en la Teoría del estrés de las minorías (Meyer, 1995, 2003, 2007), sino que también se encuentran estrategias dirigidas a la protección del conocimiento público de la orientación sexual y estrategias de afrontamiento para modificar u olvidar la orientación sexual, enriqueciendo la perspectiva acerca de la medición de la homofobia interiorizada (Shidlo, 1994; Mayfield, 2001; Williamson, 2000), además de la contextualización a la cultura de la cual surge la medida (Ren y Hood, 2018) y de la que retoma elementos importantes como la normatividad sexual, en complemento de dimensiones positivas del proceso del desarrollo de la identidad a partir de la orientación sexual.

## CONCLUSIONES

La construcción de esta nueva escala de homofobia interiorizada contribuye en parte a la operacionalización de este fenómeno, importante para la salud física y mental de las personas LGTB (Berg et al., 2016; Lozano y Salinas, 2016; Lozano-Verduzco et al., 2017; Moody et al., 2018; Shestakovskiy y Kasianczuk, 2018; Van Beusekom et al., 2016). Con este proyecto se puede responder a parte de las críticas hechas a trabajos anteriores acerca de la medición de la homofobia interiorizada; entre éstas las referidas al contenido de los instrumentos (Mayfield, 2001; Shidlo, 1994) y sus propiedades psicométricas (Szymanski et al., 2008), además de retomar la importancia que tiene la cultura en la operacionalización de este fenómeno (Ren y Hood, 2018).

De esta manera, el estudio contribuye con un nuevo instrumento al parecer válido y confiable; sin embargo, es recomendable considerar esta serie de resultados como una aproximación inicial o exploratoria, y generar más evidencia de sus propiedades psicométricas por medio de análisis más robustos y que permitan una perspectiva más amplia acerca de su desempeño, como en la inclusión de análisis de validez convergente o discriminante, y respecto a la confiabilidad; además, es necesario utilizar otra serie indicadores que sean abordados en la literatura más reciente.

Asimismo es necesario comentar que este nuevo instrumento parece mantener dimensiones indicadas en otras medidas de homofobia interiorizada, haciéndolo coherente tanto con las escalas ya reportadas como con la teoría asociada al fenómeno, además de agregar nuevos elementos que corresponden a las características culturales de la muestra con la que se trabajó, aportando una medida que puede utilizarse en distintos ámbitos de la Psicología, con la cual se pretende ampliar la investigación de la homofobia interiorizada y su relación con variables culturales y psicológicas, además de la construcción de un modelo que permita explicarla. ■

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association [APA] (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3a. ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Antebi-Gruszka, N., & Schrimshaw, E. W. (2019). Negative Attitudes Toward Same-Sex Behavior Inventory: An internalized homonegativity measure for research with bisexual, gay, and other non-gay identified men who have sex with men. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 5(2), 156-168. DOI:[10.1037/sgd0000292](https://doi.org/10.1037/sgd0000292)
- Balsam, K., & Mohr, J. (2007). Adaptation to sexual orientation

- stigma: A comparison of bisexual and lesbian/gay adults. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 306-319. DOI: [10.1037/0022-0167.54.3.306](https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.3.306)
- Bell, A. P., & Weinberg, M. S. (1978). Homosexuality: A Study of Diversity Among Men and Women. *Theology Today*, 36(2), 307-309. DOI: [10.1177/004057367903600238](https://doi.org/10.1177/004057367903600238)
- Berg, R., Munthe-Kass, H., & Ross, M. (2016). Internalized Homonegativity: A Systematic Mapping Review of Empirical Research. *Journal of Homosexuality*, 63(4), 541-558. DOI: [10.1080/00918369.2015.1083788](https://doi.org/10.1080/00918369.2015.1083788)
- Bernal-García, M. I., Salamanca, D. R., Pérez, N., & Quemba, M. P. (2020). Validez de contenido por juicio de expertos de un instrumento para medir percepciones físico-emocionales en la práctica de disección anatómica. *Educación Médica*, 21(6), 349-356. DOI: [10.1016/j.edumed.2018.08.008](https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.08.008)
- Bonilla-Teoyotl, C. I., Rivera-Aragón, S., Díaz-Loving, R., Cruz-Sierra, S., García-Rodríguez, G., Velasco-Matus, P. W., Jaen-Cortés, C. I., & Méndez-Rangel, F. (2019). El concepto de la homofobia internalizada: Matices desde la diversidad sexual [Resumen]. *International Journal of Sexual Health*, 31(sup1), A193. DOI: [10.1080/19317611.2019.1661941](https://doi.org/10.1080/19317611.2019.1661941)
- Brooks, R. A., Etzel, M. A., Hinojos, E., Henry, C. L., & Pérez, M. (2005). Preventing HIV among Latino and African Gay and Bisexual Men in a Context of HIV-Related Stigma, Discrimination, and Homophobia: Perspectives of Providers. *AIDS Patient Care STDS*, 19(11), 737-744. DOI: [10.1089/APC.2005.19.737](https://doi.org/10.1089/APC.2005.19.737)
- Brown, T. (2002). A Proposed Model of Bisexual Identity Development that Elaborates on Experiential Differences of Women and Men. *Journal of Bisexuality*, 2(4), 67-91. DOI: [10.1300/J159v02n04\\_05](https://doi.org/10.1300/J159v02n04_05)
- Cabaj, R. P. (1988). Homosexuality and neurosis: Considerations for psychotherapy. *Journal of Homosexuality*, 15(1-2), 13-23. DOI: [10.1300/J082v15n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J082v15n01_03)
- Cabaj, R. P. (2000). Substance abuse, internalized homophobia, and gay men and lesbians: Psychodynamic issues and clinical implications. In J. R. Guss & J. Drescher (eds.), *Addictions in the gay and lesbian community* (pp. 5-24). Haworth Press. DOI: [10.1300/J236v03n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J236v03n03_02)
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839.
- Campo-Arias, A., Herazo, E., & Oviedo, H. C. (2012). Análisis de factores: Fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(3), 659-671. DOI: [10.1016/S0034-7450\(14\)60036-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60036-6)
- Cass, V. C. (1979). Homosexuality identity formation: A theoretical model. *Journal of Homosexuality*, 4(3), 219-235. DOI: [10.1300/J082v04n03\\_01](https://doi.org/10.1300/J082v04n03_01)
- Cass, V. C. (1990). The implications of homosexual identity formation for the Kinsey model and scale of sexual preference. In D. P. McWhirter, S. A. Sanders & J. M. Reinisch (eds.), *Homosexuality/heterosexuality: Concepts of sexual orientation* (pp. 239-266). New York: Oxford University Press.
- Castañeda, M. (2011). La experiencia homosexual: Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. México: Paidós.
- Coleman, E. (1982a). Developmental stages of the coming out process. *Journal of Homosexuality*, 7(2-3), 31-43. DOI: [10.1300/J082v07n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v07n02_06)
- Coleman, E. (1982b). Developmental stages of the coming-out process. *American behavioral scientist*, 25(4), 496-482. DOI: [10.1177/000276482025004009](https://doi.org/10.1177/000276482025004009)
- Coleman, E., Rosser, B. R. S., & Strapko, N. (1992). Sexual and intimacy dysfunction among homosexual men and women. *Psychiatric Medicine*, 10(2), 257-271.
- Columbia University's Mailman School of Public Health. (9 de junio, 2016). Why some bisexual men stay in closet? *Sciencie Daily*. Recuperado de <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/06/160609115439.htm>
- Costa, P. A., Pereira, H., & Leal, I. (2013). Internalized homonegativity, disclosure, and acceptance of sexual orientation in a sample of portuguese gay and bisexual men, and lesbian and bisexual women. *Journal of Bisexuality*, 13(2), 229-244. DOI: [10.1080/15299716.2013.782481](https://doi.org/10.1080/15299716.2013.782481)
- Cruz, C., Díaz-Loving, R., & Miranda, E. (2009). Construcción de una escala sobre normas y valores en universitarios mexicanos. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 203-212.
- Currie, M. R., Cunningham, E. G., & Findlay, B. M. (2004). The short internalized homonegativity scale: Examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educational and Psychological Measurement*, 64(6), 1053-1067. DOI: [10.1177/0013164404264845](https://doi.org/10.1177/0013164404264845)
- Chapman, B. E., & Brannock, J. C. (1987). Proposed Model of Lesbian Identity Development. *Journal of Homosexuality*, 14(3-4), 69-80. DOI: [10.1300/J082v14n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J082v14n03_05)
- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1008-1027. DOI: [10.1177/088626001016010003](https://doi.org/10.1177/088626001016010003)
- Dank, B. M. (1971). Coming out in the gay world. *Psychiatry*, 34(2), 180-197. DOI: [10.1080/00332747.1971.11023666](https://doi.org/10.1080/00332747.1971.11023666)
- DeMonteflores, C., & Schultz, S. J. (1978). Coming out: Similarities and differences for lesbians and gay men. *Journal of Social Issues*, 34(3), 59-72. DOI: [10.1111/j.1540-4560.1978.tb02614.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb02614.x)
- Díaz-Loving, R. (2017). *Las garras de la cultura: Investigaciones en torno a las normas y creencias del mexicano*. México: Manual Moderno.
- Díaz-Loving, R., Rivera, S., Villanueva, T., & Cruz, L. (2011). Las premisas histórico-socioculturales de la familia mexicana: Su exploración desde las creencias y las normas. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 3(2), 128-142.
- Dirección General de Divulgación de la Ciencia (DGDC) (s. f.). *Bisexuales enfrentan mayor discriminación: UNAM*. Recuperado de <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/bisexuales-enfrentan-mayor-discriminacion-unam/>
- Dorn-Medeiros, C. M., & Doyle, C. (2018). Alcohol as Coping: Internalized Homophobia and Heterosexism's Role in Alcohol Use among Lesbians. *Journal of LGBT Issues in Counseling*, 12(3), 142-157. DOI: [10.1080/15538605.2018.1488230](https://doi.org/10.1080/15538605.2018.1488230)
- Escobar-Pérez, J., & Cuervo-Martínez, A. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36.
- Falotico, R., & Qatto, P. (2015). Fleiss' kappa statistic without paradoxes. *Quality & Quantity*, 49, 463-470. DOI: [10.1007/s11135-014-0003-1](https://doi.org/10.1007/s11135-014-0003-1)
- Flebus, G. B., & Montano, A. (2009). Lesbian Internalized Homophobia Scale. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 258, 23-32. DOI: [10.1300/J082v41n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J082v41n02_03)
- Flebus, G. B., & Montano, A. (2012). The Multifactor Internalized Homophobia Inventory. *TPM*, 19(3), 219-240. DOI: [10.4473/TPM19.3.5](https://doi.org/10.4473/TPM19.3.5)
- Frías-Navarro, D. (2020). Apuntes de consistencia interna de las

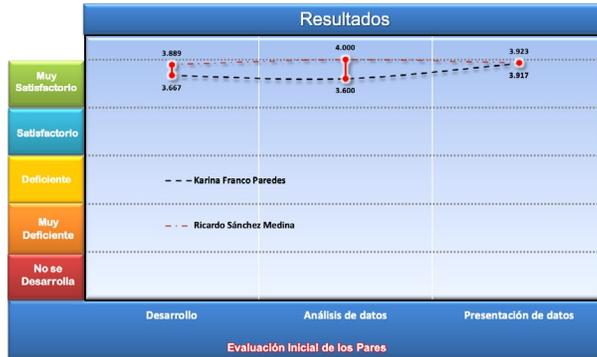
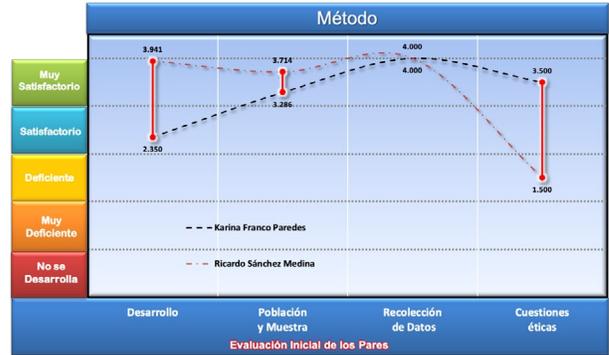
- puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. España. Recuperado de <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Gençöz, T., & Yüksel, M. (2006). Psychometric properties of the Turkish version of the internalized homophobia scale. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 597-602. DOI: [10.1007/s10508-006-9063-1](https://doi.org/10.1007/s10508-006-9063-1)
- Hammelman, T. L. (1993). Gay and lesbian youth: Contributing factors to serious attempts or considerations of suicide. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 2(1), 77-89. DOI: [10.1300/J236v02n01\\_06](https://doi.org/10.1300/J236v02n01_06)
- Hammersmith, S. K., & Weinberg, M. S. (1973). Homosexual identity: Commitment, adjustment, and significant others. *Sociometry*, 36(1), 56-79. DOI: [10.2307/2786282](https://doi.org/10.2307/2786282)
- Herek, G., Cogan, J. C., Gillis, J. R., & Glunt, E. K. (1998). Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men. *Journal of Gay and Lesbian Medical Association*, 2(1), 17-25.
- Herek, G., & Glunt, E. (1995). Identity and community among gay and bisexual men in the AIDS era: Preliminary findings from the Sacramento Men's Health Study. In G. M. Herek & B. Greene (eds.), vol. 2: AIDS, identity, and community (pp. 55-84). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Higareda, J. J., Rivera, S., Romero, A., Reidl, L., & Flores, M. M. (2018). Normas y creencias asociadas al consumo de alcohol en adolescentes de Hidalgo: Un estudio exploratorio. En R. Díaz-Loving, L. I. Reyes-Lagunes & F. López-Rosales (eds.), *La Psicología Social en México XVII* (pp. 407-427). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Hogan, T. P. (2004). *Pruebas psicológicas: Una introducción práctica*. México: Manual Moderno.
- Homofobia y su impacto en la calidad de vida gay y lesbianas: estado del arte. (mayo, 2011). *Revista de comunicaciones, periodismo y ciencias sociales: Tercer Milenio*. Recuperado de <http://www.periodismoucn.cl/tercermilenio/homofobia-y-su-impacto-en-la-calidad-de-vida-de-gay-y-lesbianas-estado-del-arte-6/>
- Howard, M. (2016). A Review of Exploratory Factor Analysis Decisions and Overview of Current Practices: What We Are Doing and How Can We Improve? *International Journal of Human-Computer Interaction*, 32(1), 51-62. DOI: [10.1080/10447318.2015.1087664](https://doi.org/10.1080/10447318.2015.1087664)
- Hwang, K. K. (2011). *Foundations of Chinese psychology: Confucian social relations* (vol. 1). New York: Springer.
- Kam, L. Y. L. (2007). Nora son the road: Family and marriage of lesbian women in Shanghai. *Journal of Lesbian Studies*, 10(3-4), 87-103. DOI: [10.1300/J155v10n03\\_06](https://doi.org/10.1300/J155v10n03_06)
- Kimmel, D. C. (1978). Development and aging: A gay perspective. *Journal of Social Issues*, 34(3), 113-130. DOI: [10.1111/j.1540-4560.1978.tb02618.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1978.tb02618.x)
- Lee, J. A. (1977). Going public: A Study in the Sociology of Homosexual Liberation. *Journal of Homosexuality*, 3(1), 49-74. DOI: [10.1300/J082v03n01\\_05](https://doi.org/10.1300/J082v03n01_05)
- Lingiardi, V., Baiocco, R., & Nardelli, N. (2012). Measure of internalized sexual stigma for lesbians and gay men: A new scale. *Journal of Homosexuality*, 59(8), 1191-1210. DOI: [10.1080/00918369.2012.712850](https://doi.org/10.1080/00918369.2012.712850)
- Lock, J. (1998). Treatment of Homophobia in a Gay Male Adolescent. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 202-214. DOI: [10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.2.202](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1998.52.2.202)
- Lozano, I., & Rocha, T. (2011). La homofobia y su relación con la masculinidad hegemónica en México. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 22(1), 101-121.
- Lozano, I., & Salinas, F. (2016). *Conociendo nuestra diversidad: Discriminación, sexualidad, derechos, salud, familia y homofobia en la comunidad LGBTTTI*. México: ActúaDF.
- Lozano-Verduzco, I., Fernández-Niño, J., & Baruch-Domínguez, R. (2017). Association between internalized homophobia and mental health indicators in LGBT individuals in Mexico City. *Salud Mental*, 40(5), 219-225. DOI: [10.17711/sm.0185-3325.2017.028](https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2017.028)
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A., & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. DOI: [10.6018/analesps.30.3.199361](https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361)
- Martin, J. L., & Dean, L. L. (1987). Ego-dystonic homosexuality scale. Available from school of Public Health, Columbia University.
- Mayfield, W. (2001). The development of an internalized homonegativity inventory for gay men. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 53-76. DOI: [10.1300/J082v41n02\\_04](https://doi.org/10.1300/J082v41n02_04)
- Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 38-56. DOI: [10.2307/2137286](https://doi.org/10.2307/2137286)
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. DOI: [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674)
- Meyer, I. H. (2007). Prejudice and Discrimination as Social Stressors. In I. Meyer & M. Nothridge. *The Health of Sexual Minorities: Public Health Perspectives on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations* (pp. 241-267). USA: Springer.
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy and sexual behavior among gay and bisexual men. In G. Herek (ed.), *Stigma and Sexual Orientation* (pp. 160-186). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Minton, H. L., & McDonald, G. J. (1984). Homosexual identity formation as a developmental process. *Journal of Homosexuality*, 9(2-3), 91-104. DOI: [10.1300/J082v09n02\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v09n02_06)
- Moody, R., Starks, T., Grov, C., & Parsons, J. (2018). Internalized homophobia and drug use in a national cohort of gay and bisexual men: Examining depression, sexual anxiety, and gay community attachment as mediating factors. *Arch Sex Behav*, 47: 1133-1144. DOI: [10.1007/s10508-017-1009-2](https://doi.org/10.1007/s10508-017-1009-2)
- Moral, J., & Valle, A. (2013). Dimensionalidad, consistencia interna y distribución de la Escala de Homonegatividad Internalizada en estudiantes mexicanos de Ciencias de la Salud. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 986-1004. DOI: [10.1016/S2007-4719\(13\)70947-5](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(13)70947-5)
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M. D., Ballester-Arnal, R., & Salmerón-Sánchez, P. (2017). Spanish adaptation and validation of the short internalized homonegativity scale (SIHS). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 298-305. DOI: [10.1080/0092623X.2016.1149128](https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1149128)
- Moss, D. (2002). Internalized homophobia in men: Wanting in the first person singular, hating the first person plural. *The Psychoanalytic Quarterly*, 71(1), 21-50. DOI: [10.1002/j.2167-4086.2002.tb00003.x](https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2002.tb00003.x)
- Nogueira, A., & Araujo, N. (2019). Validity Evidences of the Internalized Homophobia Scale for Brazilian Gays and Lesbians. *Psico-USF*, 24(2), 361-372. DOI: [10.1590/1413-82712019240212](https://doi.org/10.1590/1413-82712019240212)
- Nungesser, L. (1983). *Homosexual acts, actors and identities*. New York: Praeger.
- Nunnally, J., & Bernstein, I. (1995). *Teoría Psicométrica* (3a, ed.). México: McGraw Hill.
- Ortiz-Hernández, L. (2005). *La opresión de minorías sexuales desde*

- la inequidad de género. *Política y Cultura*, 22: 161-182.
- Pereira, H., & Leal, I. (2005). Medindo a homofobia internalizada: A validação de um instrumento. *Análise Psicológica*, 3(23), 323-328.
- Pérez, A. (2007). Ideación suicida e intento suicida en adolescentes homosexuales: Prevalencia de la homofobia internalizada como factor asociado presentado en adolescentes de la UMF 33 (tesis de especialidad inédita). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pineda-Roa, A. (2016). Propiedades psicométricas de una prueba de homonegatividad internalizada en varones homosexuales y bisexuales colombianos. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 47-65. DOI: [10.14482/psdc.33.1.8074](https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8074)
- Puckett, J. A., Newcomb, M. E., Ryan, D. T., Swann, G., Garofalo, R., & Mustanski, B. (2018). Internalized Homophobia and Perceived Stigma: A Validation Study of Stigma Measures in a Sample of Young Men who Have Sex with Men. *Sex Res Social Policy*, 14(1), 1-16. DOI: [10.1007/s13178-016-0258-5](https://doi.org/10.1007/s13178-016-0258-5)
- Reidl, L. M., & Jurado, S. J. (2007). Culpa y vergüenza. Caracterización psicológica y social. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reidl-Martínez, L. (2013). Confiabilidad en la medición. *Metodología de Investigación en Educación Médica*, 2(6), 107-111.
- Ren, Z. (2012). Spirituality and community in times of crisis: Encountering spirituality in indigenous trauma therapy. *Pastoral Psychology*, 61(5-6), 975-991. DOI: [10.1007/s11089-012-0440-5](https://doi.org/10.1007/s11089-012-0440-5)
- Ren, Z., & Hood, R. J. (2018). Internalized homophobia scale for gay Chinese men: Conceptualization, factor structure, reliability, and correlates. *American Journal of Men's Health*, 12(5), 1297-1306. DOI: [10.1177/1557988318768603](https://doi.org/10.1177/1557988318768603)
- Reyes-Lagunes, I., & García-Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: Un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón & I. Reyes-Lagunes (eds.), *La psicología social en México*, vol. XII (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Ross, M., & Rosser, B. (1996). Measurement and correlates of internalized homophobia: A factor analytic study. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 15-21. DOI: [10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199601\)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199601)52:1<15::AID-JCLP2>3.0.CO;2-V)
- Schäfer, S. (1976). Sexual and social problems of lesbians. *The Journal of Sex Research*, 12(1), 50-69. DOI: [10.1080/00224497609550921](https://doi.org/10.1080/00224497609550921)
- Schrimshaw, E. W., Downing, M. J., & Cohn, D. J. (2018). Reasons for non-disclosure of sexual orientation among behaviorally bisexual men: Non-disclosure as stigma management. *Archives of Sexual Behavior*, 47(1), 219-233. DOI: [10.1007/s10508-016-0762-y](https://doi.org/10.1007/s10508-016-0762-y)
- Schrimshaw, E. W., Siegel, K., Downing, M. J., & Parsons, J. T. (2013). Disclosure and Concealment of Sexual Orientation and the Mental Health of Non-Gay-Identified, Behaviorally-Bisexual Men. *J Consult Clin Psychol*, 81(1), 141-153. DOI: [10.1037/a0031272](https://doi.org/10.1037/a0031272)
- Shestakovskiy, O., & Kasianczuk, M. (2018). Study of internalized homonegativity (Internal homophobia): Analytical report. Tallinn: Eurasian Coalition on Male Health (ECOM).
- Shidlo, A. (1994). Internalized homophobia: Conceptual and empirical issues in measurement. In B. Greene & G. Herek (eds.), *Lesbian and Gay Psychology* (pp. 176-205). Thousand Oaks: SAGE.
- Smolenski, D. J., Diamond, P. M., Ross, M. W., & Rosser, B. R. (2010). Revision, criterion validity, and multigroup assessment of the reactions to homosexuality scale. *J Pers Assess*, 92(6), 568-576. DOI: [10.1080/00223891.2010.513300](https://doi.org/10.1080/00223891.2010.513300)
- Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2009). Código ético del psicólogo (4a. ed.) México: Trillas.
- Sophie, J. (1986). A critical examination of stage theories of lesbian identity development. *Journal of homosexuality*, 12(2), 39-51. DOI: [10.1300/j082v12n02\\_03](https://doi.org/10.1300/j082v12n02_03)
- Szymanski, D. M., & Chung, B. (2001). The internalized homophobia scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41(2), 37-52. DOI: [10.1300/J082v41n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J082v41n02_03)
- Szymanski, D. M., Kashubeck-West, S., & Meyer, J. (2008). Internalized heterosexism: A historical and theoretical overview. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 510-524. DOI: [10.1177/0011000007309488](https://doi.org/10.1177/0011000007309488)
- Trejo, F., & Díaz-Loving, R. (2016). Elaboración y validación del inventario de premisas histórico socioculturales sobre la sexualidad. *Acta Psicológica Peruana*, 1(2), 289-306.
- Troiden, R. R. (1979). Becoming homosexual: A model of gay identity acquisition. *Psychiatry*, 42(4), 362-373. DOI: [10.1080/00332747.1979.11024039](https://doi.org/10.1080/00332747.1979.11024039)
- Van Beusekom, G., Bos, H. M., Kuyper, L., Overbeek, G., & Sandfort, T. G. (2016). Gender nonconformity and mental health among lesbian, gay, and bisexual adults: Homophobic stigmatization and internalized homophobia as mediators. *Journal of Health Psychology*, 23(9), 1211-1222. DOI: [10.1177/1359105316643378](https://doi.org/10.1177/1359105316643378)
- Villagrán, G., Delgado, K., & Solís, E. (2000). Homofobia internalizada y revelación de homosexualidad. En *La psicología social en México*, VIII (pp. 763-769). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Wagner, G., Serafini, J., Rabkin, J., Remien, R., & Williams, J. (1994). Integration of one's religion and homosexuality: A weapon against internalized homophobia? *J. Homosexuality*, 26: 91-110. DOI: [10.1300/J082v26n04\\_06](https://doi.org/10.1300/J082v26n04_06)
- Weinberg, M. S., Williams, C. J., & Pryor, D. W. (1994). *Dual attraction: Understanding bisexuality*. New York: Oxford University Press.
- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research. Theory & Practice*, 15(1), 97-107. DOI: [10.1093/her/15.1.97](https://doi.org/10.1093/her/15.1.97)
- Yolaç, E., & Meriç, M. (2021). Internalized homophobia and depression levels in LGBT individuals. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57: 304-310. DOI: [10.1111/ppc.12564](https://doi.org/10.1111/ppc.12564)

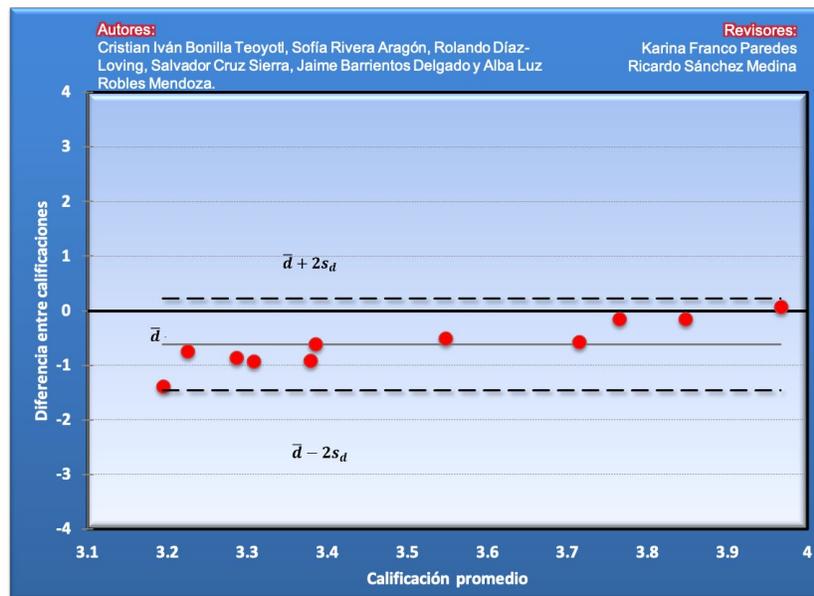


**DIMENSIÓN CUANTITATIVA**

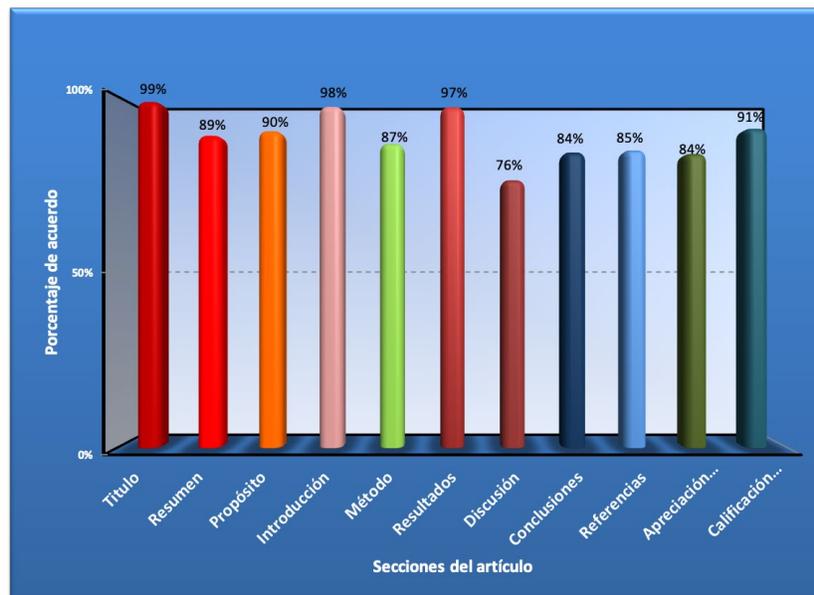
**Perfil de Evaluación entre pares**



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Karina Franco Paredes	Ricardo Sánchez Medina
<b>Título/Autoría</b>	
El título es adecuado	El título es adecuado, solo precisar en los autores institución de procedencia, si bien se aclara en nota de autor, también es necesario hacerlo después del título cuando se presentan todos los autores.
<b>Resumen</b>	
El resumen está redactado en un sólo párrafo y excede las 150 palabras requeridas. Se sugiere que la redacción del abstract sea revisada por una persona que dominé el idioma inglés, parece una traducción literal.	Revisar algún tesoro y analizar la pertinencia de las palabras clave. Excede de las 150 palabras
<b>Próposito del Estudio</b>	
El propósito es clara, Considero que debe fundamentarse más la construcción de la escala, qué aporta en comparación con las que ya existen.	Es un estudio instrumental, por lo tal no hay como tal la presencia de preguntas de investigación. Es claro el propósito de la investigación
<b>Introducción</b>	
La introducción incluye una amplia revisión del tema de estudio. Se identificaron algunos detalles de redacción que deben revisarse, pueden identificarse con una lectura del documento. Asimismo, se recomienda no utilizar la palabra conceputación, debe ser conceptualización.	Es un estudio instrumental por lo tal no hay hipótesis, en la introducción se mencionan diferentes modelos, pero no queda claro en qué consisten y en cuál se basaron, es necesario precisarlo.
<b>Método</b>	
Se menciona que “Los ítems fueron sometidos a revisión por jueces expertos en psicología social”... Tratándose de un nuevo cuestionario es un análisis fundamental que debe ser descrito con más detalle (cuántos expertos, cómo revisaron los ítems, cómo se calculó el acuerdo, etc). Llama la atención que no se haya realizado el piloto del instrumento, así como entrevistas cognitivas sobre el contenido y formato del instrumento.	No se menciona como tal el diseño de investigación utilizado en el método, pero es congruente con un diseño instrumental, no siempre se menciona y en este trabajo es claro lo que se hizo. Se hace el señalamiento de la validez de contenido, que valdría la pena presentar en resultados

Revisor 1	Revisor 2
<b>Resultados</b>	
<p>El análisis descriptivo de los ítems (Media, DE, asimetría, curtosis) es un paso importante para tomar decisiones sobre los análisis posteriores. Se sugiere describir con más detalle cómo se quedaron con 22 ítems después de realizar el Análisis Factorial Exploratorio. Actualmente es recomendable realizar también el análisis factorial exploratorio y creo que el tamaño de la muestra lo permitía. Asimismo, valorar si procede el cálculo del coeficiente Alfa o el coeficiente Omega. Se menciona que se encontraron correlaciones medias-altas que oscilaron entre .10 - .67, revisar la magnitud de las mismas.</p>	<p>Se recomienda desarrollar la evidencia de validez de contenido, además respecto al primer análisis de los 152 ítems y del proceso para decidir la eliminación de 77 se recomienda presentar una tabla con los estadísticos obtenidos.</p>
<b>Discusión</b>	
<p>Se recomienda que la discusión se centre en el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento. En la versión actual se centra principalmente en el análisis del contenido de los factores y de manera general aborda la confiabilidad, el análisis factorial, correlaciones entre factores (eg. correlación entre factor 1 y 3) etc. Es importante precisar qué significa una confiabilidad alta. Se dice que implica que los ítems miden el mismo constructo y puede resultar impreciso para el lector.</p>	<p>En la discusión se hace referencia a algunos modelos para explicar los resultados, pero es necesario que desde la introducción haya claridad respecto a estos modelos. Es necesario discutir sobre la validez de contenido, sobre la importancia de haber hecho un análisis de diferencias entre grupos después de la validación, y discutir sobre no haber encontrado diferencias significativas en el factor uso de drogas</p>
<b>Conclusiones</b>	
<p>En el resumen se concluye lo siguiente: "...proporcionó un nuevo instrumento válido y confiable que mantiene y agrega nuevos elementos a este constructo..." creo que esta afirmación debe matizarse debido a que no se emplearon los análisis estadísticos más robustos que existen en la psicometría, por lo que el lector puede quedarse con una idea imprecisa. Debe recordarse en todo momento que se trata de un nuevo cuestionario y es importante generar más evidencia sobre sus propiedades psicométricas, aplicando sólo los 22 ítems.</p>	<p>En la discusión se habla sobre la importancia de mostrar otras evidencias de validez, pero en conclusiones ya no se señala.</p>
<b>Referencias</b>	
<p>Las referencias no incluyen el número DOI de los artículos</p>	<p>Las referencias están citadas en el texto del trabajo y viceversa y cumple con el Manual de la APA, sin embargo, algunos títulos de artículos están con mayúsculas y minúsculas entre palabras (ver Manual APA). La referencia más actual es de 2019, ver la posibilidad de incluir algunas de 2020 o incluso 2021</p>



[Artículo empírico]

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.360.330-346](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.360.330-346)

## ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN Y PERCEPCIÓN AL HABLAR EN PÚBLICO EN UNIVERSITARIOS

María Cristina Bravo González, Patricia Ortega Silva y José Esteban Vaquero Cázares  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
México

### RESUMEN

La habilidad para hablar en público es fundamental para todo universitario, incluye comportamientos verbales y no verbales que no siempre son consistentes con la ejecución al hablar en público. El objetivo fue examinar la relación entre la percepción de hablar en público y la observación de la ejecución al exponer. Participaron 41 estudiantes de licenciatura; se utilizó el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público y la Rúbrica de Habilidades para Hablar en Público en Estudiantes Universitarios para evaluar la ejecución. Los hallazgos concuerdan con investigaciones previas acerca de la prevalencia de dificultades para hablar en público en universitarios, al ubicarla en 20 y 30%. Pese a que no se encontró una relación significativa entre la percepción y la ejecución al hablar en público, es necesario continuar con la línea de investigación derivada de las posibles combinaciones de percepción-ejecución, con el objetivo de ofrecer entrenamientos diferenciados para mejorar esta habilidad.

### Palabras Clave:

habilidades, hablar en público, percepción, ejecución, estudiantes universitarios

## ANALYSIS OF PERFORMANCE AND PERCEPTION WHEN SPEAKING IN PUBLIC IN UNIVERSITY STUDENTS

### ABSTRACT

Public speaking skills are fundamental for all university students, and include verbal and nonverbal behaviors that are not always consistent with the performance when speaking in public. The objective was to examine the relationship between perception about in public speaking and observation of performance when exhibiting. Forty-one undergraduate students participated; the Public Speaking Confidence Questionnaire and the Public Speaking Skills in College Students Rubric were used to assess performance. The findings are consistent with previous research on the prevalence of difficulties in public speaking in college, placing it at 20% and 30%. Although no significant relationship was found between perception and execution when speaking in public, it is necessary to continue with the line of research derived from the possible combinations of perception-execution, in order to offer differentiated training to improve this skill.

### Keywords:

skills, public speaking, perception, performance, university students

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

| Recibido: 21 de Abril de 2021 | Aceptado: 21 de Mayo de 2021 | Publicado en línea: Julio-Diciembre de 2021 |



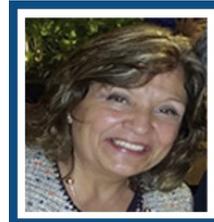
**AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL****ANÁLISIS DE LA EJECUCIÓN Y PERCEPCIÓN AL HABLAR  
EN PÚBLICO EN UNIVERSITARIOS**

María Cristina Bravo González, Patricia Ortega Silva y José Esteban Vaquero Cázares  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
México



María Cristina Bravo González  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [cristina.bravo@iztacala.unam.mx](mailto:cristina.bravo@iztacala.unam.mx)

Doctora en Psicología por la Universidad Nacional Autónoma de México, Profesora Asociada "C" de tiempo completo. Tutora, supervisora y docente en la residencia en Medicina conductual, perteneciente al programa de Maestría en Psicología Profesional, UNAM. Profesora en el área de Psicología Clínica en la FESI entre 2004 y 2011; profesora de Metodología en Salud a nivel licenciatura desde 2019 en la FESI.



Patricia Ortega Silva  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [patosi75@gmail.com](mailto:patosi75@gmail.com)

Doctorado en Sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales por la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de la carrera de Psicología, Área de Educación Especial y Rehabilitación en la FES. Iztacala. Profesor titular "C" definitivo tiempo completo. Integrante del padrón de tutores del doctorado y maestría en Psicología. Evaluador de proyectos de investigación propuestos por CONACyT.

**CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES**

María Cristina Bravo González, concibió la idea y participó en la elaboración de todos los apartados del artículo. | Patricia Ortega Silva, participó en la discusión de los argumentos centrales a lo largo de todo el trabajo, lectura final del texto y corrección de estilo. | José Esteban Vaquero Cázares, colaboró en el planteamiento metodológico, el análisis de datos y corrección de estilo.

**AGRADECIMIENTOS**

Agradecimiento al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM, este trabajo es una parte de la tesis doctoral de la primera autora.

**DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES**

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM



Copyright: © 2021 Bravo-González, M.C.; Ortega-Silva, P.; y Vaquero-Cázares, J. E.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24018/psicologia-y-ciencia-social) y a sus autores.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>333</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>334</b>
Participantes, 334	
Materiales, 334	
<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>335</b>
Mediciones, 335	
<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICOS</b>	<b>335</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>336</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>337</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>338</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>339</b>

## INTRODUCCIÓN

**A** lo largo de la vida académica, los contenidos a los que se dedica una elevada proporción del tiempo del docente, desde la educación básica hasta la educación superior, enfatizan la necesidad de formar primero y exhibir después “productos” de dos tipos de comunicación; por un lado está la comunicación escrita, la cual se traduce en diversas maneras de expresar el lenguaje mediante diversas estrategias, tanto para leer como para escribir (conocimientos de gramática, ortografía, léxico, sintaxis y redacción), y por otro lado se encuentra la comunicación oral (elementos del diálogo, narrativa, descripción y exposición), la cual implica hacer uso del habla como elemento principal para lograr la expresión de ideas por medio del lenguaje.

Pese al tiempo que se dedica a la formación de estas habilidades, sobre todo en la educación básica, durante la formación universitaria se espera que el estudiante cuente con las estrategias relacionadas con ambos tipos de comunicación: que sea un lector con adecuada comprensión, que haya desarrollado habilidades de análisis y síntesis de los textos, que pueda expresar por escrito su opinión, reflexión o crítica respecto de lo que lee y que lo haga de acuerdo con las reglas en las que fue formado en niveles previos; de manera similar, en la comunicación oral a nivel universitario se espera que el estudiante tenga habilidades avanzadas para expresarse de modo verbal mediante preguntas, describiendo eventos o exponiendo; sin embargo, en las aulas universitarias y en muchos profesionistas ninguna de estas clases de comunicación están bien establecidas (Diafani y Syahrul, 2018; Qadhi, 2018) ni se establecen espacios para su instrucción, porque, de acuerdo con García-López, Díez-Bedmar y Almansa-Moreno (2013), la enseñanza de estas habilidades requiere una gran inversión de tiempo, por lo que esas posibles deficiencias formativas quedan sin corrección para la mayoría de los estudiantes.

En la investigación de Stein, Torgrud y Walker (2000) la mayoría de las personas diagnosticadas con fobia social refirieron que esta problemática ha interferido de manera importante en diversas áreas de su vida; en el ámbito educativo 22% afirma que ha obstruido su educación, y 48% indica que ha abandonado clases por esta condición; respecto a otras áreas de funcionamiento, 20% afir-

ma que ha afectado mucho tanto su trabajo como su vida personal, y otras investigaciones aportan datos similares (Randelovic, Smederevac, Colovic y Corr, 2018).

La falta de habilidades para hablar en público puede tener diversas consecuencias para los estudiantes; en primer lugar, en el contexto académico, las actividades de evaluación (exámenes y presentaciones orales) son de los problemas más comunes en los jóvenes universitarios (Bartholomay y Houlihan, 2016), lo que trae como consecuencia problemas en las evaluaciones académicas, porque en la mayoría de las asignaturas las participaciones en clase y la exposición de temas ante el grupo tienen mucha importancia, lo cual puede generar problemas en el rendimiento académico (Morales y Navarro, 2013), por lo que el aprendizaje se ve comprometido (Amiri y Puteh, 2018). Asimismo, Contreras, Espinosa, Esguerra, Haikal y Polanía (2005) indican que la ansiedad aumenta de manera considerable en situaciones de desempeño y evaluación, es decir, se incrementa cuando las consecuencias son importantes (como reprobar una asignatura), por lo que en los individuos con miedo a hablar en público (MHP) pueden encontrarse dificultades académicas importantes (Munz y Colvin, 2018; Qadhi, 2018).

Otra repercusión del problema se sitúa en el plano del sufrimiento personal por la ansiedad experimentada ante esta situación, que en los casos más extremos puede derivar en problemas de salud y la deserción escolar (Moore, Gómez-Ariza y García-López, 2016). En este sentido, según Haquin, Larraguibel y Cabezas (2004), el ambiente escolar es una fuente potencial de satisfacciones para los jóvenes, siempre y cuando pueda desarrollar, ejercitar y practicar sus habilidades, con lo que se incrementa su percepción de control de sí mismo y su entorno, además de aumentar su autoeficacia percibida; cuando ocurre lo contrario y se llega al fracaso o deserción escolar, Contreras et al., (2005) afirman que es un problema que genera exclusiones que serán decisivas en la vida de una persona.

Tener estas habilidades (o competencias sociales) es necesario para un desempeño adecuado en la vida profesional y laboral; es cierto que el éxito profesional se asocia con el conocimiento y habilidades específicas para detectar y saber cómo resolver problemas, pero también se reconoce que un profesional exitoso necesita además una adecuada formación técnica (en su campo de conocimiento) y comunicarse de manera clara y eficaz (Verano-Tacoronte, González-Betancor, Bolívar-Cruz, Fernández-Monroy y Galván-Sánchez, 2016), por lo que debe tener las competencias adecuadas para comunicarse de modo oral y por escrito, entre otras.

Schreiber, Paul y Shibley (2012) consideran que la Asociación Americana de Preparatorias y Universidades

(Association of American Colleges and Universities, AAC&U) ha planteado un conjunto de aprendizajes necesarios en la educación superior, y la comunicación oral se incluye en la categoría de “Habilidades intelectuales y prácticas”; además destacan que este tipo de habilidades son esenciales para el desarrollo intelectual; según Morales y Navarro (2013), tener la habilidad para la expresión y comunicación oral es muy importante para lograr un buen desempeño profesional.

Calero (2009) considera la comunicación como una capacidad que se desglosa en una serie de destrezas, como exponer, opinar y explicar (Munz y Colvin, 2018). Por tanto, exponer frente a una clase puede ser considerado un contenido procedimental que implica un conjunto de acciones que se dirigen al logro de un objetivo, es decir, implica emprender acciones, lo cual requiere la realización de éstas; es decir, no puede aprenderse a hablar en público o exponer en una clase de manera teórica (leyendo libros al respecto), se aprende por medio de la repetición de acciones, esto es, mediante la práctica retroalimentada, ejecución comprensiva y contextualizada, que en su conjunto se caracterizan como acciones complejas (Morán, 2018). El aprendizaje procedimental implica el dominio de habilidades o destrezas necesarias para desarrollar bien diversas acciones; en este caso el manejo de técnicas y estrategias para transmitir contenidos de manera verbal.

Pese a la atención que ha recibido el estudio de “Hablar en público”, hay una limitación importante respecto a la evaluación, porque los medios utilizados para detectar esta problemática por lo común se restringen a instrumentos de lápiz y papel o mediante entrevista con expertos (en general del ámbito clínico, al considerarse como parte de un subtipo de ansiedad social), y sólo unos cuántos verifican —por medio de la observación directa— el desempeño de esta habilidad, ya sea como parte de un entrenamiento (García-López et al., 2013; Liao, 2014) o como parte de la evaluación de habilidades (Schreiber et al., 2012). Esta condición es peligrosa porque un estudiante puede tener sesgos en su comportamiento que puede resultar en alguna de las siguientes combinaciones: tener puntuaciones que indican dificultades al hablar en público y no exponer de modo adecuado; tener puntuaciones que indican dificultades al hablar en público, pero exponer de manera adecuada; tener puntuaciones que no indican dificultades al hablar en público, pero no exponer de modo adecuado, y tener puntuaciones que no indican dificultades al hablar en público y exponer de manera adecuada. Es decir, los resultados en una prueba autoaplicable pueden no reflejar el desempeño del estudiante; por tanto, el propósito es caracterizar la eje-

cución al hablar en público de estudiantes universitarios a partir de la observación del comportamiento durante actividades cotidianas de exposición en una asignatura y el contraste de dicha observación con la percepción de los estudiantes respecto a su habilidad para hablar en público de acuerdo con las calificaciones obtenidas en un instrumento de lápiz y papel.

## MÉTODO

### Participantes

Se seleccionó un grupo de alumnos inscritos en el quinto semestre de licenciatura de la carrera de Psicología de la FES Iztacala, mediante un muestreo no probabilístico intencional por conveniencia; el primer criterio para seleccionarlos fue contar con la participación de uno de los profesores de asignaturas teóricas que tuviera en su programa de actividades exposiciones a lo largo del semestre. Además, los integrantes del grupo firmaron un consentimiento con información para autorizar su participación.

El grupo seleccionado a partir de los criterios anteriores fue uno del turno vespertino —41 alumnos, 15 varones y 26 mujeres, con edad promedio de 21.4 años (DE = 2.2)— la asignatura donde se hizo la grabación de cada una de las exposiciones orales fue Psicología Clínica Teórica, con un horario de una hora durante tres días a la semana.

### Materiales

Se diseñó una ficha de datos demográficos y académicos (incluyendo el promedio) y número de asignaturas reprobadas al momento de la investigación, entre otros datos. Se usó el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público (CCHP), diseñado por Gilkinson (1942), que Paul modificó en 1966 (citados en Gallego, Botella, Quero, Baños y García-Palacios, 2007), reduciéndose de los 101 ítems originales a 30 ítems con un formato verdadero-falso. En España, Bados (1992, citado en Bados, 2005) modificó el formato de respuesta incorporando una escala tipo Likert de 1 a 6 puntos (de 1: “Completamente de acuerdo”, a 6: “Completamente en desacuerdo”), y evalúa las respuestas afectivas, cognitivas y conductuales del miedo a hablar en público. Los niveles pueden variar de 30 a 180 puntos, en los que a mayor puntaje mayor miedo; la puntuación media es de 105. Tiene 17 reactivos negativos que deben transformarse previo a la obtención de la puntuación total; dichos reactivos son: 2, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 15, 18, 19, 20, 24, 25, 26, 28, 29 y 30. En un estudio con una muestra

de 243 estudiantes universitarios mexicanos, se identificó un coeficiente de consistencia interna de 0.93 (Tron, Bravo y Vaquero, 2013), por lo que se concluye que es un cuestionario útil para evaluar el MHP en estudiantes mexicanos de nivel medio y superior.

Además se utilizó la Rúbrica de Habilidades para Hablar en Público en Estudiantes Universitarios (RHHPEU), cuyas características se presentan en un estudio previo (Bravo y Ortega, 2019) y corresponde a la adaptación de la Public Speaking Competence Rubric (PSCR, por sus siglas en inglés) de Schreiber et al., (2012). Se trata de una rúbrica analítica que consta de nueve áreas a evaluar: presentación, organización, preparación, lenguaje, dicción, expresión verbal, conductas no verbales, apoyos visuales y conclusión; las cuales se valoran del 0 al 4, donde 0 corresponde a una habilidad deficiente y 4 a una habilidad avanzada.

Se utilizó un teléfono celular marca iPhone 8® de 62GB de capacidad, audífonos marca Apple® con función de micrófono y tripié con adaptador para teléfono celular, para videgrabar las exposiciones. Por último se usaron formatos de registro en Excel® para completar la RHHPEU para evaluar a cada participante.

## PROCEDIMIENTO

Se acudió al salón de clase en el horario asignado para la materia en cuestión, con la participación del profesor a cargo, quien presentó a la investigadora responsable y comentó en términos generales el objetivo del estudio. Después se explicó de manera minuciosa la finalidad de la investigación, así como el tipo de actividades que se desarrollarían en caso de aceptar; luego de la explicación se entregó un formato de consentimiento informado a cada estudiante, el cual se elaboró considerando los lineamientos establecidos por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala; se indicó que la participación en la investigación implicaba un riesgo mínimo, así como la garantía de anonimato, confidencialidad y uso de datos personales. Se solicitó a los estudiantes que leyeron con detenimiento el consentimiento, y si estaban de acuerdo en participar completaran sus datos y lo firmaran.

Una vez que los integrantes del grupo leyeron y firmaron el consentimiento informado se procedió a la aplicación del Cuestionario Confianza para Hablar en Público; al término se estableció la fecha de inicio de las exposiciones de acuerdo con el plan de actividades y organización prevista por el profesor. Después se asistió a todas las clases donde se tuvo programada la exposición oral de un tema por un estudiante para su grabación; en cada ocasión se procuró mantener la misma ubicación

(centro del aula, última fila). Se estableció que cada grabación iniciara unos segundos antes de que comenzara la intervención del estudiante, y en general se mantuvo hasta el final de la clase, por lo que se incluyeron los comentarios del profesor, las participaciones, preguntas o comentarios de la audiencia.

Cada exposición fue observada y evaluada por tres observadores entrenados ex profeso en el llenado de la RHHPEU, en un momento posterior a la clase y de manera independiente, porque se almacenaron en carpetas separadas con el uso de la plataforma Dropbox.

## Mediciones

En este estudio se evaluaron dos variables: la ejecución al hablar en público, que se define como un conjunto de comportamientos específicos verbales y no verbales, que se desarrolla de acuerdo con el contexto (Caballo, 1993), que se operacionalizó con la correlación del acuerdo entre observadores por medio del coeficiente kappa de Krippendorff derivado del llenado de la RHHPEU y la determinación del nivel de ejecución.

Por otro lado se evaluó la percepción de la habilidad para hablar en público, que se caracterizó como la valoración subjetiva de una persona respecto de sus habilidades al hablar en público, la cual se operacionalizó con el índice obtenido con el Cuestionario de Confianza para Hablar en Público, donde a mayor puntuación, menor confianza.

Durante la investigación no se tuvo control de variables extrañas que pudieron tener una función importante en la percepción de las habilidades o en la ejecución al exponer en clase, como estados afectivos o emocionales que pudieran interferir con el desempeño, entre otros.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis estadísticos incluyen medidas de distribución porcentual y el cálculo de medidas de tendencia central para describir las características de los participantes, así como aspectos relacionados con la actividad de hablar en público en contextos académicos.

Para determinar la confiabilidad de las observaciones registradas en la Rúbrica de Habilidades para Hablar en Público en Estudiantes Universitarios (RHHPEU), se calculó el alfa de Krippendorff ( $\alpha$ , KALPHA), que es un coeficiente de confiabilidad desarrollado para medir el acuerdo entre observadores y es aplicable a dos o más métodos para generar datos en un mismo conjunto de objetos, unidades de análisis o reactivos (Krippendorff, 2011); este coeficiente se puede aplicar a cualquier número de observadores y/o a cualquier número de cate-

rías o valores en una escala; puede usarse con cualquier escala de medición, así como en el caso de que existan valores perdidos, y no requiere un tamaño mínimo de muestra (De Swert, 2012), razones por las que se determinó que era el más apropiado para analizar las observaciones obtenidas a partir de la rúbrica.

Por último, se calculó el coeficiente de correlación rho de Spearman para examinar la relación entre el nivel de ejecución y la percepción al hablar en público; según Field (2018), este coeficiente es apropiado para analizar la relación entre dos variables, donde al menos una de ellas se encuentra en un nivel de medición ordinal, como el caso del nivel de ejecución al hablar en público.

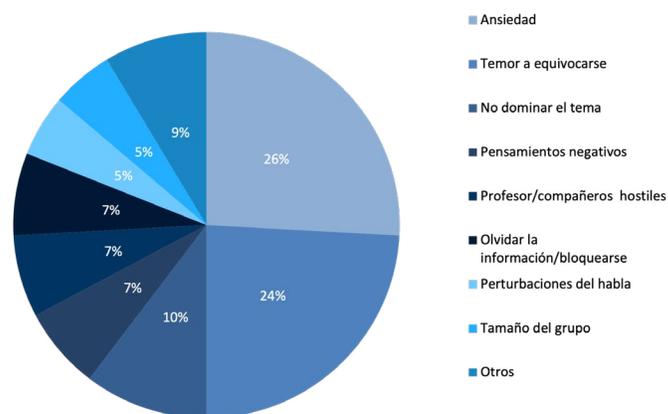
## RESULTADOS

Se encontró que 46% de los participantes ingresó a la licenciatura con un promedio entre 8 y 8.9; 44% con un promedio entre 7 y 7.9; 8% de los participantes con un promedio de 9 o más, y sólo 2% con un promedio inferior a 7. Respecto al promedio obtenido por los participantes en la carrera hasta el momento de la investigación, 54% de los estudiantes tiene un promedio entre 8 y 8.9; 31% tiene una calificación promedio entre 7 y 7.9, mientras que 14% tiene un promedio de al menos 9 de calificación. Aunque 54% de los estudiantes es un alumno regular, casi la mitad (46%) de los participantes tiene asignaturas reprobadas; de ellos, la mayoría tiene sólo una materia no aprobada (54%), 17% tiene dos y 29% de los participantes no ha aprobado cinco o más asignaturas.

Ante la pregunta explícita de tener dificultades para participar o exponer en clase, 68% respondió de modo afirmativo. Los participantes indicaron algunas razones por las que, en su opinión, les resulta difícil participar o exponer en clase; las respuestas se agruparon en nueve categorías debido a que la pregunta tiene un carácter abierto; en la figura 1 se muestra la distribución porcentual de las razones que los participantes indicaron como causas de sus dificultades para participar y/o exponer en clase.

Como puede observarse, poco más de 25% de los participantes aludió a situaciones relacionadas con ansiedad o, en sus propias palabras, "sentir nervios", "pánico escénico", "pena de exponer ideas propias" e "inseguridad", entre otras; la segunda categoría con más menciones se refiere a cogniciones relacionadas con temor a equivocarse (como miedo a que la participación no sea buena, miedo a no explicar bien el tema, miedo a ser corregido, etcétera); la tercera razón mencionada se refiere a no dominar el tema o prepararlo de modo inadecuado. El resto de las categorías agrupa razones que tuvieron menos de 10% de menciones, entre las que se

encuentran pensamientos negativos, profesor/compañeros hostiles, olvidar información/bloquearse, perturbaciones del habla, tamaño del grupo y otras razones.

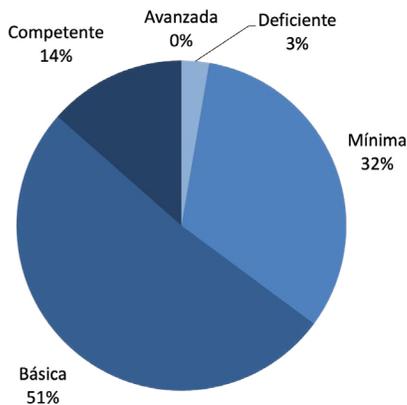


**Figura 1.** Distribución porcentual de las razones por las que los participantes refieren dificultades para participar o exponer en clase.

Respecto a la duración de cada exposición, se encontró que 17% de los participantes tuvo una ejecución muy breve al hablar en público (10 minutos o menos), mientras que 51% tuvo una exposición de entre 11 y 30 minutos, que aún es breve para exponer un texto académico. Sin embargo, también se identificaron algunos estudiantes que utilizaron 50 minutos o más (12%).

En el CCHP se identificó un índice promedio de 100 (DE = 25.8), el cual está muy cercano del nivel promedio indicado por Bados (1992, citado en Bados, 2005) en su validación al español, que es de 105; esta puntuación se ubica en un nivel medio de respuestas afectivas, cognitivas y conductuales asociadas a hablar en público. Se obtuvieron los percentiles para el CCHP, de acuerdo con sus niveles mínimo y máximo, a partir de los cuales se encontró que 24% de los participantes tuvo una puntuación por encima de 75%, lo cual implica que tienen un nivel elevado de miedo a hablar en público, el cual se refleja en las tres clases de respuesta que evalúa el instrumento; por otro lado, 27% de los participantes evaluados obtuvieron una puntuación por debajo de 25%, es decir, estos estudiantes se sienten confiados al hablar en público. Se analizaron las respuestas de los participantes con niveles altos y bajos en el CCHP considerando el reporte de sus habilidades para hablar en público, donde se encontró que de los estudiantes que obtuvieron niveles bajos, 18% se percibe con dificultades para participar o exponer en clase, mientras que de los estudiantes con puntuaciones elevadas el 90% refirió esas mismas dificultades.

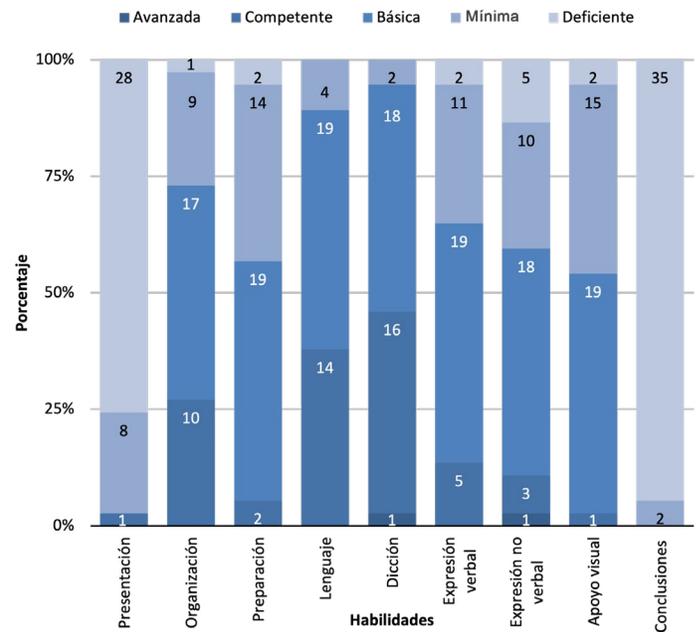
De acuerdo con las observaciones que se consideran confiables a partir del cálculo de KALPHA ( $n = 36$ ), se determinó el nivel de habilidad para hablar en público de cada uno de los participantes, considerando la estimación del nivel promedio obtenido en la RHHPEU. En la figura 2 se muestra la distribución porcentual de las habilidades para hablar en público de los estudiantes al exponer un texto. Como se puede observar, en la Rúbrica de Habilidades para Hablar en Público en Estudiantes Universitarios la mitad de los participantes obtuvo un promedio que los ubica en un nivel de habilidad básico, mientras que para 32% de los participantes se determinó un nivel de habilidad mínima en su ejecución al exponer. Por otro lado, sólo 14% obtuvo puntuaciones en la rúbrica que los ubica en un nivel de habilidad competente; sin embargo, llama la atención que no se identificó a ninguno de los participantes con habilidades avanzadas al hablar en público, de acuerdo con las áreas que se evaluaron. Sólo 3% de los estudiantes considerados ( $n = 36$ ) se identificó con habilidades deficientes para hablar en público. Al analizar cada una de las habilidades que se evalúan en la RHHPEU, se encontró que las áreas que obtienen puntuaciones más bajas son las de presentación (inicio de la exposición) y la de conclusiones; en ésta se observó que 95% de los estudiantes no concluyó el tema. Respecto a la habilidad donde se obtuvieron mejores índices, se observó en la dicción; en el resto de las áreas la mayoría de los estudiantes muestra un nivel de habilidad básico (figura 3).



**Figura 2.** Distribución porcentual del nivel de habilidad para hablar en público a partir de Rúbrica de Habilidades para Hablar en Público.

Para analizar la relación entre el autorreporte de los estudiantes universitarios respecto al comportamiento de hablar en público, que se evaluó a partir de las respuestas que proporcionaron al CCHP y a la observación de su ejecución al exponer en clase, evaluada a partir

de la rúbrica, se hizo un análisis de correlación no paramétrico con el coeficiente rho de Spearman, porque los datos obtenidos en la rúbrica se encuentran en un nivel ordinal. A partir de este análisis se encontró que el nivel de ejecución determinado a partir de la RHHPEU no correlacionó de manera estadísticamente significativa con el instrumento de autoinforme ( $r_s = 0.005$ ,  $p > 0.05$ ), lo que sugiere que no hay relación entre el nivel de ejecución al hablar en público determinado por observadores externos y la percepción que cada estudiante tiene de su desempeño al hablar en público.



**Figura 3.** Distribución porcentual de los niveles de habilidad identificados por área de acuerdo con la RHHPEU.

## DISCUSIÓN

Martínez (2015) considera que el principal elemento que caracteriza a los seres humanos es el aspecto social, ante lo cual la comunicación es una condición indispensable. Sin embargo los resultados de esta investigación indican que una cantidad considerable de estudiantes tiene dificultades para hablar en público en contextos académicos, lo cual rebasa de manera importante datos mencionados por Hernández-Pozo et al., (2009), quienes indican que en población mexicana general hablar en público es reportado por 24.8% como muy atemorizante, mientras que 68% de los participantes en esta investigación refirió tener dificultades en ese rubro; otras investigaciones desarrolladas en otros contextos identifican a la situación de hablar en público como una de

las situaciones sociales que generan mayor temor, tanto en estudiantes universitarios como en la población general (Bados, 2005; Dornalechete y Domínguez, 2010), aunque en niveles entre 20 y 30%, los cuales están muy alejados de los hallazgos de esta investigación.

Al analizar las razones por las que los estudiantes refieren tener dificultades para hablar en público, más de 90% alude a condiciones personales, las cuales incluyen comportamientos, sentimientos y/o cogniciones que dificultan mostrar una ejecución adecuada, porque, de acuerdo con Modini y Abbott (2016), las personas con miedo a hablar en público presentan preocupaciones acerca de su ejecución (como, literalmente, tener pensamientos negativos) y la manera en que pueden ser evaluadas por los demás (manifestadas en esta investigación como temor a equivocarse), lo cual con frecuencia impide procesar la información de manera adecuada (como olvidar la información) y, en consecuencia, hay un detrimento en la actuación del expositor (referido por los participantes como no dominar el tema). Además, según Contreras et al., (2005), las personas presentan niveles de ansiedad diferenciados en situaciones sociales particulares; esto se representa en las variaciones de los temas en torno a los cuales se atribuyen dificultades para lograr una ejecución al hablar en público satisfactoria; esto implica que cada persona tiene razones diferentes ante las cuales se siente atemorizada en situaciones que necesita hablar en público, algunas referidas a las creencias que tienen de los demás, las creencias respecto de su propia actuación o las creencias de las consecuencias que tendrán si su desempeño es evaluado como deficiente.

De los datos obtenidos a partir del CCHP se encontraron aspectos similares a los reportados en otras investigaciones respecto a la prevalencia del miedo a hablar en público tanto en universitarios como en la población general; en particular se identificó que entre 24-27% de los participantes tiene calificaciones elevadas, las cuales indican la presencia de respuestas afectivas, cognitivas y conductuales de miedo a hablar en público (CCHP), mientras que en investigaciones previas la prevalencia de dificultades para hablar en público varía entre 20 (Gültekin y Dereboy, 2011) y 34% (Stein, Walker y Forde, 1996) en poblaciones universitarias, por citar algunos, por lo que pareciera que esta condición está presente en una tercera parte de los estudiantes universitarios.

El objetivo general de este trabajo es analizar la relación entre el autorreporte de los estudiantes universitarios acerca del comportamiento de hablar en público y la observación de su ejecución al exponer en clase, y se estableció la hipótesis de que los estudiantes que

obtuvieran los índices más altos en el CCHP, es decir, en quienes se identificara miedo a hablar en público por puntuación tendrían un nivel de ejecución deficiente o mínimo; sin embargo, los hallazgos fueron diferentes a los esperados, es decir, se encontraron diversas combinaciones de resultados, aunque no fueron estadísticamente significativas: estudiantes que se perciben con temor a hablar en público, pero que su nivel de ejecución es básico, e incluso en algunos casos competente, lo cual, de acuerdo con Hofmann (2007), puede explicarse porque los sesgos atencionales pueden favorecer que se sobreestimen las consecuencias negativas (Randelovic et al., 2018) de la situación social, se perciben con escaso control en sus emociones y consideran que sus habilidades son inadecuadas o insuficientes.

Por otro lado se identificaron estudiantes cuyos índices reflejan ausencia de miedo a hablar en público; sin embargo, los resultados de la observación de su desempeño al exponer muestran que la mayoría de estos participantes tiene habilidades mínimas, es decir, que su desempeño fue incluso menor que el de participantes identificados con niveles altos para ansiedad social y miedo a hablar en público; esto pudiera deberse a que se trata de personas que no tienen dificultades en ninguna otra situación social, y por consiguiente minimizan las posibles dificultades que puedan llegar a ocurrirles en relación con hablar en público. Lo anterior puede explicarse porque el adulto joven, igual que el adolescente, puede no percatarse de la discrepancia que puede existir entre cómo se ve a sí mismo y cómo piensa o cree que lo ven los demás (Olivares, Rosa y García-López, 2004).

## CONCLUSIONES

De acuerdo con Caballo, Del Prette, Monjas y Carrillo (2016), hablar en público hace referencia a un tipo de conducta interpersonal que consiste en un conjunto de capacidades de actuación y ejecución que tienen un carácter aprendido, por lo que todos los estudiantes, según su habilidad, pueden verse beneficiados de un entrenamiento apropiado a sus características (Mörtberg, Jansson-Fröjmark, Pettersson y Hennlid-Oredsoon, 2018; Munz y Colvin, 2018). Esto es esclarecedor al revisar los hallazgos respecto del nivel de habilidad en la ejecución de los participantes, donde destaca que la mitad de ellos se encuentran en un nivel básico, cuando se esperaría que los estudiantes universitarios que están a la mitad de su carrera tendrían una ejecución mucho más competente e incluso avanzada.

Esta condición no puede explicarse por carencia de práctica, porque en las diversas asignaturas que se

imparten en la carrera de Psicología de la FES Iztacala, una de las actividades que se desarrolla con mayor frecuencia es la exposición oral de un tema ante el grupo; sin embargo, pese a la idea muy difundida de que “para hablar bien” en público no hay más que practicar lo más frecuentemente posible (Zúñiga, 2012), todo lo contrario, la habilidad requiere ser formada, practicada y retroalimentada (Morán, 2018), de preferencia desde edades tempranas.

Los hallazgos de esta investigación sugieren que la percepción que un individuo puede tener sobre sí mismo y su comportamiento no necesariamente son consistentes con la ejecución que puede mostrar en las situaciones reales, o que tendría que diseñarse una investigación que permitiera aportar datos al respecto; aunque hay suficiente evidencia respecto de que las personas con ansiedad social (generalizada o no generalizada) tienen mayores dificultades para hablar en público (Caballo, Salazar, Robles, Irurta y Equipo de investigación CISO-A México, 2016; Osório, Crippa y Loureiro, 2008), los resultados de esta investigación parecen indicar que calificar alto en un instrumento que evalúa estas condiciones no representa una diferencia en la ejecución de una habilidad concreta, y que el desempeño que se tiene al hablar en público puede explicarse, en las personas en las que no se identifica algún tipo de ansiedad social, por razones de otra naturaleza, como percepción errónea de las propias habilidades, procesos formativos enfocados en otras habilidades y ausencia de retroalimentación efectiva, entre otros aspectos; por tanto, es una línea de investigación a seguir en el futuro, en la cual será imprescindible la incorporación de nuevas tecnologías que favorezcan la mejoría en estas habilidades, como sugieren Diafani y Syahrul (2018), por medio de aplicaciones como Instagram y Facebook (Valerio y Serna, 2018) y con el apoyo de dispositivos móviles como refieren Shamsi, Altaha y Gilanlioglu (2019). 📌

## REFERENCIAS

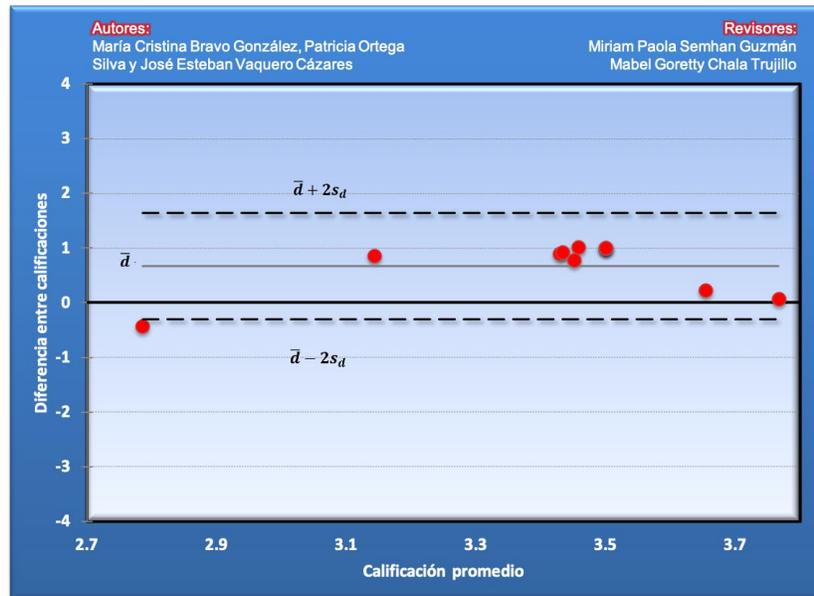
- Amiri, F., & Puteh, M. (2018). Oral Communication Apprehension among International Doctoral Students. *English Language Teaching*, 11(2), 164-171. <http://doi.org/10.5539/elt.v11n2p164>
- Bados, A. (2005). Miedo a hablar en público. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bartholomay, E., & Houlihan, D. (2016). Public Speaking Anxiety Scale: Preliminary psychometric data and scale validation. *Personality and Individual Differences*, 94, 211-215. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.026>
- Bravo, M., & Ortega, P. (2019). Traducción y adaptación de la Public Speaking Competence Rubric como una herramienta para evaluar presentaciones orales. *Revista de Educación y Desarrollo*, 49, 57-64.
- Caballo, V. E. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Del Prette, Z. A. P., Monjas, M. I., & Carrillo, G. (2016). La evaluación de las habilidades sociales en la vida adulta. En V. E. Caballo (ed.). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Robles, R., Irurta, M. J., & Equipo de investigación CISO-A México (2016). Validación del Cuestionario de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30) en México/Validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ) in Mexico. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 30-40. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243056043004>
- Calero, M., (2009). *Aprendizajes sin límites*. Constructivismo. México: Alfaomega.
- Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., & Polanía, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Perspectivas en Psicología*, 1(2), 183-194. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2005.0002.06>
- De Swert, K. (2012). Calculating inter-coder reliability in media content analysis using Krippendorff's Alpha. Recuperado de <https://www.polcomm.org/wp-content/uploads/ICRO1022012.pdf>
- Diafani, S., & Syahrul, M. (2018). Improving students' public speaking skills through Instagram. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 263, 268-271. <https://dx.doi.org/10.2991/iclle-18.2018.45>
- Dornalechete, J., & Domínguez, A. (2010). Oratoria online: Una propuesta didáctica para la alfabetización digital y la mejora de las competencias comunicativas orales de estudiantes universitarios. Presentado en el II Congreso Internacional Comunicación 3.0, 3 y 4 de octubre. Recuperado de <http://campus.usal.es/~comunicacion3punto0/comunicaciones/004.pdf>
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using SPSS*. 5a. ed. Londres: SAGE.
- Gallego, M., Botella, C., Quero, S., Baños, R., & García-Palacios, A. (2007). Propiedades psicométricas de la escala de miedo a la evaluación negativa versión breve (BFNE) en muestra clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(3), 163-176.
- García-López, L., Díez-Bedmar, B., & Almansa-Moreno, J. (2013). From Being a Trainee to Being a Trainer: Helping Peers Improve their Public Speaking Skills. *Revista de Psicodidáctica*, 18(2), 331-342. <https://dx.doi.org/10.1387/RevPsicodidact.6419>
- Gültekin, B., & Dereboy, I. (2011). The prevalence of social phobia, and its impact on quality of life, academic achievement, and identity formation in university students. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3), 150-158. PMID: 21870304.
- Haquin, C., Larraguibel, M., & Cabezas, J. (2004). Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 425-433. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062004000500003>

- Hernández-Pozo, M. R., Calleja, N., Sánchez, A., Coronado, O., Macías, D., & Cerezo, S. (2009). Validación de una lista de miedos en población mexicana. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(1), 135-150.
- Hofmann, S. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209. <http://dx.doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Krippendorff, K. (2011). Computing Krippendorff's Alpha-Reliability. Recuperado de [http://repository.upenn.edu/asc\\_papers/43](http://repository.upenn.edu/asc_papers/43)
- Liao, H. (2014). Examining the role of collaborative learning in a public speaking course. *College Teaching*, 62, 47-54. <https://doi.org/10.1080/87567555.2013.855891>
- Martínez, N. (2015). La competencia comunicación interpersonal. En L. Villardón-Gallego (coord.). *Competencias genéricas en educación superior. Metodologías específicas para su desarrollo* (141-158). Madrid: Narcea.
- Modini, M., & Abbott, M. (2016). A comprehensive review of the cognitive determinants of anxiety and rumination in social anxiety disorder. *Behaviour Change*, 33(3), 150-171. <https://doi.org/10.1017/bec.2016.10>
- Morales, Z., & Navarro, Y. (2013). Evaluación de la competencia comunicativa "Hablar en público" en un grupo de universitarios tras un curso sobre habilidades interpersonales. *Revista de Enseñanza Universitaria* (39), 1-10.
- Morán, J. (2018). Evaluar actividades complejas a través de rúbricas. *NefroPlus*, 10(1), 16-19.
- Moore, H., Gómez-Ariza, C., & García-López, L. (2016). Stopping the past from intruding the present: Social anxiety disorder and proactive interference. *Psychiatry Research*, 238, 284-289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.053>
- Mörtberg, E., Jansson-Fröjmark, M., Pettersson, A., & Hennlid-Oredsson, T. (2018). Psychometric properties of the Personal Report of Public Speaking Anxiety (PRPSA) in a Sample of University Students in Sweden. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(4), 421-43. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0022-0>
- Munz, S., & Colvin, J. (2018). Communication apprehension: Understanding communication skills and cultural identity in the basic communication course. *Basic Communication Course Annual*, 30, 172-199. <https://ecommons.udayton.edu/bcca/vol30/iss1/10>
- Olivares, J., Rosa, A., & García-López, L. (2004). *Fobia social en la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Osório, F., Crippa, J., & Loureiro, S. (2008). Experimental Models for the Evaluation of Speech and Public Speaking Anxiety: A Critical Review of the Designs Adopted. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis*, 3(1), 97-121. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100236>
- Qadhi, A. (2018). Instructional Strategies to Develop the Speaking Skill. *International Journal of Linguistics, Literature and Translation*, 1(3), 33-36. Recuperado de <https://alkindipublisher.com/index.php/ijllt/article/view/317>
- Randelovic, K., Smederevac, S., Colovic, P., & Corr, P. (2018). Fear and Anxiety in social setting. *Journal of Individual Differences*, 39(2). <https://doi.org/10.1027/1614-0001/a000251>
- Schreiber, L. M., Paul, G. D., & Shibley, L. R. (2012). The Development and Test of the Public Speaking Competence Rubric. *Communication Education*, 61(3), 205-233. <http://doi.org/10.1080/03634523.2012.670709>
- Shamsi, A., Altaha, S., & Gilanlioglu, I. (2019). The Role of M-Learning in Decreasing Speaking Anxiety for EFL Learners. *International Journal of Linguistics, Literature and Translation*, 2(1), 276-282. <http://doi.org/10.32996/ijllt.2019.2.1.34>
- Stein, M., Torgrud, L., & Walker, J. (2000). Social Phobia Symptoms, Subtypes, and Severity Findings from a Community Survey. *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 1-7. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.57.11.1046>
- Stein, M. B., Walker, J. R. & Forde, I. R. (1996). Public speaking fears in a community sample: Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 53, 169-174. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830020087010>
- Tron, R., Bravo, C., & Vaquero, J. (2013). Evaluación de la seguridad para hablar en público en estudiantes universitarios. Cartel presentado en el VI Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud "Bienestar y calidad de vida", del 5 al 7 de junio en San Luis Potosí, México.
- Valerio, G., & Serna, R. (2018). Redes sociales y bienestar psicológico del estudiante universitario. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(3), 19-28. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.3.1796>
- Verano-Tacoronte, D., González-Betancor, S., Bolívar-Cruz, A., Fernández-Monroy, M., & Galván-Sánchez, I. (2016). Valoración de la competencia de comunicación oral de estudiantes universitarios a través de una rúbrica fiable y válida. *Revista Brasileira de Educação*, 21(64), 39-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782016216403>
- Zúñiga, H. (2012). *Hablar bien en público de una vez por todas*. México: Océano.

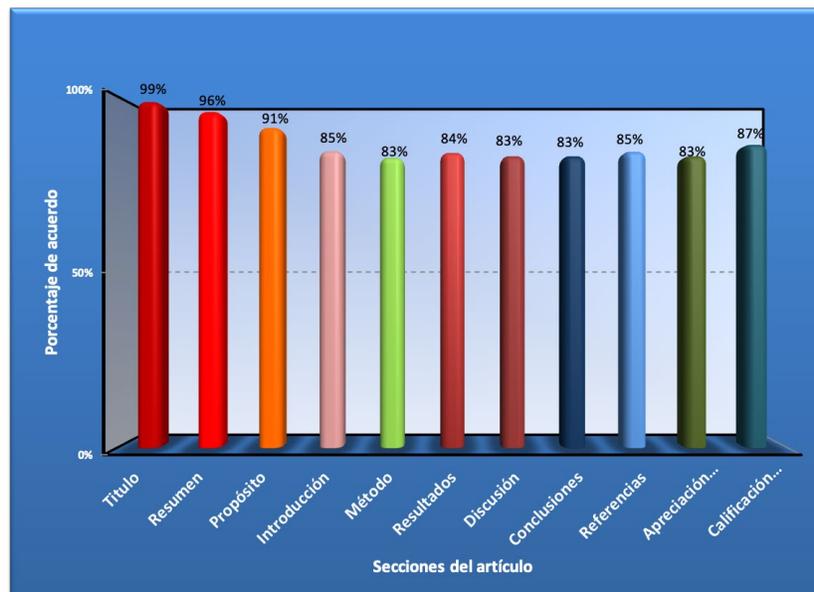




## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Miriam Paola Semhan Guzman	Diana Elisabeth Reza Morales
<b>Título/Autoría</b>	
En el artículo hablan de percepción y ejecución de la habilidad, sin embargo en el título solamente se menciona la ejecución.	El título es adecuado, claro, sencillo. En cuanto a los autores, si bien, se describen los datos de contacto de la autora principal con una nota, faltaría el correo de la autora dos y el correo más la síntesis curricular del autor tres.
<b>Resumen</b>	
El resumen consta de 201 palabras	En cuanto a contenido es claro y tiene la estructura esperada. Sin embargo, supera las 150 palabras indicadas, pues cuenta con 201 palabras. Incluye cuatro palabras clave.
<b>Próposito del Estudio</b>	
Aunque el propósito de estudio se entiende, se justifica perfectamente la razón del estudio, sin embargo no se especifican las preguntas de investigación o hipótesis.	Se presentan hipótesis claras y concretas desde las cuales se describen la discusión y los hallazgos del estudio.
<b>Introducción</b>	
Ninguna.	La introducción es clara y señala los aspectos esperados para ubicar al lector en el documento y en lo que pretende la investigación. Se sugiere incluir que no se consideran variables extrañas como el mismo ejercicio de participar en el estudio o estados emocionales o afectivos de los participantes, ajenos a la situación de hablar en público, relacionados con otras dimensiones de la vida, que podrían afectar su desempeño al hablar en público en el escenario evaluado.
<b>Método</b>	
Ninguno	El método está suficiente y claramente descrito. Se sugiere incluir el cumplimiento de la normatividad mexicana inherente a un ejercicio investigativo de riesgo mínimo para los participantes, como es éste.

Revisor 1	Revisor 2
<b>Resultados</b>	
Ninguno	Los resultados se presentan de manera ordenada, en coherencia con los planteamientos iniciales. Se sugiere incluir en el texto, la figura 3, que se presenta al final, pero no se describe en los hallazgos.
<b>Discusión</b>	
Ninguna	La discusión es clara y apropiada, aporta al vacío de conocimiento presentado al inicio del documento.
<b>Conclusiones</b>	
Ninguno	Las conclusiones se presentan de manera concreta y dejando clara la posibilidad de investigaciones futuras para profundizar en el tema y brindas mayores aportes en el tema.
<b>Referencias</b>	
Las referencias en su mayoría son mayores a 5 años.	Se sugiere mejorar las referencias, de acuerdo con: 1. Incluir en la lista de referencias, todas las que aparecen en el texto y viceversa. 2. Incluir referencias de los últimos cinco años.



## Artículo empírico

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.339.347-363](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.339.347-363)

## INTERÉS GENERATIVO EN CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS, ADULTOS MAYORES Y JÓVENES UNIVERSITARIOS

Karina Reyes-Jarquín, Ana Luisa González-Celis Rangel, María Leticia Bautista-Díaz, Centli Guillén Díaz Barriga, Ma. de Jesús Cruz Peralta, Violeta Alejandra Mendoza Madrigal, Laura Esmeralda Raya Ayala y María Fernanda Casado Álvarez  
 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala México

**RESUMEN**

La generatividad es el interés del ser humano por guiar, compartir conocimientos, apoyar futuras generaciones y dejar un legado que le sobreviva. Desde la teoría de Erikson esta capacidad se presentaba en la madurez, siendo la paternidad la principal actividad generativa. No obstante, investigaciones posteriores indican que podría manifestarse también en la vejez, además de poner en duda si la actividad del cuidado indica alto interés generativo o presencia de estrés elevado, y el desconocimiento de si generaciones más jóvenes pueden desarrollar interés generativo. El objetivo de esta investigación es evaluar el interés generativo en cuidadores de pacientes crónicos (CPC), adultos mayores (AM) y jóvenes universitarios (JU), así como determinar las diferencias entre dichos grupos. Los resultados indican que los AM mostraron índices más altos en el puntaje global en comparación con los JU ( $z = 2.51, p < 0.05$ ) y con los CPC ( $z = 4.81, p < 0.01$ ). En el caso de los JU tuvieron altos niveles en dos dimensiones del interés generativo. En este sentido, aunque los AM y CPC son proveedores de cuidados, la generatividad parece desarrollarse de manera diferencial en ambos grupos debido a los motivos para desempeñar dicha función; aparentemente el interés generativo se puede desarrollar desde generaciones más jóvenes.

**Palabras Clave:**

generatividad, cuidadores, adultos mayores.

## GENERATIVE INTEREST IN CAREGIVERS OF CHRONIC PATIENTS, OLDER ADULTS AND YOUNG UNIVERSITY STUDENTS

**ABSTRACT**

Generativity is the interest of the human being to guide, share knowledge, support future generations and leave a legacy that will survive. From Erikson's theory, this capacity appeared in maturity, with fatherhood being the main generative activity. However, subsequent research indicated that it could also manifest itself in old age, in addition to questioning whether the care activity indicated high generative interest or the presence of high stress and, finally, the lack of knowledge if younger generations can develop generative interest. The objective of this research was to evaluate the generative interest in caregivers of chronic patients (CPC), older adults (AM) and young university students (JU), as well as to determine the differences between these groups. The results indicate that the AMs showed higher scores in the global score compared to the JU ( $z = 2.51, p < 0.05$ ) and with the CPC ( $z = 4.81, p < 0.01$ ). In the case of the JUs, they had high scores in two dimensions of generative interest. In this sense, although the AM and CPC are care providers, generativity seems to develop differently in both groups due to the reasons for performing this role; and apparently generative interest can develop from younger generations.

**Keywords:**

generativity, caregivers, elderly, university students.

**BITÁCORA DEL ARTÍCULO:**

| Recibido: 11 de Marzo de 2021 | Aceptado: 05 de mayo de 2021 | Publicado en línea: Enero - Junio de 2021 |



## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### INTERÉS GENERATIVO EN CUIDADORES DE PACIENTES CRÓNICOS, ADULTOS MAYORES Y JÓVENES UNIVERSITARIOS

Karina Reyes-Jarquín, Ana Luisa González-Celis Rangel, María Leticia Bautista-Díaz, Centli Guillén Díaz Barriga, Ma. de Jesús Cruz Peralta, Violeta Alejandra Mendoza Madrigal, Laura Esmeralda Raya Ayala y María Fernanda Casado Álvarez  
**Universidad Nacional Autónoma de México**  
 México



**Karina Reyes-Jarquín.**  
 FES- Iztacala, UNAM  
 Correo: [krjarquin@gmail.com](mailto:krjarquin@gmail.com)

Doctora en Psicología en UNAM-FESI. Es profesora de tiempo completo en la UNAM-FESI. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores. Cuenta con dirección y co-dirección de tesis de licenciatura y maestría, publicaciones nacionales e internacionales, así como ponencias en eventos nacionales e internacionales.



**Ana Luisa González-Celis Rangel**  
 FES Iztacala, UNAM  
 Correo: [algr10@hotmail.com](mailto:algr10@hotmail.com)

Doctora en psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Profesora de tiempo completo en la carrera de Psicología y Posgrado e Investigación de la UNAM-FESI, cuenta con el Nivel "D" en el PRIDE de la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I. Ha sido reconocida con el Mérito Académico y distinguida con la Cátedra Alexander I. Oparin, en la FES Iztacala

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Karina Reyes-Jarquín estuvo a cargo de la concepción inicial del estudio, búsqueda de la literatura, trabajo de campo, análisis de datos, redacción de manuscrito. | Ana Luisa González-Celis Rangel participó en el análisis de datos, revisión del manuscrito, contribución intelectual. | María Leticia Bautista-Díaz contribuyó con la revisión de la literatura, revisión del manuscrito, contribución intelectual. | Centli Guillén Díaz Barriga participó en la revisión de la literatura, revisión del manuscrito, contribución intelectual. | María de Jesús Cruz Peralta apoyó en el trabajo de campo, revisión del manuscrito, contribución intelectual. | Violeta Alejandra Mendoza Madrigal contribuyó en el trabajo de campo, revisión del manuscrito, contribución intelectual. | Laura Esmeralda Raya Ayala revisó el manuscrito. | María Fernanda Casado Álvarez participó en el trabajo de campo y revisión del manuscrito

### AGRADECIMIENTOS

La investigación forma parte del proyecto PAPIIT IN311019 de la DGAPA-UNAM, del cual se obtuvo financiamiento de manera parcial

### DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM



Copyright: © 2021 Reyes-Jarquín, K.; González-Celis Rangel, A. L.; Bautista-Díaz, M. L.; Díaz Barriga, C. G.; Cruz-Peralta, M. J.; Mendoza-Madrigal, V. A.; Raya-Ayala, L. E.; y Casado Álvarez, M. F.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.1016/j.psc.2021.08.001) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>350</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>352</b>
Participantes, 352	
Diseño, 352	
Procedimiento, 352	
Mediciones, 352	
Análisis estadístico, 353	
<b>RESULTADOS</b>	<b>353</b>
<b>DISCUSIÓN</b>	<b>353</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>355</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>355</b>

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la teoría de Erikson el ser humano pasa por ocho etapas críticas desde la infancia hasta la vejez que tienen la finalidad de lograr la identidad personal. La resolución positiva de cada etapa permite el acceso a las siguientes; no obstante, si la crisis no se resuelve de manera satisfactoria continúa demandando energía y causando dificultades (Villareal, Hernández, Leal, Medina y Vázquez, 2020). La séptima etapa cronológicamente se presenta en la mediana edad (entre los 30 y 50 años) y se identifica como Generatividad versus Estancamiento; en ésta la tarea más importante es la de efectuar actos de cuidado y guía de la siguiente generación. De acuerdo con Erikson, la acción más generativa es la paternidad (Cornaccione, et al., 2012; Mendoza-Nuñez, Vivaldo-Martínez y Martínez-Maldonado, 2018).

Así, Erikson (1982) define la generatividad como la capacidad del ser humano adulto que implica un interés por guiar, compartir conocimientos y apoyar a futuras generaciones, pero sobre todo el interés por dejar un legado que le sobreviva a su muerte. La generatividad se puede expresar en actividades como la crianza de los hijos, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios, el compromiso social y la participación cívica y política (Villar, López y Celdrán, 2013).

McAdams y St. Aubin (1992) definieron la generatividad como un constructo multifacético con el objetivo primordial del cuidado y promoción de las próximas generaciones compuesto por siete características principales.

- Demanda cultural, la cual se desarrolla mediante las expectativas y las oportunidades sociales.
- Deseo interno, que surge a partir del requerimiento de ser necesitado o como símbolo de la inmortalidad.
- Preocupación generativa, que implica dejar un legado a las siguientes generaciones.
- Creencia en la especie, que significa tener esperanza en las futuras generaciones, en el avance y mejoramiento de la vida humana.
- Compromiso, por medio de la proposición de objetivos y decisiones.
- Acción generativa, mediante crear, mantener, preservar u ofrecer.

- Narración personal, la historia personal de vida será la que encaminará las acciones generativas.

Por otra parte, Kotre (1984) identificó algunos tipos de generatividad: 1) comunitaria, que implica nutrir y cuidar de otros estableciendo vínculos con otras personas; 2) agéntica, que está relacionada con la extensión y fortalecimiento de la persona mediante el liderazgo, la producción o la actividad creativa; y 3), cultural, que se refiere a la transmisión de instrumentos e ideas propias de una cultura a las siguientes generaciones.

Además es importante distinguir entre “interés” y “comportamiento generativo”; el primero se refiere a la existencia de la idea o pensamiento de hacer algo en beneficio de los demás, mientras que el segundo consiste en efectuar la acción en beneficio de los otros. El comportamiento generativo puede ser también una herramienta para buscar el beneficio de todos y la evolución sin la pérdida de costumbres, historia y valores (Benito-Ballesteros y De la Osa, 2020).

Por tanto, ser generativo implica contribuir al bienestar de los demás dejando una aportación voluntaria que va más allá de uno mismo y de recibir una gratificación inmediata; es decir, la recompensa será a largo plazo, intangible, placentera y satisfactoria. De este modo, ser generativo no sólo implica contribuir a una mejora, sino también que la acción hecha dará sentido y propósito a las personas, generando una recompensa personal (Villar et al., 2013; Triado-Tur, 2018).

Como se ha mencionado, Erikson introdujo el concepto de generatividad para referirse al reto que caracteriza la etapa de la madurez, por lo que el estudio empírico de este constructo se enfocó en un inicio en la población adulta. En el modelo de Erikson la superación con éxito de esta etapa aportaba determinada cualidad al yo, fortaleciéndolo y aumentando la probabilidad de abordar con éxito los retos de las etapas siguientes (Villar, 2012).

No obstante, en años recientes se ha encontrado que el perfil de la población adulta ha cambiado, marcando una tendencia hacia una mayor esperanza de vida, disponer de más tiempo libre después de la jubilación, y por tanto la posibilidad de una mayor implicación en actividades que antes no se podían hacer.

En consecuencia, la idea de la generatividad en adultos mayores es un marco prometedor para estudiar los aspectos positivos de la vejez en varios sentidos porque supone la integración de múltiples conceptos referidos al buen envejecer, da sentido al concepto del envejecimiento activo, además de que la generatividad puede reforzar el bienestar y funcionamiento de la vida cotidiana de las personas adultas mayores (Arias e Iglesias-Parro, 2015; González-Celis y Raya-Ayala, 2017; Triado-Tur, 2018).

Villar (2012) identificó los tres principales ámbitos generativos para los adultos mayores: 1) el trabajo remunerado; 2) el voluntariado o participación cívica, y 3) el cuidado a otras personas. En cuanto al trabajo remunerado se le considera como una de las principales fuentes de estatus e identidad, pudiendo favorecer el mantenimiento de la salud mental y bienestar psicológico. Respecto al voluntariado, ha sido relacionado con la presencia de una mejor salud física, menores síntomas de depresión, y mayor bienestar y autoestima. Por último, el rubro del cuidado se ha enfocado al papel de los abuelos como proveedores de cuidados a los nietos, siendo una manera de sentirse útiles, una experiencia de enriquecimiento, mejora y descubrimiento de nuevas capacidades.

De acuerdo con Villar (2012), otros tipos de cuidado —como el que se ofrece a personas con dependencia o pacientes crónicos— han sido menos estudiados desde el punto de vista de la generatividad. En particular, en el caso de los pacientes con enfermedades crónicas es primordial la presencia de un cuidador, quien debe desplegar una atención muy exigente y demandante, desarrollando conocimientos, competencias y habilidades que le permitan proporcionar un adecuado cuidado al paciente (Martínez, 2020).

Se tiene evidencia empírica referente a que los cuidadores tienden a descuidar sus propias necesidades, ya sea por falta de tiempo o por su alto nivel de dedicación a la atención del paciente que cuidan (Arias-Rojas et al, 2014; López, 2016; Nava, 2012). De manera tradicional la tarea del cuidador primario en estos casos se ha considerado como una gran fuente de estrés y de consecuencias negativas para la salud y el bienestar, desarrollando incluso sobrecarga, depresión, ansiedad, fatiga, aislamiento social, baja calidad de vida y problemas financieros (Rodríguez-Lombana y Chaparro-Díaz, 2020).

Sin embargo, Peterson (2002) desarrolló un estudio con mujeres en la edad adulta; los resultados indican que quienes se dedicaban al cuidado de otros tenían más intereses generativos, se sentían menos sobrecargadas, tenían más conocimientos de los servicios disponibles en la comunidad, contaban con mayor número de personas dispuestas a ayudarles y estaban más dispuestas a admitir que necesitaban apoyo emocional.

En este sentido parece haber una discrepancia entre si el ser cuidador evidenciaría a una persona generativa o si es una actividad generadora de estrés y complicaciones psicoemocionales. Al respecto, autores como Martinson (2006) y Morrow-Howell (2007) proponen investigar si el hecho de ser cuidador podría ser una barrera para la participación en otras actividades generativas debido a la alta carga de tiempo y recursos que se dedican al cuidado.

Por otro lado, algo que llama la atención del estudio empírico de la generatividad es la gran variedad de ámbitos del desarrollo adulto en los que aparece como dimensión relevante, pues se han efectuado estudios con enfoque en el desarrollo personal, los roles familiares, o incluso en el análisis del crecimiento psicológico posterior a la enfermedad (Bellizzi, 2004; Peterson, 2002; Zacarés y Serra, 2011). No obstante, no hay evidencia empírica de estudios que incluyan población más joven, es decir, quienes aún cronológicamente no han transitado por la séptima etapa —generatividad versus estancamiento— de la que habla Erikson en su teoría. Al respecto, la única información disponible se refiere a que la preocupación, el compromiso y las conductas generativas son más elevadas en la mediana edad que en la adultez temprana (Zacarés y Serra, 2011).

Por tanto, es de interés teórico y empírico evaluar si la generatividad puede presentarse en el otro extremo del ciclo vital, es decir, las generaciones más jóvenes, así como se ha hecho en el caso de la población adulta mayor, lo cual supondría una contribución al bien común de los entornos en que se participa, un refuerzo y enriquecimiento de las instituciones sociales y un importante aporte para la continuidad generacional, al tiempo que representa una posibilidad para el desarrollo y crecimiento personal (Villar y Serrat, 2014).

De esta manera, el objetivo de esta investigación es evaluar el interés generativo en tres grupos poblacionales identificados como cuidadores de pacientes crónicos (CPC), adultos mayores (AM) y jóvenes universitarios (JU), así como determinar las diferencias en el interés generativo y sus dimensiones entre dichos grupos.

De acuerdo con la literatura revisada, las hipótesis planteadas son las siguientes.

- Los CPC presentarán un interés generativo más alto que los AM.
- Los AM presentarán un interés generativo más alto que los JU.
- Los CPC presentarán un interés generativo más alto que los JU.
- En comparación con los AM, los CPC reportarán niveles más elevados en todas las dimensiones que componen el interés generativo.
- En comparación con los JU, Los AM reportarán niveles más elevados en todas las dimensiones que componen el interés generativo.
- En comparación con los JU, los CPC reportarán niveles más elevados en todas las dimensiones que componen el interés generativo.

## MÉTODO

### Participantes

Este estudio se desarrolló con una muestra no probabilística, intencional y por cuotas de 278 participantes, con la siguiente distribución: 78 CPC, 100 AM y 100 JU. Su participación fue voluntaria, consentida e informada.

Los criterios de inclusión para cada uno de los subgrupos fueron los siguientes.

- CPC: Ser mayores de edad, tener al menos un año fungiendo como cuidador de algún paciente diabético o renal, que recibiera atención médica en una clínica pública y haber firmado el consentimiento informado.
- AM: Ser mayores de 65 años, ser usuarios de la clínica pública y haber firmado el consentimiento informado.
- JU: Ser estudiante de nivel licenciatura en una universidad pública y haber firmado el consentimiento informado.

El criterio de exclusión para todos los subgrupos fue encontrarse en tratamiento psiquiátrico; el criterio de eliminación consistió en contestar menos de 90% de los instrumentos utilizados.

El grupo de CPC estuvo conformado por 71.1% de mujeres y 28.9% de hombres, en su mayoría casados (52.6%) y con una media de 47.09 años (DE = 16.74). El grupo de AM estuvo conformado por 65% de mujeres y 35% de hombres, en su mayoría casados (60%) y con una media de 69.54 años (DE = 6.48). El grupo de JU estuvo conformado por 65% de mujeres y 35% de hombres, en su mayoría solteros (83%) y con una media de 19.75 años (DE = 1.50).

### Diseño

Se utilizó un diseño no experimental, transeccional dado que se hizo la recolección de datos en un momento determinado para los tres subgrupos indicados (Kerlinger y Lee, 2002).

### Procedimiento

La recolección de datos se ciñó a los señalamientos éticos para la investigación en psicología, normadas por el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2010). Se solicitaron los permisos necesarios en cada una de las instituciones involucradas, las cuales consistieron en los siguientes aspectos.

- Una clínica de primer nivel de atención donde acudían a recibir atención médica pacientes dia-

béticos y renales, lo que permitió la selección de sus cuidadores principales.

- Una clínica de primer nivel de atención donde acudían a recibir atención médica adultos mayores.
- Una universidad pública, lo que permitió la selección de jóvenes universitarios.

Con base en los criterios de selección, se eligió a los participantes de cada grupo y se les explicó el objetivo del estudio. En una única sesión firmaron el consentimiento informado que daba constancia de su participación de manera voluntaria, la confidencialidad y la libertad para abandonar el estudio cuando lo desearan, sin que esto repercutiera de ningún modo en la atención ofrecida por la institución. Al final contestaron los instrumentos indicados previamente.

### Mediciones

Ficha de datos sociodemográficos, en la cual se incluían datos generales del participante.

Escala de Generatividad de Loyola (EGL), desarrollada por McAdams y St. Aubin (1992). Mide el interés generativo en población adulta. Consta de 20 reactivos con opciones de respuesta tipo Likert de cuatro puntos (0 "nunca", 1 "ocasionalmente", 2 "muy a menudo" y 3 "casi siempre"); hay seis reactivos redactados en sentido negativo (reactivos 2, 5, 9, 13, 14 y 15) que deben reodificarse antes de obtener índices parciales y totales. El índice total puede tener un nivel de 0 a 60 puntos, donde un mayor nivel indica mayor interés generativo; además se calculan índices para cada una de sus cinco dimensiones.

- Transmitir conocimientos o habilidades (reactivos 1, 3, 12 y 19).
- Hacer contribuciones significativas a la comunidad (reactivos 5, 15, 18 y 20).
- Hacer cosas que serán recordadas y dejar legado (reactivos 4, 6, 8, 10, 13 y 14).
- Ser creativo o productivo (reactivos 7 y 17).
- Tener responsabilidad hacia otras personas (reactivos 2, 9, 11 y 16).

Para una mejor comprensión de los resultados, en este estudio se transformaron los niveles de cada dimensión y el índice total a una escala del 0 a 100.

Según lo informado por McAdams y St. Aubin (1992), la EGL tiene una buena confiabilidad, indicada mediante un alfa de Cronbach de 0.83 que muestra de una alta consistencia interna, además de una fiabilidad test-retest con intervalo de tres semanas con una  $r = 0.73$ . En cuanto a la validez, se establecieron correlaciones positivas con medidas similares que evaluaban

la misma variable, con lo cual se concluye que la EGL presenta una aceptable validez de constructo de tipo concurrente (McAdams, St. Aubin y Logan, 1993).

### Análisis estadístico

Para efectuar el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS versión 22. Se hizo un análisis de varianza de Kruskal-Wallis para comparar los tres grupos; además, mediante la prueba U de Mann-Whitney se hicieron comparaciones entre dos grupos independientes para probar en qué grupos había diferencias estadísticamente significativas.

## RESULTADOS

Para el total del interés generativo y sus dimensiones se obtuvieron las medianas como medida de tendencia central, tal como se muestra en la tabla 1.

En la tabla 2 se muestran los resultados obtenidos mediante el análisis Kruskal Wallis con el que se comparan los resultados de interés generativo entre los tres grupos poblacionales. Se observa que existieron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos para el "Total del interés generativo" y todas las dimensiones que componen el instrumento.

Además se muestran los resultados de la prueba U de Mann-Whitney con la que se hicieron las comparaciones entre AM-JU, CPC-JU y CPC-AM para cada dimensión y el "Total de interés generativo".

Se muestra que para el "Total del interés generativo" hubo diferencias estadísticamente significativas entre los CPC, AM y JU, indicando un interés más alto en los AM. Resultados similares se indican con las di-

mensiones "Transmitir conocimientos o habilidades", "Hacer contribuciones significativas a la comunidad" y "Hacer cosas que serán recordadas y dejar legado"; en todas ellas hubo diferencias estadísticamente significativas, lo que demuestra un mayor nivel en los AM.

No obstante, en la dimensión "Tener responsabilidad hacia otras personas" hubo diferencias estadísticamente significativas en la comparación de los tres grupos, mostrando niveles más altos en los JU, mientras que en la dimensión "Ser creativo o productivo" se identificó que los JU tienen índices menores que los CPC y los AM.

## DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar el interés generativo en tres grupos poblacionales identificados como cuidadores de pacientes crónicos (CPC), adultos mayores (AM) y jóvenes universitarios (JU), así como determinar las diferencias en el interés generativo y sus dimensiones entre dichos grupos.

En términos generales se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el interés generativo entre los tres grupos poblacionales, mostrando beneficio para los AM participantes del estudio.

El grupo de AM reportó mayor interés generativo global, además de obtener los niveles más altos en dos de las cinco dimensiones del instrumento EGC. Las dimensiones indicadas fueron "Transmitir conocimiento o habilidades" y "Ser creativo o productivo". Dichos resultados son consistentes con lo informado por Villar et al., (2013), quienes afirman que el interés y las actividades generativas parecen seguir presentándose durante la

**Tabla 1.**

*Medianas para el total del interés generativo y sus dimensiones.*

	CUIDADORES PACIENTES CRÓNICOS (CPC)		ADULTOS MAYORES (AM)		JÓVENES UNIVERSITARIOS (JU)	
	N	MEDIANA	N	MEDIANA	N	MEDIANA
Total del interés generativo.	77	55.00	88	68.33	95	65.00
Transmitir conocimientos o habilidades.	78	66.66	98	75.00	98	66.66
Hacer contribuciones significativas a la comunidad.	78	50.00	98	66.66	99	66.66
Hacer cosas que serán recordadas y dejar legado.	77	55.55	95	66.66	100	61.11
Ser creativo o productivo.	78	83.33	95	83.33	100	66.66
Tener responsabilidad hacia otras personas.	78	50.00	97	66.66	99	66.66

tercera edad, lo que pone en tela de juicio la asociación entre la generatividad y la mediana edad.

**Tabla 2**

Pruebas Kruskal Wallis y U de Mann-Whitney.

VARIABLES	KRUSKAL WALLIS Ji CUADRADA	U DE MANN-WHITNEY COMPARACIONES SIGNIFICATIVAS
Total del interés generativo.	24.44**	AM < JU (z = 2.51*) CPC > JU (z = 2.81**) CPC > AM (z = 4.81**)
Transmitir conocimientos o habilidades.	15.32**	AM < JU (z = 3.16**) CPC > AM (z = 2.86**)
Hacer contribuciones significativas a la comunidad.	15.95**	CPC > JU (z = 3.07**) CPC > AM (z = 3.74**)
Hacer cosas que serán recordadas y dejar legado.	23.53**	AM < JU (z = 3.55**) CPC > AM (z = 4.56**)
Ser creativo o productivo.	19.15**	AM < JU (z = 4.21**) CPC < JU (z = 3.06**)
Tener responsabilidad hacia otras personas.	30.47**	AM > JU (z = 2.62**) CPC > JU (z = 5.32**) CPC > AM (z = 3.36**)

AM (adultos mayores), JU (jóvenes universitarios), CPC (cuidadores de pacientes crónicos).

\* p < 0.05. \*\* p < 0.01.

Incluso el mismo Erikson acuñó el término “grand generativity” para reconocer que los adultos mayores también se ven inmersos en actividades generativas ayudando a otros efectuando funciones de paternidad, mentoría o amistad, además de expresar su interés por compartir conocimientos y valores a futuras generaciones (Erikson et al., 1986).

Por otra parte, se quería conocer si generaciones más jóvenes podían desarrollar interés generativo, encontrando que el grupo de JU reportó niveles altos (similares a los de los AM) en dimensiones como “Hacer contribuciones significativas a la comunidad” y “Tener responsabilidad hacia otras personas”; además, es necesario indicar que en el interés generativo global este grupo obtuvo niveles más altos que los CPC. Estos resultados son reveladores, dado que podrían indicar que la generatividad se presenta incluso en edades más tempranas, lo cual es prometedor para el mejoramiento social por medio de las acciones que los jóvenes y adultos jóvenes puedan efectuar.

En este sentido, es necesario recordar que las personas generativas se caracterizan por mostrar genuino interés en el desarrollo de generaciones jóvenes, en el campo laboral seleccionado y en la sociedad que heredarán; por lo general fungen como guías y expresan la necesidad de compartir aprendizajes y experiencias (Cornaccione et al., 2012). En el caso de la muestra formada por jóvenes universitarios, los resultados sugieren que pudieran estar interesados en el crecimiento de sus propios pares, en el área laboral en que incursionarán después de sus estudios universitarios y en el futuro de la sociedad en que se desarrollan.

Existe una discrepancia en la función de los cuidadores frente a la generatividad, dado que hay evidencia teórica y empírica previa que indica un alto interés generativo, pero también hay estudios que indican la presencia de estrés y sobrecarga. En este sentido, en este estudio el grupo de CPC obtuvo los niveles más bajos en la mayoría de las dimensiones del instrumento EGC (excepto “Ser creativo o productivo”), así como en el interés generativo global. Estos resultados son consistentes con lo indicado por Villar (2012), que refiere que la tarea de los cuidadores primarios es una fuente de estrés y de consecuencias negativas para la salud y el bienestar.

Asimismo, es necesario indicar que las actividades generativas, además de contribuir al bien común, deben incrementar la satisfacción de las personas que las efectúan; no obstante, de acuerdo con Villar, Celdrán, Fabá y Serrat (2013), las actividades de cuidado parecen no cumplir con estos requisitos porque quien las desarrolla no presenta mayores niveles de bienestar que quienes no lo hacen. Entonces, la ausencia de beneficios personales podría evidenciar que la motivación para efectuarlas no es un interés generativo genuino, sino un contexto de obligación o falta de otras opciones.

Así, parece que aunque los AM y los CPC desarrollan actividades de cuidado, la generatividad se efectúa de manera diferencial en ambos grupos, lo cual se explicaría por los factores que los motivan a desempeñar dicha función. En el caso de los CPC parece una cuestión de obligación, mientras que los AM parecen tener mayor libertad al respecto, además de que existe evidencia de estar relacionado con una mejor calidad de vida sobre todo en autonomía, participación social e intimidad (González-Celis y Mendoza, 2016), lo cual es consistente con lo indicado por Martinson (2006) y Morrow-Howell (2007), quienes consideran que ser cuidador podría interferir con el desarrollo de otras actividades generativas porque un cuidador utiliza gran parte de su tiempo y recursos en ejercer su labor.

Además podría influir el nivel de tiempo y exigencia necesarios para cada cuidado; en el caso de los CPC tienen que enfrentarse al cuidado de una persona dependiente, con un funcionamiento físico y cognitivo deteriorado y que requiere un seguimiento médico especial, tal como lo indica Martínez (2020), mientras que los AM desarrollan funciones de cuidado a los nietos que por lo general no tienen ningún requerimiento especial como los pacientes crónicos.

En este sentido, Villar (2012) indica que ser abuelos y estar al tanto del cuidado de los nietos representa una excelente manera de ser generativo para los adultos mayores; lo anterior porque un abuelo puede proporcionar atención y cuidado cuando por alguna circunstancia los padres no pueden hacerlo de manera completa.

## CONCLUSIONES

Este estudio representa un acercamiento al caso particular de la sociedad mexicana, e incluso latinoamericana, donde los CPC que se enfrentan al cuidado de sus familiares lo hacen sin tener la formación necesaria para hacerlo, lo cual puede derivar en el bajo interés por hacerlo; en el caso de los AM es necesario investigar cuáles son los comportamientos generativos que propicien que contemplen una recompensa intangible, placentera y satisfactoria. Respecto a los JU sería muy recomendable fomentar el cuidado de otras generaciones una vez que se sabe que el interés generativo está presente en este grupo.

Los hallazgos de esta investigación aportan evidencia empírica al campo de la generatividad, aunque hay limitaciones que es necesario enunciar y que futuras investigaciones retomen. En primer lugar habría que diversificar la muestra para incluir distintos grupos etarios e incluso cuidadores de personas con diversos padecimientos, como dependencia física, deterioro cognitivo y enfermedades crónicas, entre otros. En segundo lugar sería recomendable la evaluación tanto del interés generativo como de las acciones generativas que se hacen con el objetivo de comprobar si los AM son generativos mediante el cuidado de nietos o si hay algún otro comportamiento generativo con mayor presencia e impacto. Por último, sería deseable evaluar la función de la generatividad como factor protector para la ausencia de la sobrecarga de los CPC, e incluso desarrollar intervenciones al respecto. ■

## REFERENCIAS

- Arias-Rojas, M., Barrera-Ortiz, L., Mabel-Carrillo, G., Chaparro-Díaz, L., Sánchez-Herrera, B., & Vargas-Rosero, E. (2014). Cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en las regiones de frontera colombiana: Perfil y carga percibida de cuidado. *Revista Facultad de Medicina*, 62(3), 387-397. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v62n3.39091>
- Arias, A., & Iglesias-Parro, S. (2015). La generatividad como una forma de envejecimiento exitoso. *Estudios del efecto mediacional de los vínculos sociales*. *European Journal of Investigation in Health*, 5(1), 109-120. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v5i1.94>
- Bellizzi, K. M. (2004). Expressions of generativity and posttraumatic growth in adult cancer survivors. *The International Journal of Aging and Human Development*, 58, 267-287. <https://doi.org/10.2190/DC07-CPWV-4UVE-5GK0>
- Benito-Ballesteros, Á., & De la Osa, I. (2020). La generatividad a través de la cultura. Una revisión sistemática. *Tendencias Sociales Revista de Sociología*, 5, 63-79. <https://doi.org/10.5944/ts.5.2020.27748>
- Cornaccione, M., Urrutia, A., Ferragut, L., Moiseet, G., Guzmán, E., & Sesma, S. (2012). Validez y estabilidad de la Escala Multidimensional de Generatividad (EMG). *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1(1), 218-228.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E., Erikson, J., & Kivnick, H. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton. <https://doi.org/10.1177/074171368904000107>
- González-Celis, A., & Mendoza, V. (2016). Comportamiento generativo y su efecto en la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4), 1333-1354.
- González-Celis, A., & Raya-Ayala, L. (2017). Generatividad en adultos mayores mexicanos: Asociación entre interés y comportamientos generativos. *Psicología y Salud*, 27(1), 79-88.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.
- Kotre, J. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- López, E. (2016). Puesta al día: Cuidador informal. *Revista de Enfermería Castilla y León*, 8(1), 71-77.
- Martínez, L. (2020). *El cuidador de pacientes con enfermedad crónica discapacitante: Descripción, análisis e implicaciones para la gestión (tesis doctoral)*. Universidad del Rosario.
- Martinson, M. (2006). Opportunities or obligations? Civic engagement and older adults. *Generations*, 30(4), 59-65. <https://doi.org/10.1093/geront/46.3.318>
- McAdams, D., & St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1003>

- McAdams, D., St. Aubin, E., & Logan, R. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 221-230. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.221>
- Mendoza-Nuñez, V., Vivaldo-Martínez, M., & Martínez-Maldonado, M. (2018). Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1), 1-13.
- Morrow-Howell, N. (2007). A longer worklife: The new road to volunteering. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 31(1), 63-67. <https://doi.org/10.1177/0899764015602128>
- Nava, G. M. (2012). La calidad de vida: análisis multidimensional. *Revista Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137.
- Peterson, B. (2002). Longitudinal analysis of midlife generativity, intergenerational roles, and caregiving. *Psychology and Aging*, 17(1), 161-168. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.1.161>
- Rodríguez-Lombana, L., & Chaparro-Díaz, L. (2020). Soporte social y sobrecarga en cuidadores: Revisión integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(1), 1-13. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.885>
- Sociedad Mexicana de Psicología (SMP) (2010). Código ético del psicólogo. México: Trillas.
- Triado-Tur, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula Abierta*, 47(1), 63-66.
- Villar, F. (2012). Hacerse bien haciendo el bien: La contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer. *Información psicológica*, 104, 39-56.
- Villar, F., Celdrán, M., Fabá J., & Serrat, R. (2013). La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas. *Revista Ibero-Americana de Gerontología*, 21, 61-79.
- Villar, F., López, O., & Celdrán M. (2013). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*, 29(3), 897-906. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.145171>
- Villar, F., & Serrat, R. (2014). La participación cívica de las personas mayores como expresión de la generatividad en la vejez. *Estudios Interdisciplinarios, Porto Alegre*, 19(2), 345-358. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.44952>
- Villareal, M., Hernández, J., Leal, C., Medina, S., & Vázquez, C. (2020). Bienestar psicológico y Generatividad en adultos mayores que practican el voluntariado. *Neurama Revista Electrónica de Psicogerontología*, 7(1), 46-57.
- Zacarés, J. J., & Serra, E. (2011). Explorando el territorio del desarrollo adulto: La clave de la generatividad, *Cultura y Educación* 23(1), 75-88. <https://doi.org/10.1174/113564011794728533>



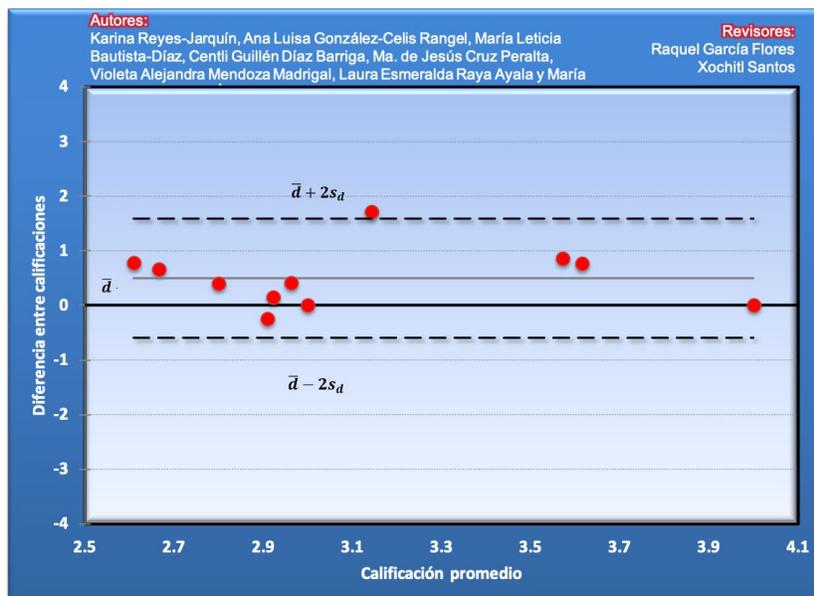


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

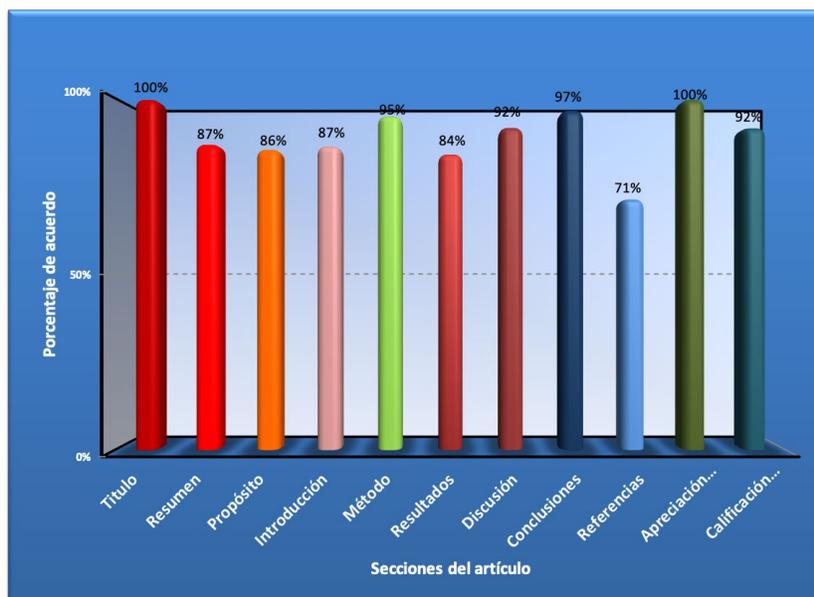
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
Xochitl Santos	Raquel García Flores
<b>Título/Autoría</b>	
El título es adecuado y refleja el objetivo del estudio, es breve y conciso; se ajusta a los requerimientos de la revista.	
<b>Resumen</b>	
El resumen cumple con el criterio de número de palabras, sin embargo, se encontraron algunos detalles que podrían mejorar la calidad del mismo: En el primero párrafo se hace hincapié en la Teoría que fundamenta el constructo, sin embargo, se deja de fuera por qué es importante evaluar el interés en el grupo de universitarios (es parte fundamental del trabajo y del planteamiento del problema). Y en el último párrafo también se excluyen los resultados en el grupo de jóvenes. Sería conveniente que se incluyeran las implicaciones de los hallazgos de este estudio, de manera breve y concisa.	
<b>Próposito del Estudio</b>	
Sería importante ampliar el planteamiento del problema, justificar teórica y empíricamente por qué utilizar estos tres grupos. Dado el alcance del estudio, podrían agregar hipótesis de investigación. Incluso implicaciones C implicaciones teóricas y prácticas del estudio.	
<b>Introducción</b>	
Es importante que se agreguen las hipótesis de investigación. El tipo de estudio y alcance lo requiere. Sería importante que se profundice en por qué es importante investigar este tema en los tres grupos evaluados, aportar más evidencia teórica y empírica del estudio de esta variable en los tres grupos o bien explicar si no existe, la relevancia de los hallazgos o implicaciones teóricas del este estudio.	en general la introducción me parece adecuada

Revisor 1	Revisor 2
<b>Método</b>	
Falta mencionar los criterios de exclusión y eliminación para el estudio. Podrían incluir si el protocolo fue aprobado por algún Comité de Ética. En el manuscrito se menciona que se obtuvieron los permisos de las instituciones implicadas, sin embargo, no queda claro de qué tipo de institución se está hablando, ya que la muestra es diversa y se conforma por tres grupos poblacionales diferentes.	el método se encuentra redactado con claridad
<b>Resultados</b>	
Se sugiere a los autores plantear al menos una hipótesis de investigación dado el alcance del estudio. Los datos se analizaron con estadística paramétrica (ANOVA de un factor), sin embargo, no se cumplen los criterios para el uso de dicha prueba. Se recomienda utilizar otro estadístico para distribución no normal. Revisar el manual APA para formato de número de tablas (negrillas). Incluir una nota en la que describan las abreviaturas (grupos a los que corresponden).	los resultados están reportados correctamente
<b>Discusión</b>	
Algunos párrafos están deben integrarse en el anterior para dar continuidad a la idea, por ejemplo: el tres y cuatro, seis y siete. Revisar la redacción del párrafo ocho. En el texto se debe revisar el uso de et al., (Manual APA). En la discusión los autores asumen hallazgos que no evaluaron como “que la tarea de los cuidadores primarios es una fuente de estrés y de consecuencias negativas para la salud y el bienestar”. En general, se sugiere discutir con base en la literatura que, en este caso requiere mayor énfasis en los estudios previos de la variable de interés y en la unidad de análisis.	la proporción de mujeres que participaron en el estudio fue mucho mayor a la de los hombres, se sugiere incluir en la discusión este tema. Quizás los resultados de este estudio sean atribuibles a las mujeres, por lo que en un futuro se sugeriría llevar a cabo estudios para identificar diferencias entre hombres y mujeres.
<b>Conclusiones</b>	
Valdría la pena ahondar más desde la introducción a qué se refieren con cuidador, su importancia y los efectos del cuidado en contextos de enfermedad crónica. Hay estudios en los que se observa que los jóvenes también llegan a asumir el rol de cuidador en contexto de enfermedad crónica. En el párrafo de las limitaciones se menciona incluir otro tipo de cuidadores, ¿a cuáles se hace referencia?	se sugiere incluir como futuras líneas los estudios de género en relación al interés generativo.

Revisor 1	Revisor 2
Referencias	
Revisar Manual APA para el uso de & (dos autores). Revisar Manual APA uso de y o & en textos en inglés. En términos generales se sugiere a los autores actualizar sus referencias y ampliar su marco teórico, ya que eso limita su discusión y conclusiones.	las referencias están redactadas correctamente.





[Estudio de caso]

[10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.331.364-383](https://doi.org/10.22402/j.rdipecs.unam.7.2.2021.331.364-383)

## INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DISMINUIR DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN UNA PERSONA CON ASMA: ESTUDIO DE CASO

Isaías Vicente Lugo González y Yuma Yoaly Pérez Bautista  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
México

### RESUMEN

Las intervenciones psicológicas en personas con asma van dirigidas a mejorar la adaptación a la enfermedad y disminuir sus consecuencias emocionales. Se presenta un estudio de caso sistemático de una mujer con asma, ansiedad y depresión. El propósito de la intervención fue modificar la percepción de la enfermedad y disminuir los síntomas de ansiedad y depresión. La evaluación se basó en el análisis funcional de la conducta, el cuestionario breve de percepción de enfermedad y la escala de ansiedad y depresión hospitalaria. Los resultados se valoraron con el cambio clínico objetivo y mostraron una modificación clínicamente significativa en la percepción emocional de la enfermedad (-100%), consecuencias percibidas (-85%) y control personal percibido (100%). Además, decrementó el nivel de ansiedad (-45%) y depresión (-75%). Se concluye que las intervenciones psicológicas deben formar parte del tratamiento multidisciplinario para favorecer una mejoría en calidad de vida y minimizar sus repercusiones emocionales.

### Palabras Clave:

asma, depresión, ansiedad, percepción de enfermedad, estudio de caso sistemático

## COGNITIVE-BEHAVIORAL INTERVENTION FOR REDUCE DEPRESSION AND ANXIETY IN A PERSON WITH ASTHMA: CASE STUDY

### ABSTRACT

Psychological interventions in people with asthma are aimed at improving adaptation to the illness and reducing its emotional consequences. A systematic case study of a woman with asthma, anxiety and depression is presented. The purpose of the intervention was to modify the illness perception and reduce the symptoms of anxiety and depression. The evaluation was based on the Functional Analysis of Behavior, the Brief Illness Perception Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. The results were evaluated with the Objective Clinical Change and showed a clinically significant modification in the emotional perception of the illness (-100%), perceived consequences (-85%) and perceived personal control (100%). In addition, the level of anxiety (-45%) and depression (-75%) decreased. It is concluded that psychological interventions should be part of the multidisciplinary treatment to favor an improvement in quality of life and minimize its emotional repercussions.

### Keywords:

asthma, depression, anxiety, illness perception, systematic case study

### BITÁCORA DEL ARTÍCULO:

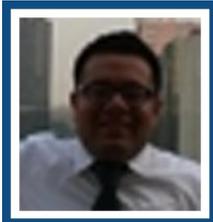
| Recibido: 8 de Septiembre de 2020 | Aceptado: 03 de mayo de 2021 | Publicado en línea: Julio - Diciembre de 2021 |



## AUTORÍA Y DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

### INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DISMINUIR DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN UNA PERSONA CON ASMA: ESTUDIO DE CASO

Isaías Vicente Lugo González y Yuma Yoaly Pérez Bautista  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM  
México



Isaías Vicente Lugo González  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [isaiasvlg@comunidad.unam.mx](mailto:isaiasvlg@comunidad.unam.mx)

Licenciado y maestro en Psicología por Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Estuvo adscrito a la coordinación de psicología de las unidades privadas de hemodiálisis del Centro de Diagnóstico Ángeles, pertenecientes al Grupo Ángeles servicios de salud, y trabajó en el área de Psicología del Centro Médico ISSEMyM Ecatepec.



Yuma Yoaly Pérez Bautista  
FES- Iztacala, UNAM  
Correo: [yoalyyu@comunidad.unam.mx](mailto:yoalyyu@comunidad.unam.mx)

Doctora en Psicología y Salud, por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Actualmente colabora en la investigación e intervención de problemas de salud en el Grupo de Investigación en Psicología y Salud Sexual de la FES Iztacala. Tiene experiencia docente a nivel licenciatura en la FES Iztacala. Ha publicado en revistas indexadas a nivel nacional e internacional; es coautora de capítulos de libro.

### CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Isaías Vicente Lugo González estuvo a cargo de la aplicación del tratamiento, análisis de datos, redacción del manuscrito | Yuma Yoaly Pérez Bautista participó en la discusión de la intervención, análisis de datos, redacción del manuscrito.

### AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por las facilidades para llevar a cabo la intervención.

### DATOS DE FILIACIÓN DE LOS AUTORES

Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y Educación (UICSE). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM



Copyright: © 2021 Lugo-González, I. y Pérez-Bautista, Y. Y.

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia [Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/), por lo que su contenido gráfico y escrito se puede compartir, copiar y redistribuir total o parcialmente sin necesidad de permiso expreso de sus autoras con la única condición de que no se puede usar con fines directamente comerciales y los términos legales de cualquier trabajo derivado deben ser los mismos que se expresan en la presente declaración. La única condición es que se cite la fuente con referencia a la [Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social](https://doi.org/10.24018/psicologia-y-ciencia-social) y a sus autoras.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>367</b>
<b>MÉTODO</b>	<b>368</b>
Identificación del caso, 368	
Análisis del motivo de la intervención, 368	
Antecedentes del problema, 368	
Descripción y análisis del problema, 368	
<b>PLAN DE INTERVENCIÓN</b>	<b>369</b>
Descripción del plan intervención, 369	
Establecimiento de los objetivos del plan de intervención, 369	
Técnicas de evaluación del plan de intervención, 370	
<b>EFICACIA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN</b>	<b>370</b>
Aplicación del plan de intervención, 370	
<b>PRESENTACIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>371</b>
Análisis de los cambios que produjo el plan de intervención, 372	
Significancia clínica de los cambios, 373	
Relevancia social del cambio, 373	
<b>PRONÓSTICO</b>	<b>374</b>
Descripción de la fase de seguimiento, 374	
Resultados en la fase de seguimiento, 374	
<b>REFERENCIAS</b>	<b>374</b>

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónico degenerativas se caracterizan por ser de larga duración, así como por carecer de cura, lo que condiciona usar tratamientos para el control de síntomas y un ajuste constante a la enfermedad (Barley y Lawson, 2016; Bravo-González, 2014; Grau-Abalo, 2016; Larsen, 2009).

Vivir con una enfermedad crónico degenerativa se ha asociado con el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión (Katon, 2011; Gerontoukou, Michaelidou, Rekleiti, Saridi, y Souliotis, 2015). En el caso de las enfermedades respiratorias como el asma, estas sintomatologías están asociadas con la intensidad y frecuencia de los síntomas de la enfermedad (disnea, opresión torácica, etcétera) y a las consecuencias de un control inadecuado de ésta (limitaciones funcionales, mayor frecuencia de síntomas diurnos, nocturnos, necesidad de medicación de rescate y atención de urgencias); Foster, Lavoie, y Bouler, 2011; Global Initiative for Asthma [GINA], 2019).

Se conoce que entre 1 y 48% de los pacientes con asma presentan algún grado de ansiedad y depresión (Ciprandi, Schiavetti, Rindone y Ricciardolo, 2015; Di Marco et al., 2010; Ritz, Meuret, Trueba, Fritzsche y Von Leupoldt, 2013). Debido a lo anterior, dicha sintomatología ha sido ampliamente investigada en este tipo de pacientes porque son las comorbilidades psicológicas más prevalentes y guarda relación con la calidad de vida, limitaciones funcionales y el control de la enfermedad (Di Marco et al., 2010; Foster et al., 2011; Yorke, Fleming, Shuldham, Rao, y Smith, 2015).

Como ejemplo de lo anterior, Ciprandi et al. (2015) desarrollaron una investigación con 263 pacientes con asma, identificando que cerca de 37% presentaba ansiedad y 11% depresión. Por su parte, Coban y Aydemir (2014) evaluaron a 174 pacientes, donde se observó que 33% presentó ansiedad y casi 48% depresión. Ryu, Chun, Lee y Chang (2010) evaluaron a 227 pacientes con tres tipos de enfermedades respiratorias, encontrando que de los pacientes con asma ( $n = 37$ ) 16% presentó síntomas de ansiedad y 41% sintomatología moderada y severa de depresión. Por último, Di Marco et al. (2010) reportaron que, en una muestra de 315 pacientes hospitalizados, 39% calificó con datos para ansiedad y 27% para depresión.

Ahora bien, es importante considerar que, en el caso de México, los síntomas de ansiedad presentes en la población con asma se han reportado entre 50 y 75%,

mientras que los de depresión oscilan entre 30 y 50% (Espinoza et al., 2016; Guillen, González, Sánchez y Fernández-Vega, 2018; Guillen y González, 2019; Lugo-González, Reynoso-Erazo y Fernández-Vega, 2014).

Es evidente el impacto emocional que genera la enfermedad y el efecto negativo de la depresión y ansiedad en el manejo de ésta (Ciprandi et al., 2015; Coban y Aydemir, 2014; Di Marco et al., 2010), por lo que un abordaje adecuado para los pacientes corresponde con tratamientos multidisciplinarios que incluyen intervenciones psicológicas y tratamiento médico (DeGood, Crawford y Jongsma, 1999; GINA, 2019).

En las intervenciones psicológicas desde la medicina conductual en asma, los objetivos particulares corresponden con 1) favorecer la prevención de crisis de asma; 2) mejorar la función pulmonar; 3) aumentar la calidad de vida; 4) incrementar el control del asma, y 5) disminuir el impacto emocional de la enfermedad (DeGood, Crawford y Jongsma, 1999; Guillen y Lugo-González, 2014; Ritz et al., 2013).

Estas intervenciones pueden estar conformadas por diversos componentes de tratamiento como: estrategias psicoeducativas, técnicas para favorecer la relajación y/o incrementar el afrontamiento funcional frente al impacto físico y emocional de la enfermedad (DeGood et al., 1999; Guillen y Lugo-González, 2014; Ritz et al., 2013; Yorke et al., 2015).

Desde esta lógica, los mecanismos de intervención pueden estar orientados hacia los componentes cognitivos, porque una evaluación o percepción negativa de la enfermedad favorece repercusiones emocionales y limitaciones en el manejo de la enfermedad (Achstetter, Schultz, Faller y Schuler, 2016; Bahçecioğlu y Çevikakyl, 2014; Lugo-González et al., 2014), por lo que el uso de técnicas cognitivas para favorecer una modificación en la percepción de la enfermedad son un recurso ideal. Sin embargo, también podría ser útil el uso de técnicas conductuales con las que, mediante procedimientos como los experimentos o ensayos conductuales, se exponga a las personas a tener contacto con consecuencias positivas, contrarias a lo esperado y que resulten en cambios cognitivos o perceptuales (Beck, Rush, Shaw y Emery 2010; McAndrew et al., 2008).

En este sentido se podría intervenir, de manera inicial, con estrategias conductuales orientadas a favorecer el afrontamiento activo de los problemas vinculados con la enfermedad, ayudando a la modificación de percepciones negativas de la enfermedad, cambios en las repercusiones emocionales y adaptación al padecimiento (Freitas et al., 2019; Karekla, Karademas y Gloster, 2019; Lugo-González y Pérez-Bautista, 2018; Prapa et al., 2017).

Ahora bien, la evidencia más actual respecto de la efectividad de las intervenciones psicológicas cognitivas conductuales y de medicina conductual en pacientes con asma ha resultado ser de leve a moderada en cuando al manejo de ansiedad y depresión (Pateraki y Graham, 2018; Smith y Jones, 2015). A pesar de esto, se han propuesto como formas de intervención complementarias a los tratamientos médicos para el manejo del impacto emocional, afrontamiento y adaptación a la enfermedad, calidad de vida, adherencia al tratamiento y control del asma, interviniendo sobre todo con técnicas basadas en elementos educativos, estrategias para favorecer la relajación, solución de problemas, afrontamiento activo y las enfocadas a la modificación de la percepción de la enfermedad (Kew, Nashed, Dulay y Yorke, 2016; Pateraki et al., 2018; Ritz et al., 2013; Smith y Jones, 2015; Stanescu, Kirby, Thomas, Yardley y Ainsworth, 2019; Yorke et al., 2015), concentrándose en abordajes individuales y en los mecanismos de cambio y mantenimiento de los problemas emocionales (Pateraki et al., 2018; Ritz et al., 2013; Smith y Jones, 2015).

## MÉTODO

### Identificación del caso

Con base en la estructura metodológica de Iwakabe y Gazzola (2009), se muestra un estudio de caso sistemático en el que participó Sandra (nombre ficticio), mujer adulta de 30 años, con sintomatología de ansiedad, depresión y con un diagnóstico médico de asma de difícil control. Sandra es casada desde hace dos años, no tiene hijos y vive en la casa de sus padres, junto con su esposo. Tiene escolaridad técnica (optometría) y es originaria y residente del Estado de México.

La intervención se efectuó en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y se derivó de un protocolo de investigación de percepción de enfermedad, adherencia al tratamiento y control del asma, evaluado y aceptado por el comité de ética en investigación del INER (núm. C47-18).

### Análisis del motivo de la intervención

Sandra acude a consulta psicológica por decisión propia (posterior a responder una evaluación), debido a que tenía cuatro meses experimentando malestar emocional (sintomatología de ansiedad y depresión) asociado a las repercusiones de vivir con asma, las consecuencias en su vida cotidiana, la experimentación de síntomas, las limitaciones funcionales, las visitas al hospital, la posibilidad de ser hospitalizada o permanecer

en urgencias, y la realización de estudios (espirometría y su posterior experiencia de síntomas).

### Antecedentes del problema

Sandra fue diagnosticada con asma desde los tres años (27 años con la enfermedad); acudió a un hospital especializado en enfermedades respiratorias en la Ciudad de México desde los nueve y hasta los 16 años, periodo en que no efectuó un tratamiento de control para el asma, por lo que acudía con frecuencia por crisis de asma, y al hacerse estudios de espirometría, éstas evidenciaban obstrucción bronquial.

Entre los 16 y los 29 años tuvo tres crisis de asma (dos atendidas en hospitales públicos de la Ciudad de México, y en las cuales perdió el conocimiento) que la llevaron a ser hospitalizada; fue en 2018 la más severa, porque estuvo internada durante 11 días; dicha hospitalización se extendió debido a que sus espirometrías evidenciaban obstrucción.

Además de visitar el hospital en tres ocasiones por crisis de asma, la paciente normalmente presentaba síntomas frecuentes, estaba limitada en sus actividades cotidianas, tenía problemas para dormir y usaba de manera excesiva el medicamento de rescate (salbutamol), condiciones que repercutían de modo cotidiano en diferentes ámbitos de su vida.

### Descripción y análisis del problema

Con base en la información recabada se diseñó el análisis funcional de la conducta (AFC), utilizando un modelo ABC (Antecedente-Conducta-Consecuencia; Kanfer y Sallow, 1965), el cual mostró que Sandra acudió por malestar emocional asociado al impacto de vivir con asma, mismo que se manifestó en la presencia de ansiedad y depresión desde hacía cuatro meses, al tener una crisis de asma, y estar hospitalizada durante 11 días porque sus espirometrías evidenciaban obstrucción, razón por la cual no podía ser dada de alta. Durante dichos meses tuvo que acudir a consultas y a hacerse más estudios, mismos que tenían un resultado adverso y lo cual la colocaba en posibilidad de ser evaluada en urgencias y/o ser hospitalizada.

Aunado a lo anterior, presentaba respuestas anticipatorias de ansiedad asociadas con una percepción negativa de la enfermedad. Otros sucesos relacionados con estas problemáticas son sus experiencias con el diagnóstico temprano de asma, pérdida de conocimiento, hospitalizaciones de larga duración, limitaciones funcionales, uso excesivo de salbutamol y evidencia frecuente de obstrucción en estudios, todo ello por un bajo control de la enfermedad.

El mantenimiento de estas problemáticas es consecuencia de la dificultad para lograr —a pesar de encon-

trarse en tratamiento— un control óptimo de la enfermedad, uso de medicamento de rescate, presencia de síntomas de asma, limitaciones funcionales, evitación de situaciones sociales y físicas, y una continua valoración negativa de la enfermedad, además de su perspectiva para abordar sus problemas (orientación negativa), así como una tendencia a afrontarlos de manera evitativa. El AFC se muestra gráficamente en la figura 1.

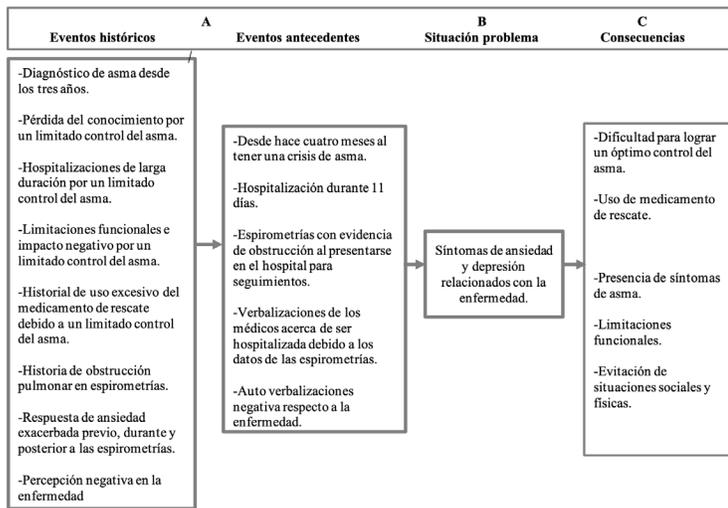


Figura 1.

AFC de Sandra.

## PLAN DE INTERVENCIÓN

### Descripción del plan intervención

Derivado del AFC y la evaluación psicométrica se diseñó una intervención cognitivo-conductual enfocada en las estrategias de psicoeducación, solución de problemas, planeación de actividades y revaloración cognitiva. El tratamiento estuvo estructurado de la siguiente manera: evaluación inicial, intervención, evaluación final y seguimiento. En total se efectuaron tres sesiones de evaluación y seis sesiones de intervención, con una duración de entre 60 y 90 minutos cada una. Las variables de la intervención se describen en la tabla 1.

Tabla 1.

Descripción de técnicas de intervención para el caso de Sandra.

TÉCNICA	DESCRIPCIÓN
Psico educación	Estrategia enfocada en la transmisión de información respecto a una conducta, enfermedad y/o tratamiento, con el objetivo de lograr un cambio comportamental y/o de creencias asociadas a ésta. Puede ser dirigida por un especialista y efectuada por diferentes medios (verbal, práctica conductual, con material impreso o audiovisual) (Colom, 2011).
Solución de problemas	Estrategia utilizada para favorecer las habilidades de plantear, analizar y poner en marcha planes de acción para resolver problemas de manera organizada, estructurada y mediante una serie de pasos que permita un cambio conductual dirigido a objetivos específicos (Nezu, Nezu y D'Zurilla (2007)
Planeación de actividades	.Estrategia enfocada en la sistematización de actividades potencialmente reforzantes dirigidas a favorecer la implementación de estrategias para afrontar situaciones de riesgo para el estado de ánimo (Kanter et al., 2010).
Revaloración Cognitiva	Estrategia orientada a modificar formas de pensamiento y percepción asociadas de manera negativa con una situación, enfermedad o tratamiento, considerando que estas se asocian con experiencias emocionales y formas de comportamiento específicas (Beck et al., 2010).

### ESTRATEGIA COMPLEMENTARIA (VER DESARROLLO DEL CASO)

### Establecimiento de los objetivos del plan de intervención

El propósito principal de la intervención cognitivo-conductual fue modificar la percepción de la enfermedad y disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión por medio de la aplicación de técnicas para favorecer el afrontamiento funcional y la exposición a condiciones diferentes a las percibidas, esto debido a las relaciones identificadas en el AFC. La definición conceptual y operacional se muestran en la tabla 2.

**Tabla 2.**  
Definición conceptual y operacional de las variables de resultados para el caso de Sandra.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Percepción de enfermedad	Percepción de temporalidad, identidad, control, consecuencias, coherencia y resultados emocionales atribuidos a la enfermedad (Leventhal, Leventhal y Contrada, 1998).	Cuantificación obtenida en los ítems del B-IPQ (Broadbent, Petrie, Main, y Weinman, 2006).
Síntomas de ansiedad	Respuestas cognitivas, conductuales y emocionales, caracterizadas por anticipación al peligro y activación elevada (Barragán, Parra, Contreras y Pulido, 2003).	Cuantificación obtenida en la escala de ansiedad del HADS (Zigmond y Snaith, 1983).
Síntomas de depresión	Respuestas cognitivas, conductuales y emocionales que incluyen sentimientos de tristeza, pensamientos con tendencia hacia lo negativo y deterioro en el plano motivacional (Vázquez, 2002).	Cuantificación obtenida en la escala de depresión del HADS (Zigmond y Snaith, 1983).

### Técnicas de evaluación del plan de intervención

- *Entrevista conductual*: Para la exploración de datos generales, motivo de consulta, aspectos asociados a la enfermedad y análisis conductual para el desarrollo del AFC.
- *Brief Illness Perception Questionnaire* (B-IPQ; Broadbent et al., 2006): Instrumento para la evaluación de la percepción de la enfermedad, el cual está constituido por nueve ítems divididos de la siguiente manera: 1) consecuencias; 2) temporalidad; 3) control personal de la enfermedad; 4) control del tratamiento; 5) identidad; 6) preocupación por la enfermedad; 7) coherencia (comprensión de la enfermedad); 8) representación emocional de la enfermedad, y 9) causas de la enfermedad. Cada ítem, excepto el 9), se responde con una escala continua que va de

0-10, lo que se traduce en que a mayor puntuación en cada ítem mayor es la característica medida; por ejemplo, mayores consecuencias percibidas, control personal o impacto emocional. La escala tiene datos adecuados de confiabilidad test-retest oscilando entre  $r = 0.42$  y  $r = 0.72$  con un intervalo de seis semanas entre aplicaciones; además tiene evidencias de validez de tipo predictivo, convergente y divergente.

- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983): Constituida por 14 ítems; siete para síntomas de ansiedad y siete para síntomas de depresión. Tiene la finalidad de evaluar dicha sintomatología en personas encontradas en el contexto hospitalario. Se recomienda su uso hospitalario porque excluye sintomatología somática de ansiedad y depresión. Se responde en una escala tipo Likert de 0 a 3 puntos dependiendo de la intensidad de los síntomas. Las puntuaciones de la escala van de 0 a 21 puntos para ambos tipos de síntomas y se han configurado como puntos de corte los siguientes: 0-7 síntomas no significativos; 8-10 síntomas dudosos, y 11-21 síntomas presentes. En México cuenta con adecuadas propiedades psicométricas de confiabilidad en pacientes con obesidad (Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara y Vázquez, 2007), infección por VIH (Noguera, Pérez, Barrientos, Robles y Sierra, 2013), cáncer (Galindo et al., 2015) y enfermedad renal crónica (Lugo-González, Pérez-Bautista y Sánchez-Cervantes, 2018), con datos de alfa de Cronbach de 0.82, 0.90, 0.86 y 0.82, respectivamente). Manteniendo la estructura de dos factores, con excepción del estudio de Noguera et al. (2013).

### EFICACIA DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

#### Aplicación del plan de intervención

Dada la estructura de evaluación en intervención, para efectuarla se utilizaron los siguientes materiales.

- *Manual de solución de problemas para pacientes con asma*. Herramienta teórico-práctica acerca del proceso de solución de problemas en el que se abarca la orientación al problema y los cinco pasos para resolver un problema del modelo de Nezu, Nezu y D'Zurilla (2007).
- *Formato Haciendo mi plan de actividades*. Formato comúnmente utilizado en intervenciones conductuales para depresión basadas en activación conductual. Incluye los siguientes elementos para la planeación de actividades: ¿Qué quiero hacer? ¿Qué

necesito? ¿Cuándo y cuánto tiempo durará? ¿Lo haré solo o acompañado? ¿Cómo me sentí al hacerlo de 0 a 100? El presente formato se basó en el estudio de Lugo-González y Pérez-Bautista (2016).

Las actividades de evaluación e intervención se describen en la tabla 3.

**Tabla 3.**

Actividades de evaluación e intervención para el caso de Sandra.

ETAPA/SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Evaluación inicial. Sesión 1	1) entrevista conductual para el desarrollo del AFC, 2) aplicación del HADS y 3) aplicación del BIPQ.
Sesión 2	1) retroalimentación del AFC a la paciente y propuesta del plan de intervención (psicoeducación, solución de problemas, planeación de actividades). En este, la paciente encontró congruencia con su perspectiva del problema, el AFC y la propuesta de intervención; 2) inicio de la intervención en solución de problemas, de los componentes de orientación al problema, solución de problemas y estilo de solución de problemas.
Intervención. Sesión 3	1) lista de problemas, definición del problema e identificación de barreras para la solución de problemas; y 2) como actividad para casa se dejó el planteamiento de posibles soluciones al problema y una lista de actividades potenciales para realizar, que guardaran relaciones con el impacto de su enfermedad.
Sesión 4	1) vínculo entre problemas, se valoraron las opciones de solución, 2) se introdujo la planeación de actividades y se planearon actividades para los siguientes 15 días, y 3) como actividad para casa se planteó la realización de actividades planeadas en sesión.
Sesión 5	1) aplicación del HADS, 2) aplicación del BIPQ, 3) análisis de logros con planeación de actividades, impacto en las evaluaciones y mecanismos de impacto, 4) realización del segundo plan de actividades, y 5) como actividad para casa se planteó la realización de actividades planteadas en sesión.

Derivado de una serie de hallazgos relacionados con su enfermedad, su neumóloga decidió proponerle nuevas opciones de diagnóstico y de tratamiento invasivo (termoplastia bronquial) para mejorar su control del asma, mismas que implicaban un nuevo ajuste por parte de Sandra. Por ello, al presentarse un nuevo desajuste emocional se incorporaron estrategias de intervención (no correspondientes al plan original) y se decidió enfocarse en el trabajo propuesto por su médico.

ETAPA/SESIÓN	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES
Sesión 6	1) análisis de logros con planeación de actividades, impacto en las evaluaciones y mecanismos de impacto, 2) realización del tercer plan de actividades, y 4) como actividad para casa se planteó la realización de actividades planeadas en sesión. Al finalizar esta sesión se presentó una situación problema. *
Evaluación/ Intervención. Sesión 7	1) aplicación del HADS, 2) aplicación del BIPQ, 3) análisis de una nueva situación problema, 4) introducción al modelo ABC para revaloración cognitiva, 4) introducción y práctica de estrategia de relajación progresiva de Jacobson, y 5) planeación de actividades sobre búsqueda de información para solucionar y afrontar el nuevo problema.
Sesión 8	1) ejercicios de revaloración cognitiva, 2) práctica de relajación progresiva de Jacobson y 3) análisis de información encontrada.
Seguimiento. Sesión 9	1) aplicación del HADS, 2) aplicación del BIPQ, 3) planteamiento de seguimiento posterior a la resolución de problemas vinculados con su nuevo abordaje médico.

Derivado de una serie de hallazgos relacionados con su enfermedad, su neumóloga decidió proponerle nuevas opciones de diagnóstico y de tratamiento invasivo (termoplastia bronquial) para mejorar su control del asma, mismas que implicaban un nuevo ajuste por parte de Sandra. Por ello, al presentarse un nuevo desajuste emocional se incorporaron estrategias de intervención (no correspondientes al plan original) y se decidió enfocarse en el trabajo propuesto por su médico.

## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Para analizar el efecto de la intervención se usó el índice de cambio clínico objetivo expresado en porcentaje (CCO) (Cardiel, 1994) para la comparación de las medidas de la HADS y el BIPQ respecto de la evaluación inicial y la segunda evaluación (sesión 5), medidas que corresponden con la implementación de la intervención planteada en un inicio (psicoeducación, solución de problemas y planeación de actividades). Es necesario mencionar que este contraste ya no se efectuó para las siguientes mediciones debido a las características del caso (incorporación de situaciones adversas y otras técnicas de intervención).

Se recomienda el CCO para evaluar la significancia clínica de los efectos de un tratamiento, y se reporta que una diferencia entre la posevaluación y la preevaluación dividida entre esta última, se indica que un índice  $\geq$  a 20% es clínicamente significativo; puede haber cambio negativo o positivo, debido al tipo de variable que se esté analizando (García-Flores y Sánchez-Sosa, 2013).

## Análisis de los cambios que produjo el plan de intervención

Se corroboró que la paciente tenía una orientación negativa hacia los problemas y un estilo de afrontamiento evitativo, por lo que se procedió a trabajar con la identificación de problemas y barreras para el afrontamiento activo y así delinear las soluciones para los problemas.

Al momento de la implementación de la solución de los problemas, la planeación de actividades fungió como vínculo para hacerlo y se consideró una lógica de experimentos conductuales enfocados a conseguir evidencia en contra de la percepción negativa de la enfermedad, y como resultado disminuir el impacto emocional, favorecer el control de ésta y la calidad de vida. En este sentido los resultados iniciales se orientan a la planeación de actividades constituidas como herramientas de cambio cognitivo e implementadas entre las sesiones cuatro y siete (tabla 4).

### Tabla 4.

Descripción, planeación y efectos de las actividades a efectuar durante la intervención del caso de Sandra.

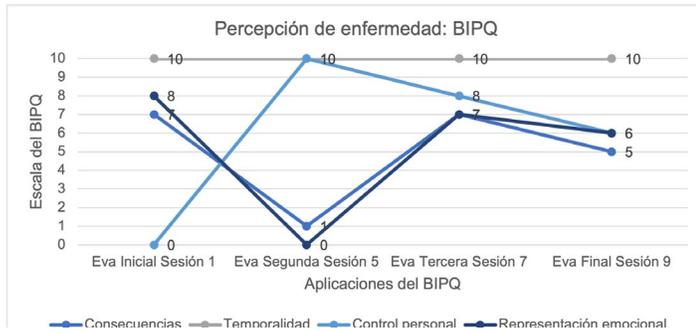
¿QUÉ ACTIVIDAD QUIERO HACER?	¿QUÉ NECESITO?	¿CUÁNDO Y CUÁNTO TIEMPO DURARÁ?	¿LO HARÉ SOLA O ACOMPAÑADA?	¿CÓMO ME SENTÍ AL HACERLO? *
<b>PRIMER PLAN DE ACTIVIDADES</b>				
Hacer ejercicio.	Ropa deportiva. Energía.	Lunes-viernes, 30-40 minutos.	Sola.	70
Andar en bicicleta.	Bicicleta.	Diario, 15 minutos.	Sola.	80
Ir a un concierto.	Boleto.	1 día, dos horas.	Acompañada por esposo y amigos.	90
Bailar.	Pareja, música.	10 minutos.	Acompañada.	60
Ir a la feria.	Dinero.	1 día, tres horas.	Acompañada.	90
Patinar.	Patines, coderas, rodilleras.	1 hora, 1 día.	Acompañada.	80
<b>SEGUNDO PLAN DE ACTIVIDADES</b>				
Hacer ejercicio.	Ropa deportiva. Energía.	Lunes-viernes, 30-40 minutos.	Sola.	80
Andar en bicicleta.	Bicicleta.	Diario, 15 minutos.	Sola.	70
Ir a un concierto.	Boleto.	1 día, dos horas.	Acompañada por esposo y amigos.	90
Ir a Six Flags.	Dinero, tiempo.	1 día.	Acompañada.	100
Salir con amigos.	Tiempo y ánimo.	Medio día.	Acompañada.	
<b>TERCER PLAN DE ACTIVIDADES</b>				
Hacer ejercicio.	Ropa deportiva. Energía.	Lunes-viernes, 30-40 minutos.	Sola.	60
Andar en bicicleta.	Bicicleta.	Diario, 15 minutos.	Sola.	60
Reunión familiar.	Tiempo y ánimo.	4 horas.	Acompañada.	40

\* La valoración correspondió con una escala de 0 a 100, donde un valor más cercano a 100 implica un mejor nivel de estado de ánimo.

Es necesario indicar que en la planeación dos no pudo efectuar una actividad (salir con amigos) por falta de organización. Asimismo, en el tercer plan las principales actividades que realizó disminuyeron sus propiedades reforzantes (problema relacionado con la enfermedad).

### Significancia clínica de los cambios

Derivado de las experiencias que Sandra tuvo en el proceso de solución de problemas y la planeación de actividades, el resultado fue opuesto a lo que ella esperaba. En este sentido, los cambios (figura 2) en la percepción de enfermedad se evidenciaron en la disminución del impacto emocional asociada a esta (-100%), consecuencias negativas percibidas (-75%) y aumento en el control percibido de la enfermedad (100%); siendo clínicamente significativos, dichos cambios no se presentaron en la temporalidad, de tal forma que Sandra siempre consideró al padecimiento como algo crónico.



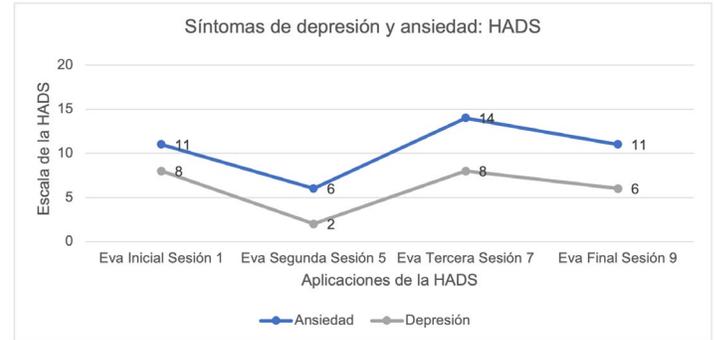
**Figura 2.**  
Resultados en percepción de enfermedad: BIPQ.

A pesar de que después de la quinta sesión aún se continuó con la intervención de plan de actividades, la siguiente evaluación se hizo en dos sesiones después, momento donde se identificaron cambios en el avance de los resultados obtenidos debido a problemas con nuevos datos en el diagnóstico de la enfermedad y formas de tratamiento.

Dadas las características del problema presentado, se decidió incluir a la intervención técnicas complementarias y se consiguió un decremento significativo clínicamente para la evaluación final en las consecuencias percibidas de la enfermedad (-28%), no así para el impacto emocional de la enfermedad (-14%); al final la percepción de control de la enfermedad continuó disminuyendo (-40% al contrastar las sesiones cinco y nueve, y -25% entre las sesiones siete y nueve).

Los cambios también se presentaron en las variables de tipo emocional; en la figura 3 se muestra que entre la primera (evaluación inicial) y quinta sesiones

(segunda evaluación), la ansiedad disminuyó 45% y la depresión 75%, siendo cambios clínicamente significativos. Después de la sesión seis la ansiedad se incrementó en 57% y la depresión en 75%, y después de incluir las nuevas técnicas de intervención estas variables volvieron a disminuir 21 y 25%, respectivamente, al contrastar las sesiones siete y nueve.



**Figura 3.**  
Resultados en ansiedad y depresión: HADS.

### Relevancia social del cambio

Se considera que la solución de problemas y la planeación de actividades puede utilizarse como técnica de intervención para modificar variables cognitivas atribuibles a un problema en particular; en este caso, una percepción negativa y poco funcional de la enfermedad, la cual limita el proceso de adaptación a la misma y tiene repercusiones emocionales. Si bien la solución de problemas se usó para tener una apreciación más amplia de las dificultades de la paciente y que la planeación de actividades fungiera como el proceso de solución, ambas estrategias se ajustaron de manera adecuada.

Se sabe que la planeación de actividades pretende cambios a nivel conductual (Kanter et al., 2010; Lejuez, Hopko y Hopko, 2001) y no a nivel cognitivo (Barraca, 2016); sin embargo, en este caso es evidente que el proceso de intervención fue modificando la percepción de Sandra acerca de su enfermedad, así como la función de dicha percepción para impactar de modo negativo en las repercusiones emocionales y de funcionalidad.

Así, es evidente que la percepción negativa de la enfermedad se asociaba de modo funcional con diversos sucesos presentes e históricos relacionados con un poco efectivo control del asma; evidencia mostrada por Moreno-San-Pedro y Roales-Nieto, (2003). En este contexto, Sandra estaba expuesta a diversas situaciones adversas respecto de su enfermedad (limitaciones y consecuencias negativas de la enfermedad y experiencia de síntomas), mismas que favorecían repercusiones en su estado emocional al estar relacionadas de manera con-

tingente (Lewinsohn y Graf, 1973; Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 2007; Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Con el presente caso se evidencia que las consecuencias emocionales de la enfermedad pueden ser reguladas por la manera en que se percibe ésta. Dicha percepción se deriva de experiencias negativas previas (Diefenbach y Leventhal, 1996; Lugo-González, Pérez-Bautista, Robles-Montijo y Vega-Valero, 2019); por tanto, la evaluación de la percepción de enfermedad es una opción viable para proponer formas de abordaje dirigidas a su modificación e impactar en el estado emocional.

Se sabe que una percepción negativa de la enfermedad se va a relacionar con la ejecución de conductas desadaptativas para el automanejo de la enfermedad y estados emocionales negativos (Bahçecioglu y Çevikakyl, 2014; Halm, Mora y Leventhal, 2006; Jessop et al., 2004; Kaptein, Klok, Moss-Morris y Brand, 2010; Lugo-González et al., 2014), de aquí la importancia de su intervención con técnicas cognitivas y conductuales.

Se comenta acerca del proceso de ajuste a la enfermedad, mismo que se ve acompañado de diversas barreras. En este caso los resultados durante la intervención sugerían avances en términos conductuales porque Sandra retomó diversas áreas de su vida que había dejado de lado. A nivel cognitivo, también se observaban mejoras con una modificación de la percepción de enfermedad y en el contexto emocional con una disminución en la sintomatología de ansiedad y depresión. Sin embargo, es evidente que alteraciones importantes como un cambio en el pronóstico de la enfermedad y una modificación radical en el abordaje médico, son capaces de revertir los logros a nivel psicológico.

También es evidente que la continuidad con la intervención favoreció de nuevo un proceso de cambio en las variables de desenlace, lo que comprueba que el afrontamiento de las problemáticas asociadas a la enfermedad es una ruta necesaria para su solución y mejoría de los pacientes con asma (Barton, Clarke, Sulaiman y Abramson, 2003; Ritz et al., 2013; Smith y Jones, 2015; Nezu et al., 2006; Sansom-Daly, Peate, Wakefield, Bryant y Cohn, 2012).

Dadas las relaciones identificadas en la evaluación conductual y los resultados de la intervención, este tipo de abordaje sería recomendable en el contexto clínico con pacientes con asma, considerándolos siempre como intervenciones complementarias en un contexto multidisciplinario, que si bien las evidencias de investigación no son fuertes, las instituciones encargadas a nivel internacional del manejo del asma las recomiendan cada vez más (GINA; 2019; Kew et al., 2016; Pateraki et al., 2018; Ritz et al., 2013; Smith y Jones, 2015; Yorke et al., 2015). Aunque sería necesario, para estudios futuros, obtener más evidencia si los cambios en la percepción de la enfermedad y variables psicológicas generan mejores resultados en el control del asma, como se ha mostrado en

otras intervenciones de tipo cognitivo conductual (Guillen y Lugo-González, 2014; Kew et al., 2016; Lugo-González, Reynoso-Erazo y Fernández-Vega, 2016; Ritz et al., 2013).

## PRONÓSTICO

### Descripción de la fase de seguimiento

Como se describió en el proceso de intervención, en la fase de seguimiento se continuó evaluando la percepción de enfermedad y el estado de ánimo. Sin embargo, dadas las circunstancias en que se encontraba Sandra, la psicoeducación, solución de problemas, la planeación de actividades y la revaloración cognitiva se enfocaron hacia el afrontamiento del nuevo diagnóstico y tratamiento.

### Resultados en la fase de seguimiento

Si bien fue posible minimizar el impacto negativo en la percepción de enfermedad y en el estado emocional, no se logró regresar al nivel de la evaluación en la sesión cinco. Después de estas sesiones ya no se pudo dar seguimiento a la paciente debido al proceso de evaluación y tratamientos médicos complementarios que iniciaría; sin embargo, se auguró un resultado positivo por la manera en que consiguió los primeros resultados y al continuar efectuando las estrategias llevadas a cabo en la intervención, se esperaba que de modo progresivo mejorara a nivel emocional. 📍

## REFERENCIAS

- Achstetter, L. I., Schultz, K., Faller, H., & Schuler, M. (2016). Leventhal's common-sense model and asthma control: Do illness representations predict success of an asthma rehabilitation? *Journal of Health Psychology*, 1, 1-10. <https://doi.org/10.1177/1359105316651332>
- Bahçecioglu, G., & Çevikakyl, R. (2014). Determination of effect on asthma control of illness perception of asthma patients. *Acta Medica Mediterranea*, 30, 591-600.
- Barley, E., & Lawson, V. (2016). Health psychology: Supporting the self-management of long-term conditions. *British Journal of Nursing*, 25(20), 1102-1107. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.20.1102>
- Barraca, M. J. (2016). La activación conductual en la práctica: Técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(165-6). <http://dx.doi.org/10.33776/amc.v42i165-66.2792>
- Barragán, B., Parra, C., Contreras, M., & Pulido, P. (2003). Manejo de la ansiedad mediante la combinación de desensibilización sistemática, con relajación muscular, relajación autógena y biorretroalimentación. *Suma Psicológica*, 10(2), <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2003.97>

- Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N., & Abramson, M. (2003). Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respiratory Medicine*, 97(7), 747-761. [https://doi.org/10.1016/S0954-6111\(03\)00029-5](https://doi.org/10.1016/S0954-6111(03)00029-5)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. 19a. España: Descleé de Brouwer.
- Bravo-González, M. C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (eds.). *Teoría y práctica de la medicina conductual* (pp. 43-64). México: Qartuppi.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020>
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (eds.). *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Ciprandi, G., Schiavetti, I., Rindone, E., & Ricciardolo, F. L. (2015). The impact of anxiety and depression on outpatients with asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 115(5), 408-414. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anai.2015.08.007>
- Coban, H., & Aydemir, Y. (2014). The relationship between allergy and asthma control, quality of life, and emotional status in patients with asthma: a cross-sectional study. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*, 10(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13223-014-0067-4>
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias. Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60200-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60200-6)
- DeGood, D., Crawford, A., & Jongsma, A. (1999). Asthma. En D. DeGood, A. Crawford, A. Jongsma (aut.). *The behavioral medicine planner* (pp.29-36). EUA: John Wiley and Sons.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Di Marco, F., Verga, M., Santus, P., Giovannelli, F., Busatto, P., Neri, M., Girbino, G., Bonini, S., & Centanni, S. (2010). Close correlation between anxiety, depression, and asthma control. *Respiratory Medicine*, 104, 22-28. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2009.08.005>
- Espinosa, F., Parra, M., Segura, N., Toledo, D., Menez, D., Sosa E., & Torres, A. (2006). Ansiedad y depresión en asmáticos adultos en comparación con sujetos sanos. *Revista Alergia México*, 53(6), 201-206.
- Foster, J. M., Lavoide, K. L., & Boulet, L. P. (2011). Treatment adherence and psychosocial factors in severe asthma. En K. F. Chung, E. H. Bel y S. E. Wenzel (eds.). *European Respiratory Monograph: Difficult to treat severe asthma*. European Respiratory Society 51 (pp. 28-49). <https://doi.org/10.1183/1025448x.erm5110>
- Freitas, P. D., Xavier, R. F., Passos, N. F., Carvalho-Pinto, R. M., Cukier, A., Martins, M. A., & Carvalho, C. R. (2019). Effects of a behaviour change intervention aimed at increasing physical activity on clinical control of adults with asthma: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Sports Science, Medicine and Rehabilitation*, 11(1), <https://doi.org/10.1186/s13102-019-0128-6>
- Galindo, V. O., Benjet, C., Juárez-García, F., Rojas-Castillo, E., Riveros-Rosas, A., Aguilar-Ponce, J. L., Álvarez-Avitia, M. A., & Alvarado-Aguilar, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
- García-Flores, R., & Sánchez-Sosa, J. J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud*, 23(2), 183-193. <https://doi.org/10.25009/pys.v23i2.500>
- Gerontoukou, E. I., Michaelidou, S., Rekleiti, M., Saridi, M., & Souliotis, K. (2015). Investigation of anxiety and depression in patients with chronic diseases. *Health Psychology Research*, 3(2). <https://doi.org/10.4081/hpr.2015.2123>
- Global Initiative for Asthma (GINA) (2019). *Global strategy for asthma management and prevention*. Recuperado de [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org)
- Grau-Abalo, J. A. (2016). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 103-112.
- Guillen, D. B. C., González, C. R. A. L. M., Sánchez, C. C. T., & Fernández-Vega, M. (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads) en mexicanos con asma: Confiabilidad y validez. *Psicología Iberoamericana*, 26(2), 75-87. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133959841009>
- Guillen, D. B. C., & González, C. R. A. L. M. (2019). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck en adultos asmáticos mexicanos. *Psicología y Salud*, 29(1), 5-16. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2563>
- Guillen, D. B. C., & Lugo-González, I. V. (2014). Tratamiento psicológico del asma en el campo de la medicina conductual. En L. Reynoso y A. L. Becerra (eds.). *Teoría y Práctica de la Medicina Conductual* (pp. 237-262). México: Qartuppi.
- Halm, E., Mora, P., & Leventhal, H. (2006). No Symptoms, No Asthma. The acute episodic disease beliefs is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma. *Chest*, 129, 573-580. <https://doi.org/10.1378/chest.129.3.573>
- Iwakabe, S., & Gazzola, N. (2009). From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 601-611. <https://doi.org/10.1080/10503300802688494>
- Jessop, D. C., Rutter, D. R., Sharma, D., & Albery, I. P. (2004). Emotion and adherence to treatment in people with asthma: An application of the emotional Stroop paradigm. *British Journal of Psychology*, 95(2), 127-147. <https://doi.org/10.1348/000712604773952386>
- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538. PMID: 14286879. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720360001001>
- Kanter, J., Manos, R., Bowe, W., Baruch, D., Baruch, A., & Rusch,

- L. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 608-620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Kaptein, A., Klok, T., Moss-Morris, R., & Brand, P. (2010). Illness perceptions: Impact on self-management and control in asthma. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 10, 194-199. <https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e32833950c1>
- Karekla, M., Karademas, E. C., & Gloster, A. T. (2019). The Common Sense Model of Self-Regulation and Acceptance and Commitment Therapy: Integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health Psychology Review*, 13(4). <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1437550>
- Katon, W. J. (2011). Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 13(1), 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21485743>
- Kew, K. M., Nashed, M., Dulay, V., & Yorke, J. (2016). Cognitive behavioural therapy (CBT) for adults and adolescents with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011818.pub2>
- Larsen, D. P. (2009). Chronicity. En P. D. Larsen & I. M. Lubkin (eds.). *Chronic illness: Impact and intervention 7th edition* (pp. 3-24). USA: Jones and Bartlett Publishers, LLC.
- Lejuez, C., Hopko, D., & Hopko, S. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286. <https://doi.org/10.1177/0145445501252005>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., y Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717-733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., & Hautzinger, M. (2007). Tratamiento conductual de la depresión unipolar. En V. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 493-542). España: Siglo XXI.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268. <https://doi.org/10.1037/h0035142>
- Lugo-González, I. V., & Pérez-Bautista, Y. Y. (2016). Intervención conductual para síntomas de depresión y ansiedad en un paciente con EPOC. *Pensamiento Crítico: Revista de Investigación Multidisciplinaria*, 3(5), 17-28. <https://udf.edu.mx/wp-content/uploads/2017/07/REVISTA-An%CC%83o-3-No.5-2016-vol-II.pdf>
- Lugo-González, I. V., & Pérez-Bautista, Y. Y. (2018). Planeación de actividades en pacientes con ERCT: Propuesta de intervención para depresión, ansiedad y calidad de vida. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 8(2), 8-16. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rilmc/article/view/67376>
- Lugo-González, I. V., Pérez-Bautista, Y. Y., Robles-Montijo, S. S., & Vega-Valero, C. Z. (2019). Representación de enfermedad y depresión en personas con ERCT y asma: Comparación por enfermedad. *Psicología y Salud*. 29(2), 237-247. <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2590>
- Lugo-González, I. V., Pérez-Bautista, Y. Y., & Sánchez-Cervantes, C. T. (2018). Validación de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria en pacientes con ERC en hemodiálisis. En R. Díaz-Loving, I. Reyes-Lagunes y F. López-Rosales (eds.). *Aportaciones actuales de la psicología social*, volumen IV (pp. 1209-1225). México: AMEPSO.
- Lugo-González, I. V., Reynoso-Erazo, L., & Fernández-Vega, M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: Una primera aproximación. *Neumología y Cirugía de Tórax*. 73(2), 114-121. <https://dx.doi.org/10.35366/51624>
- Lugo-González, I. V., Reynoso-Erazo, L., & Fernández-Vega, M. (2016). Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre ansiedad, depresión y severidad del asma en adultos. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 6(1), 23-32. <http://revistas.unam.mx/index.php/rilmc/article/view/58064>
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabó, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, E., & Leventhal, H. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 195-204. <https://doi.org/10.1348/135910708X295604>
- Morales, T., Alfaro, O., Sánchez, S., Guevara, U., & Vázquez, F. (2007). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 479-484. <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/>
- Moreno-San-Pedro, E. M., & Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración Moreno crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1). <https://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T. J. (2007). *Solving Life's Problems: A 5-Step Guide to Enhanced Well-Being*. USA: Springer.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Noguera, O, M, J., Pérez, T, B., Barrientos, C, V., Robles, G, R., & Sierra, M, J. G. (2013). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con infección por VIH. *Psicología Iberoamericana*, 21(2). <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133930525004.pdf>
- Pateraki, E., & Morris, P. G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in reducing anxiety in adults and children with asthma: A systematic review. *Journal of Asthma*, 55(5), 532-554. <https://doi.org/10.1080/02770903.2017.1350967>
- Prapa, T., Porpodis, K., Fouka, E., Domvri, K., Zarogoulidis, P., Chasapidou, G., & Papakosta, D. (2017). The role of psychological factors in the management of severe asthma in adult patients. *Pneumon*, 30(4). [http://www.pneumon.org/assets/files/789/file697\\_528.pdf](http://www.pneumon.org/assets/files/789/file697_528.pdf)
- Ritz, T., Meuret, A. E., Trueba, A. F., Fritzsche, A., & Von Leupoldt, A. (2013). Psychosocial factors and behavioral medicine

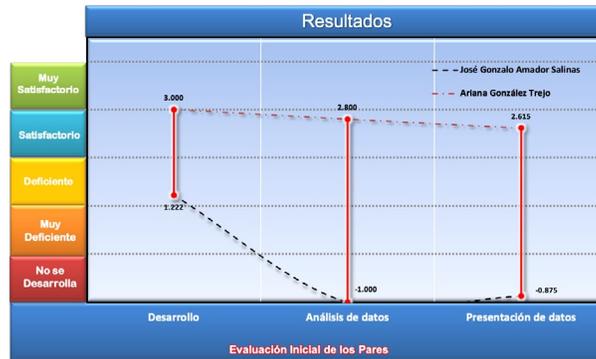
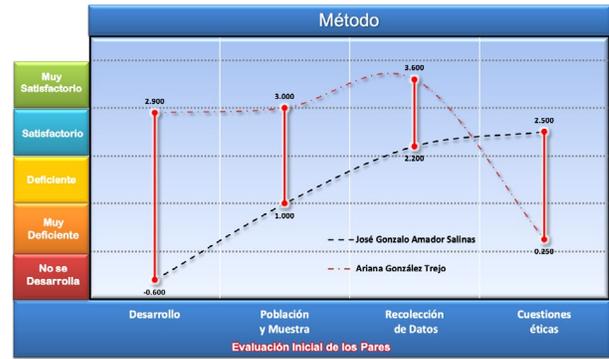
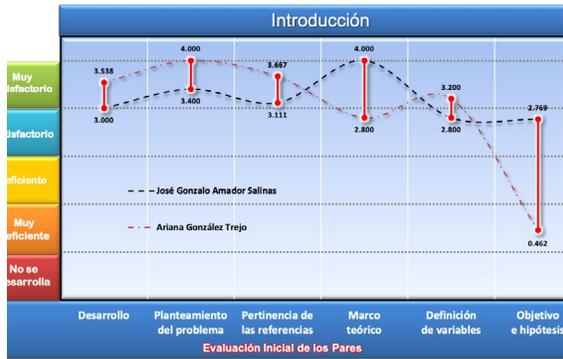
- interventions in asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(2), 231. <https://doi.org/10.1037/a0030187>
- Ryu, Y., Chun, E., Lee, J., & Chang, J. (2010). Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 25(1), 51-57. <https://doi.org/10.3904/kjim.2010.25.1.51>
- Sansom-Daly, U. M., Peate, M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., & Cohn, R. J. (2012). A systematic review of psychological interventions for adolescents and young adults living with chronic illness. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 31(3), 380. <https://doi.org/10.1037/a0025977>
- Smith, H. E., & Jones, C. J. (2015). Psychological interventions in asthma. *Current Treatment Options in Allergy*, 2(2), 155-168. <https://doi.org/10.1007/s40521-015-0051-3>
- Stanescu, S., Kirby, S. E., Thomas, M., Yardley, L., & Ainsworth, B. (2019). A systematic review of psychological, physical health factors, and quality of life in adult asthma. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 29(1), 1-11. <https://doi.org/10.1038/s41533-019-0149-3>
- Vázquez, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(1), 516-522. Recuperado de <http://www.redalyc.org/>
- Yorke, J., Fleming, S., Shuldham, C., Rao, H., & Smith, H. E. (2015). Nonpharmacological interventions aimed at modifying health and behavioural outcomes for adults with asthma: A critical review. *Clinical & Experimental Allergy*, 45(12), 1750-1764. <https://doi.org/10.1111/cea.12511>
- Zigmond, A., & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. PMID: 6880820. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>



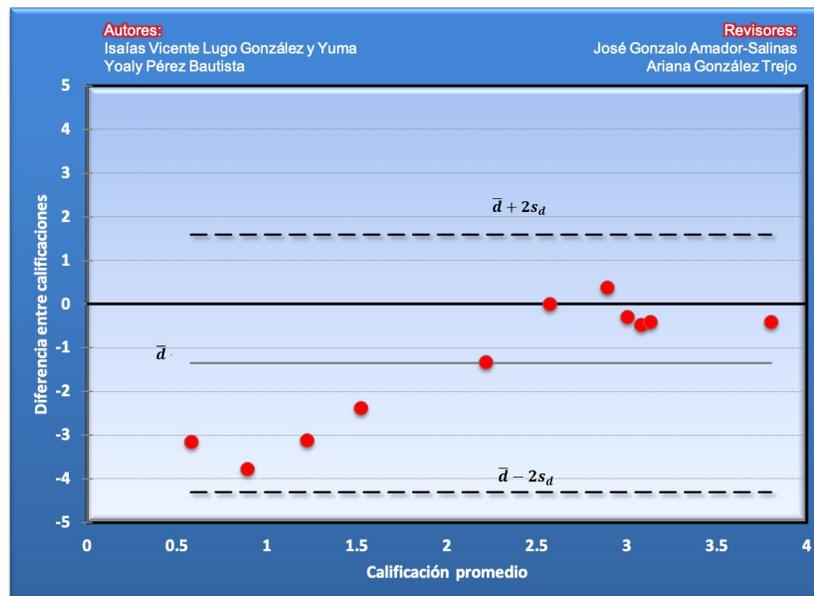


## DIMENSIÓN CUANTITATIVA

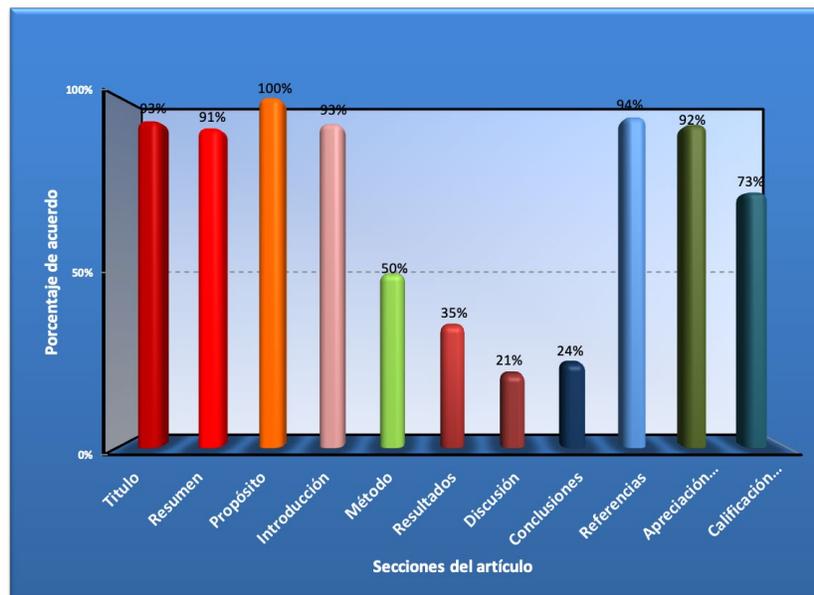
### Perfil de Evaluación entre pares



## Índice de Concordancia



## Índice de Acuerdo



## DIMENSIÓN CUALITATIVA

Revisor 1	Revisor 2
José Gonzalo Amador Salinas	Ariana González Trejo
<b>Título/Autoría</b>	
En el título se menciona un tratamiento cognitivo-conductual, pero en el desarrollo del trabajo y en el abordaje del mismo, se destaca con más énfasis el tratamiento cognitivo, por lo que parece que faltaría lo relacionado al tratamiento conductual y su análisis (línea base, diseño y tipo, etc.)	Me pareció muy claro y conciso el título. No tendría propuestas de cambio.
<b>Resumen</b>	
Hace falta que incluya información como el diseño de la intervención (AB, ABA, etc.) y el proceso estadístico con el que midió el impacto del tratamiento	En relación a la cantidad de palabras, en el presente formulario se indica un máximo de 150; sin embargo en las directrices indica un rango de 150 a 200, con lo cual el presente resumen cumple con este criterio. Como punto a mejorar sería mencionar como parte del método, las técnicas utilizadas para la intervención, ya que sólo se mencionan los instrumentos de evaluación, pero no queda claro qué técnicas se aplicaron para obtener los resultados que mencionan.
<b>Próposito del Estudio</b>	
Es importante que se aclare el diseño de la investigación y la manera en que se verificará su impacto, con el uso de la estadística para diseños N=1, o la comparación de los resultados del pretest con el postest en el caso de los cuestionarios aplicados. De esta manera habrá relación entre el propósito con el método, resultados y discusión.	Fue complicado identificar el propósito del presente trabajo. Sugiero en primer lugar una redacción más clara, que facilite su identificación en el texto ya que se encuentra después del plan de intervención. En segundo lugar, sería agregar la hipótesis o pregunta de investigación, ya que no se menciona de forma clara.
<b>Introducción</b>	
El manuscrito es sin duda muy interesante, sería oportuno que se incluyan datos que están señalados para que tuviera mayor impacto	Falta indicar la pregunta de investigación o hipótesis. Respecto al marco teórico, se presenta de manera general la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductual. Como sugerencia se pondría ampliar en la descripción de algunas intervenciones que demuestren su eficacia y vincularlas con la propuesta de intervención que se está desarrollando.

Revisor 1	Revisor 2
<b>Método</b>	
Alguno de los puntos que se manejan como “no están desarrollados” fortalecerán la argumentación científica	De forma general cumple con los elementos necesarios del método; sin embargo se observa un tanto confusa la organización del método, este sería un punto a mejorar. También es importante aclarar, cómo se aseguró la confidencialidad de los datos del participante, es decir, si hubo un consentimiento informado o algún otro acuerdo que protegiera al participante.
<b>Resultados</b>	
Es importante desarrollar estas secciones del trabajo	Fue complicado identificar en qué momento comienza la presentación de resultados. Sería importante una mejor organización que ayude al lector a identificar la parte de resultados. También respetar un orden en cuanto a la presentación de los mismos, iniciando con los datos positivos o aquellos que reflejan el objetivo planteado y posteriormente mostrar aquellas dificultades que se tuvieron.
<b>Discusión</b>	
Desarrollar la sección	Si en el marco teórico se agregaran algunos estudios que muestren la eficacia de las técnicas empleadas, podría ayudar a tener más elementos para discutir los resultados obtenidos en la propuesta de intervención que se desarrolló.
<b>Conclusiones</b>	
Desarrollar la sección	Diferenciar las conclusiones de la discusión, ya que no está de manera clara y dificulta su identificación en el texto. Esto permitiría que de manera clara se observe la contribución del estudio.
<b>Referencias</b>	
Sin comentarios	Diferenciar las conclusiones de la discusión, ya que no está de manera clara y dificulta su identificación en el texto. Esto permitiría que de manera clara se observe la contribución del estudio.



La edición en formato electrónico  
fue realizada en la Editorial LEED  
del Laboratorio de Evaluación  
y Educación Digital  
Julio-Diciembre, 2021





REVISTA DIGITAL INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA Y CIENCIA SOCIAL, Año 6, Volumen 7, No. 2, julio-diciembre 2021, es una publicación semestral editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, Delegación Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, Tel. (55) 5623-1333, Ext. #39707, <http://cuved.unam.mx/rdipycs/>, [rdipycs@gmail.com](mailto:rdipycs@gmail.com). Editor Responsable: Arturo Silva Rodríguez. Reserva de Derechos al Uso Exclusivo No. 04-2016-012514394300-203, e-ISSN: 2448-8119, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Responsable de la última actualización de este número, Laboratorio de Evaluación y Educación Digital de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Lic. José Manuel Sánchez Sordo, Av. de los Barrios #1, Colonia Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado. de México. C.P. 54090, fecha de última modificación, 08 de Septiembre de 2017. Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.