

DUAZARY

Revista Internacional de Ciencias de la Salud



Volumen 15, No. 1, enero - abril de 2018 / ISSN: 1794-5992

Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud, fue creada en el año 2004 como iniciativa de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena, desde entonces es una publicación arbitrada por pares externos, que tiene como propósito difundir investigaciones originales e inéditas relacionadas con la salud, psicología, enfermería, odontología, medicina, salud pública, cirugía, especialidades clínicas, epidemiología y educación médica. Publica artículos desde perspectivas amplias e integrales hasta manuscritos que presenten aspectos específicos y concretos de áreas clínicas que contribuyen con la comprensión del proceso salud-enfermedad en el ámbito local, nacional e internacional. Su prioridad temática se enfoca en temas de salud de interés para el Caribe y Latinoamérica. Estas investigaciones se difunden a través de artículos originales, revisiones de tema, reportes de caso de caso, reflexiones, etc., que sean inéditos, en español e inglés y que aporten a la comprensión del proceso salud-enfermedad-atención cuidado, en un sentido amplio. *Duazary* está enfocada a investigadores, estudiantes de pregrado y postgrado, profesores, docentes y profesionales en general, interesados en generar conocimientos propios del área de la salud que contribuyan a su enriquecimiento teórico-práctico, especialmente en temas relacionados con la salud en el contexto Caribe y Latinoamericano.

Los artículos publicados en *Duazary* están sujetos al cumplimiento de la Declaración de Helsinki y demás normas que de ella derivaron y deriven, así como de la legislación específica que tenga cada país donde se hagan las investigaciones enviadas para publicación.

©UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA. Santa Marta - Colombia, 2017

EDITOR

Guillermo Ceballos Ospino, Ps. Esp. - Universidad del Magdalena, Colombia

COMITÉ EDITORIAL

Dary Luz Mendoza Meza, M.Sc. - Universidad del Atlántico, Colombia

Daniel Holgado Ramos, Ph.D. - Universidad de Sevilla, España

Carol Cristina Guarnizo Herreño Ph.D. - University College London, United Kingdom

Lourdes Santos-Pinto, Ph.D. - Universidad Estadual Paulista, Araraquara- SP, Brasil

Maria Cecília Dias Flores, Ph.D. - Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre, Brasil

Abisai Martínez Sánchez, Ph.D. - Universidad de la Sierra Sur, México

Joaquín Jordan Bueso, Ph.D. - Universidad de Castilla La Mancha, España

COMITÉ CIENTÍFICO

Francisco Javier Pedroza Cabrera, Ph.D. - Universidad Autónoma de Aguas Calientes, México

Edgar Bresó, Ph.D. - Universidad de Castellón, España

Stefano Vinaccia Alpi, Ph.D. - Fundación Universitaria Sanitas, Colombia

Mariana Gómez Camponovo, Ph.D. - Universidad de la República, Uruguay

Paulo Ricardo Gazzola Zen, Ph.D. - Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre, Brasil

GESTOR EDITORIAL

Oskarly Pérez Anaya – Universidad del Magdalena, Colombia

CORRECTOR DE ESTILO

Gran Caribe, Pensamiento, Cultura, Literatura, Colombia

REVISIÓN DE IDIOMAS

Gran Caribe, Pensamiento, Cultura, Literatura - Colombia

TRADUCCIÓN

Gran Caribe, Pensamiento, Cultura, Literatura – Colombia

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Luis Felipe Márquez Lora – Universidad del Magdalena, Colombia

IMPRESIÓN

Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S. - Xpress Kimpres - Bogotá, Colombia

Impreso y hecho en Colombia - Printed and made in Colombia

BASES DE INDIZACIÓN, INDEXACIÓN Y CATALOGACIÓN

Revista registrada en bases de datos como: IMBIOMED, DIALNET, LATINDEX, REDIB, ULRICHS WEB, PERIODICA, DOAJ, BASE, ERIHPLUS, ACTUALIDAD IBEROAMERICA, CITEFACTOR, OAJI, INFOBASE INDEX, JOURNAL TOCS, MIAR, CUIDEN, DRJI, SHERPAROMEQ, HINARI, INFOBASE INDEX, EMERGING SOURCES CITATION INDEX, CAB ABSTRACTS, ACADEMIC SEARCH ULTIMATE, ACADEMIC SEARCH COMPLETE, ACADEMIC SEARCH ELITE, ACADEMIC SEARCH PREMIER, ACADEMIC SEARCH ALUMNI EDITION, INDEX COPERNICUS, LILACS. *Duazary*: Revista Internacional de Ciencias de la Salud, es una publicación admitida por Colciencias en el Índice Nacional de Publicaciones Seriadadas, Científicas y Tecnológicas Colombianas – Publindex (Categoría B). La divulgación se hace desde la política de acceso abierto. Esta revista provee acceso libre de su contenido bajo el principio de la equidad e igualdad en la disponibilidad de información científica gratuita a toda persona interesada en los temas de salud física, mental, emocional e integral que brindan los artículos publicados.

FORMA DE ADQUISICIÓN Y CANJES

La revista es de libre acceso y no tiene costos asociados por publicación, se puede acceder a ella a través de la página: <http://revistaduazary.unimagdalena.edu.co/> o en formato papel se puede solicitar a la: Carrera 32 N° 22 - 18. Universidad del Magdalena. Facultad de Ciencias de la Salud, Santa Marta – Magdalena. Colombia. PBX: (57-5) 4301292 – 4217940 Ext.: 3327 ó a través del Correo electrónico: revistaduazary@unimagdalena.edu.co.

El canje se presenta en la Biblioteca “Germán Bula Meyer” ubicada en Carrera 32 N° 22 – 18 Código Postal No. 470004 / Apartado Postal 2-1-21630. canjebiblioteca@unimagdalena.edu.co; biblioteca@unimagdalena.edu.co

PERIODICIDAD Y DIFUSIÓN

La Revista *Duazary* adscrita a la Universidad del Magdalena – Colombia, se publica con una frecuencia cuatrimestral, es decir, de enero-abril (primera edición); mayo – agosto (segunda edición) y septiembre – diciembre (tercera edición). Publicando los artículos de cada edición, al menos el primer día de inicio del periodo correspondiente. Su circulación es a nivel nacional e internacional.

NORMA DE CITACIÓN Y REFERENCIACIÓN

Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud, defiende y respeta los derechos de autor, razón por la cual todas las citas deben estar referenciadas de manera correcta en el texto incluyendo el apellido del autor, el año y en algunos casos de ser necesario las páginas dependiendo cual sea el caso. Se les solicita a los autores seguir las instrucciones para citas y Referencias bibliográficas expuestas en las normas Vancouver.

DERECHOS DE AUTOR

Los textos se pueden reproducir total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente. El contenido de los artículos publicados en *Duazary* es exclusiva responsabilidad de los autores.



Revista Duazary by Universidad del Magdalena is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional License

EVALUADORES

Claudia Milena Hormiga Sánchez
Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia

Irma Yolanda Castillo Ávila
Universidad de Cartagena, Colombia

Beatriz Sánchez Herrera
Universidad Nacional de Colombia, Colombia

Mildred Alexandra Vianchá Pinzón
Universidad de Boyaca, Colombia

Carlos Alejandro Pineda Roa
Universidad Pedagógica y Tecnológica
de Colombia, Colombia

Yenny Salamanca Camargo
Universidad Pedagógica y Tecnológica
de Colombia, Colombia

Mauricio Alberto Melo-Peñaloza
Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Nicolás Chahín-Pinzón
Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Rocio del Pilar López Panqueva
Universidad de Los Andes, Colombia

Fernando Riveros Munévar
Universidad de San Buenaventura, Colombia

Renata de la Hoz
Universidad del Magdalena, Colombia

Jesús Redondo Pacheco
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

Juan Guillermo Barrientos Gómez
Universidad Pontificia Bolivariana, Colombia

Karina Gallardo Solarte
Universidad Mariana, Colombia

Lena Isabel Barrera Vergara
Universidad del Valle, Colombia

Diana Paola Betancurth Loaiza
Universidad de Caldas, Colombia

Luz Marina Bautista Rodríguez
Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia

Sandra Constanza Cañón Buitrago
Universidad de Manizales, Colombia

Vilma Merchan Morales
Universidad de Envigado, Colombia

Martha Adiola Lopera Betancur
Universidad de Antioquia, Colombia

Judith Cristina Martínez Royert
Universidad de la Costa, Colombia

Claudia Consuelo Torres Contreras
Universidad de Santander, Colombia

Jean David Polo Vargas
Universidad del Norte, Colombia

Paula Andrea Montoya Zuluaga
Universidad Católica Luis Amigó, Colombia

Rocio Guil Bozal
Universidad de Cádiz, España

Isidro Machado
Instituto Valenciano de Oncología, España

Carmen Marina Arrom Suhurt
Centro para el Desarrollo de la Investigación
Científica (CEDIC), Paraguay

Marlene Magnabosco Marra
Universidade de Brasília, Brasil

Jorge A. Villatoro Velázquez
Instituto Nacional de Psiquiatría, México

Joel Omar González Cantero
Universidad de Guadalajara, México

EVALUADORES

Claudia Saldaña Orozco

Universidad de Guadalajara, México

Nora Angélica Armendáriz García

Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Ana Lilia Banda Castro

Universidad de Sonora, México

Arletis Ferrer Pérez

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Cuba

Iván Rodríguez Núñez

Universidad San Sebastián, Chile

María Antonieta Elvira Valdés

Universidad Simón Bolívar, Venezuela

María Fernanda Rivadeneira Guerrero

Universidad Católica del Ecuador, Ecuador

DUAZARY

Revista Internacional de Ciencias de la Salud



ISSN PRINT: 1794-5992 / ISSN WEB: 2389-783X
VOL. 15, No. 1, enero - abril de 2018
UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
<http://duazary.unimagdalena.edu.co>

CONTACTO

Universidad del Magdalena
Carrera 32 No. 22-08
Campus Universitario
Edificio Ciénaga Grande
PBX: (57-5) 4301292 – 4217940 Ext.: 3327
revistaduazary@unimagdalena.edu.co
Santa Marta D.T.C.H. Colombia

TABLA DE CONTENIDO

EDITORIAL 1

- 9 **DEL ACTUAL SISTEMA DE ENFERMEDAD A UN VERDADERO SISTEMA DE SALUD**
Lidice Alvarez-Miño

EDITORIAL 2

- 11 **LAS CARTAS AL EDITOR: UNA NECESIDAD FISIOLÓGICA Y ONTOLÓGICA DE LAS REVISTAS CIENTÍFICAS**
Adalberto Campo-Arias

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA

- 13 **CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES ASOCIADOS A LA DISPOSICIÓN HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS**
INSTRUMENT CONSTRUCTION TO EVALUATE FACTORS ASSOCIATED TO WILLINGNESS TOWARDS ORGAN DONATION
Héctor Neira-San Martín, Gracia Navarro-Saldaña, Ignacio Jofré-Oliden
- 23 **BURNOUT Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE FUNCIONARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS**
BURNOUT AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PERSONNEL OF INTENSIVE CARE UNITS
Felipe E. García, Félix Cova-Solar, Flor Bustos-Torres, Érica Reyes-Pérez

- 39 **LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA**
EMOTIONAL INTELLIGENCE AS PROTECTIVE FACTOR IN ADOLESCENTS WITH SUICIDAL IDEATION
Oscar Javier Mamani-Benito, Magaly Alejandra Brousett-Minaya, Duummy Neyma Ccori-Zúñiga, Karen Shirley Villasante-Idme
- 51 **ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE UNA ESCALA DE ACTITUD FRENTE AL VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE DOS ESCUELAS COLOMBIANAS**
PSYCHOMETRIC STUDY OF AN ATTITUDE SCALE AGAINST HIV-AIDS IN PSYCHOLOGY STUDENTS FROM TWO COLOMBIAN SCHOOLS
Carlos Alejandro Pineda-Roa, Adalberto Campo-Arias
- 61 **CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS DE PARAGUAY CON ENFERMEDAD CELIACA**
QUALITY OF LIFE IN PARAGUAYAN ADULTS WITH CELIAC DISEASE
Raúl Emilio Real-Delor, Ingrid Celeste Centurión-Medina
- 71 **ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA**
SUBJECTIVE EXPERIENCE ANALYSIS IN WOMEN WITH BREAST CANCER
Miriam Belber-Gómez, Fátima Valencia-Agudo, María Eugenia De la Viuda-Suárez

ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

- 87 **RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL DOCENTE DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS**
ETHICAL RESPONSIBILITY OF THE NURSING EDUCATOR IN THE PROMOTION OF THE QUALITY OF LIFE OF UNIVERSITY STUDENTS
Tatiana González-Noguera, Berta Guevara-Rumbos

EDITORIAL 1

DEL ACTUAL SISTEMA DE ENFERMEDAD A UN VERDADERO SISTEMA DE SALUD

Lidice Alvarez-Miño¹ 

¹Terapeuta Ocupacional, Magister en Salud Pública. Profesora Asociada del programa de Enfermería. Universidad del Magdalena. Colombia. Correo: lalvarezm@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-1414-9442>

Esta editorial tiene como objetivo abrir un espacio de reflexión y debate sobre el sistema actual de salud, específicamente, sobre algunas prácticas naturalizadas que se contradicen con la esencia del significado de la salud. Se trata de la costumbre popular de acudir al sistema de salud únicamente cuando se considera que se está enfermo, porque este sistema se encarga exclusivamente de atender enfermos, evidenciando el concepto reduccionista de la salud como sinónimo de medicina.

Estas prácticas instauradas con profundas raíces en la sociedad colombiana se derivan del modelo médico-céntrico existente, el cual se caracteriza por¹: (1) la utilización exagerada de productos médicos ligados a la curación, que queda vinculada con el acto de consumo; (2) el uso de la alta tecnología como eje diagnóstico y el sobreuso farmacológico y tecnológico como eje terapéutico, basados en la prescripción, los honorarios y las ganancias del complejo médico-industrial; (3) el enfoque centrado en la atención episódica de cuadros agudos o complicaciones de condiciones crónicas; y (4) la fragmentación de la salud, como consecuencia de la organización de la oferta por niveles de complejidad que no garantiza la integralidad ni continuidad de la atención¹. Desde este modelo no se trabaja para mantener o mejorar la salud, sino exclusivamente para tratar enfermedades o lesiones.

Al respecto, el filósofo Rafael Bautista Segales² llama la atención al decir “*Una verdadera política de salud, revolucionaria, no debería proponerse incrementar el número de camillas en el hospital. Sino más bien, no proponerse, ni siquiera generar más camillas. ¿Por qué? Porque eso supondría que está concibiendo el asunto de la salud en un sentido preventivo. Y le cuesta más a un Estado tratar las enfermedades que prevenirlas*”. Este enfoque plantea una mirada prevencionista, que permite ampliar la perspectiva al involucrar a los múltiples actores del sistema, como son todos los profesionales de salud y de otras áreas, con el objetivo de anticiparse a los problemas que afectan la salud, o sea, evitar las enfermedades a partir de la identificación, control y/o eliminación de los riesgos.

Esta óptica supera la mirada medicalista al considerar que las acciones de múltiples actores (planeadores, ingenieros, profesionales de diversas áreas) pueden evitar problemas de salud. Ejemplo de ello, son las obras de infraestructura urbana, como los puentes peatonales o los andenes que reducen las lesiones y muertes producto de los accidentes de tránsito; o la intervención de nutricionistas en las escuelas para evitar que los niños sufran desnutrición aguda u obesidad.

En sintonía con esa perspectiva se planteó la estrategia de Salud en Todas las Políticas que considera que los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud extienden sus orígenes más allá del sector salud y de las políticas de salud³. Es decir, el sector salud recibe las consecuencias de todas las políticas que se implementan y que, de una u otra forma, afectan a la población, por lo tanto todas las políticas deberían considerar la salud al momento de diseñarse y ejecutarse.

Aunque la lógica prevencionista ayuda a trabajar en pro de mantener la salud al evitar lesiones o enfermedades, lo cual significa articulación de acciones interdisciplinarias e intersectoriales, existe, desde hace muchos años, una perspectiva más amplia que se enfoca en la salud y la vida, se trata del Buen Vivir. Esta es una cosmovisión de nuestros pueblos originarios andinos, que supone tanto la satisfacción de las necesidades de la población, su vida digna, como el ejercicio de la solidaridad y del consenso, y la aceptación e integración de la diversidad y la interculturalidad. Se trata de una concepción, una escala de valores y unas prácticas muy diferentes a las dominantes en la actualidad⁴. Obviamente este enfoque rompe con todo lo conocido y por lo tanto trasciende lo disciplinar y lo estructuralmente instaurado a la fecha, por lo tanto puede ser la que ayudes realmente transformar la vida de todos, a la vez que garantiza la salud como un producto colectivo y de interacción constante con la naturaleza y todo lo que implica.

En conclusión, si se desea realmente trabajar en pro de la salud, es necesario avanzar hacia

la transformación completa del sistema actual, eliminando la hegemonía medicalista y superando la atención de la enfermedad como principal (y casi única) acción del sector. Una propuesta inicial podría ser que la entrada al sistema sea por cualquier profesional de la salud: nutricionistas, enfermeros, terapeutas, etc., de tal forma que se fortalezca realmente la prevención de la enfermedad y la producción colectiva de salud en la población, mientras culturalmente se hace un cambio profundo hacia el Buen Vivir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS/OMS. Hacia un modelo de atención integral de salud basado en la atención primaria de salud. Propuesta preliminar del COT Modelo de atención - 8/1/12. (Sitio en Internet). Disponible en: http://www.paho.org/cot-modelo-atencion/wp-content/uploads/2013/01/Hacia_un_modelo.pdf. Consultado en Abril 29 de 2017.
2. Filósofo boliviano. Docente de la Universidad Mayor de San Simón. Video sobre el concepto de Salud. Disponible en: <https://www.disritmias.com/>. Consultado en abril 29 de 2017.
3. OPS/OMS. Plan De Acción Sobre La Salud En Todas Las Políticas. 53° Consejo Directivo. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC. EUA. 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.
4. Franco S. Retomando el Buen Vivir. Columna de Opinión. El Espectador. Publicado el 12 Abr 2016. Disponible en: <http://www.elespectador.com/opinion/opinion/retomando-el-buen-vivir-columna-626768> Consultado en: Mayo 3 de 2017.

EDITORIAL 2

LAS CARTAS AL EDITOR: UNA NECESIDAD FISIOLÓGICA Y ONTOLÓGICA DE LAS REVISTAS CIENTÍFICAS

Adalberto Campo-Arias¹ 

¹Médico, Magister en salud sexual y reproductiva, Profesor auxiliar del programa de medicina. Universidad del Magdalena. Colombia. Correo: acampoa@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-2201-7404>

A la fecha, *Duazary*, Revista Internacional de Ciencias de la Salud ha publicado catorce volúmenes, 28 números regulares y un suplemento en trece años ininterrumpidos de divulgación científica nacional e internacional. Sin embargo, no se cuenta con la publicación de una carta al editor y ello se evidencia claramente en las publicaciones de los años más recientes en que esta modalidad ha crecido notablemente¹.

Las cartas al editor son publicaciones científicas en la que los lectores y autores de investigaciones originales interactúan: una necesidad fisiológica y ontológica para el desarrollo y crecimiento de las revistas, con la inclusión de editores, autores y lectores. El contenido o los temas que se abordan en las cartas al editor se relacionan directamente con las políticas editoriales de la publicación, de tal suerte que el contenido de la misma puede abarcar diversos temas^{2,3}.

Por lo general, el emisor de la carta expresa puntos de vista, con frecuencia en desacuerdo, sobre el diseño o interpretación de los hallazgos de un trabajo publicado en un número anterior de la misma revista⁴. Las cartas al editor son tan importante como otro tipo de artículos publicados en las revistas científicas². Dado que los autores de las investigaciones tienen el derecho, y casi están en la obligación,

de responder, aclarar o controvertir sobre las opiniones expresadas por el emisor, en consecuencia, es un espacio en el que las publicaciones científicas permiten la discusión, el debate académico, tan necesario para el crecimiento o el desarrollo del conocimiento científico⁵.

Es importante anotar que en otras ocasiones las cartas al editor son informes cortos de trabajos de investigación de importancia o de casos; no obstante, la extensión de los mismos o lo preliminar de los hallazgos no suficientes para la publicación como una investigación original o una comunicación breve⁶⁻⁸. Asimismo, para estudiantes y profesionales de ciencias de la salud que inician una carrera en la investigación la publicación de una carta al editor puede representar un incentivo para continuar y publicar en un futuro próximo un trabajo original⁶. Sin duda, esta experiencia temprana contribuiría a la construcción de una cultura de la divulgación y publicación científica desde los años de formación, al fortalecer a la autoeficacia para esta competencia⁹. Y será el primer escalón para ascender a las publicaciones internacionales y de esta manera hacer parte de la creciente internacionalización de las investigaciones biomédicas colombianas^{10,11}, a pesar del pobre dominio del idioma inglés en todos los contextos de la vida en Colombia¹².

Las mejores cartas al editor se caracterizan por la brevedad y claridad; además, de ser constructivas y objetivas². Usualmente, las cartas no pasan de 500 palabras; obstante la extensión es variable según la revista³. Las cartas al editor siguen una secuencia clásica, se comienza por el objetivo, lo más prudente es que sea único. Si el objetivo es comentar un trabajo publicado, por favor, destaque los puntos favorables, fortalezas o aportes de la investigación^{2,3}. Seguidamente, señale los desacuerdos o limitaciones del estudio, con el respaldo de una referencia pertinente y robusta. Como otras publicaciones científicas, una carta al editor debe aportar algo al estado de conocimiento es un área por ello es necesario destacar la importancia de la carta para lograr publicación y hacerla atractiva para los lectores con la inclusión de una hipótesis novedosa o alternativa de interpretar o manejar los datos³. Las cartas al editor siempre incluyen referencias, casi siempre inferior a un número de cinco²⁻⁴. Antes del envío es importante revisar las normas de la revista elegida y ajustar el documento a estas recomendaciones¹³.

A manera de conclusión, las cartas al editor es un tipo de artículo de divulgación científica hasta la fecha olvidado en *Duazary*. Puesto que estos artículos son importantes y enriquecen el debate académico, este editorial es una invitación a los lectores a que se animen enviar carta al editor para comentar algunos de los artículos originales publicados en el presente número, ganar confianza en la redacción científica y contribuir a la construcción de conocimiento mundial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez-Anaya O, Ceballos-Ospino GA, González-Gálvez DM, Suescún-Arrogocés JD. Análisis bibliométrico de la revista *Duazary* en el quinquenio 2012-2016. *Duazary*. 2017; 14 (2): 122-30.
2. Girard NJ. Thoughts on writing a letter to the editor (editorial). *AORN J*. 2005; 81 (6): 1155-6.
3. Peh WC, Ng KH. Writing a letter to the Editor. *Singapore Med J*. 2010; 51 (7): 532-5.
4. Cano G. Cartas al editor (editorial). *Colomb Med*. 2006; 37 (2): 91.
5. Reyes CA. Recomendaciones para escribir un artículo científico. *Medunab*. 2001; 4 (12): 208-12.
6. Caballero-Ortiz AG. Cartas al editor como oportunidad de primera publicación en los miembros de FELSOCEM. *CIMEL*. 2014; 19 (2): 50.
7. Miyahira JM. La importancia de las cartas al editor (editorial). *Rev Med Hered*. 2010; 21: 57-8.
8. González de Dios J, González-Muñoz M, Alonso-Arroyo A, Aleixandre-Benavent A. Comunicación científica (VII). Conocimientos básicos para elaborar un artículo científico (2): el fondo (lo que se dice). *Acta Pediatr Esp*. 2013; 71 (11): e358-63.
9. Gutiérrez C, Mayta P. Publicación desde el pregrado en Latinoamérica: importancia, limitaciones y alternativas de solución. *CIMEL*. 2003; 8 (1): 54-60.
10. Rosselli D. Latin American biomedical publications: the case of Colombia in Medline. *Med Educ*. 1998; 32 (3): 274-7.
11. Rincón CJ, Lasalvia P, Rosselli D. Ascenso de las publicaciones biomédicas colombianas (carta al editor). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016; 45 (4): 270.
12. Rosselli D. The language of biomedical sciences (letter). *Lancet*. 2016; 387 (10029), 1720-1.
13. Llanos G, Reyes CA. La alegría de publicar 4. Los cien pecados de la presentación de artículos científicos. *Colomb Med*. 2002; 33 (3): 138-41.

CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES ASOCIADOS A LA DISPOSICIÓN HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

INSTRUMENT CONSTRUCTION TO EVALUATE FACTORS ASSOCIATED TO WILLINGNESS TOWARDS ORGAN DONATION

TÍTULO CORTO: CONSTRUCCIÓN DE INSTRUMENTO PARA EVALUAR FACTORES ASOCIADOS A LA DONACIÓN DE ORGANOS

Héctor Neira-San Martín¹ , Gracia Navarro-Saldaña² , Ignacio Jofré-Oliden³ 

Tipología: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Para citar este artículo: Neira-San Martín H, Navarro-Saldaña G, Jofré-Oliden I. Construcción de instrumento para evaluar factores asociados a la disposición hacia la donación de órganos. Duazary. 2018 enero; 15 (1): 13 - 21. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2024>

Recibido en febrero 10 de 2017

Aceptado en abril 19 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue la construcción y estudio piloto de un instrumento para evaluar factores asociados a la disposición hacia la donación de órganos. El *Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y creencias* está conformado por 22 ítems tipo Likert de autoadministración. Fue respondido por 244 personas adultas apoderadas de 10 colegios de la provincia de Concepción, Chile, las cuales pertenecían a los grupos socioeconómicos bajo y medio. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de extracción de máxima verosimilitud y rotación varimax, el cual arrojó cinco factores: a) confianza en el proceso de donación y trasplante; b) comunicación familiar sobre donación de órganos; c) creencias ideológicas alrededor de la donación de órganos; d) conocimientos sobre donación y trasplante de órganos, y e) autonomía en la decisión de donar. La confiabilidad fue medida mediante el cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach y la relación entre los factores mediante el coeficiente r de Pearson. Se establece que el instrumento es pertinente y confiable y se propone una nueva aplicación con una muestra más grande y que considere personas del grupo socioeconómico alto.

Palabras clave: obtención de tejidos y órganos; evaluación educacional; psicometría; proyectos piloto.

1. Psicólogo. Universidad de Concepción. Chile. Correo: hector.neiras@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-9118-3858>

2. Psicóloga, Magíster en Responsabilidad Social, Doctora en Educación, Docente del programa de Psicología. Universidad de Concepción. Chile. Correo: gnavarro@udec.cl - <http://orcid.org/0000-0002-2581-2510>

3. Estudiante de Psicología. Universidad de Concepción. Chile. Correo: ignaciojofre@udec.cl - <http://orcid.org/0000-0002-2167-6443>

ABSTRACT

The object of this study was the construction and pilot study of an instrument for evaluating factors associated to individuals' willingness towards organ donation. The *Questionnaire about Knowledge, Attitudes and Beliefs* consists of 22 items Likert type of self administration. It was answered by 244 adults, guardians of 10 schools from Concepcion, Chile, who belonged to the middle and lower socioeconomic levels. An Exploratory Factor Analysis was done under the method of Maximum Likelihood Estimation and Varimax rotation, which derived in five factors: a) reliance on the process of donation and transplantation, b) communication about organ donation within the family, c) ideological beliefs on organ donation, d) knowledge about organ donation and transplantation, and e) autonomy on the choice of donation. The reliance was measured through the Cronbach's alpha and the relationship among the factors, through r of Pearson. It was established that the instrument is pertinent and reliable and a new application is proposed, to be administered on a bigger sample that includes individuals from the higher socioeconomic levels.

Keywords: Tissue and Organ Procurement; Educational Measurement; Psychometrics; Pilot Projects.

INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos es el procedimiento terapéutico mediante el cual se implanta un órgano donado en reemplazo del órgano que falla cuando no se ha podido recuperar la funcionalidad del mismo mediante otros tratamientos. Los órganos que pueden ser trasplantados en Chile son: riñones, corazón, pulmones, hígado, páncreas, intestino, huesos, piel y córneas para los donantes con muerte cerebral. En el caso de los donantes con parada cardiorrespiratoria, sólo existe un programa para extraer sus córneas, y en el caso de los donantes vivos, los órganos que se pueden donar son riñón, pulmón, hígado, intestino y páncreas¹.

Actualmente, existe un déficit de donantes de órganos en relación a la cantidad de personas que están en listas de espera²⁻⁵. El país que mejores resultados ha obtenido es España, que presenta una tasa de 36 donantes por millón de personas (pmp), mientras que en Chile la cifra alcanzada el 2014 fue de 6 pmp⁶, la cual aumentó el año 2015 a 6,7 pmp²².

Debido a la baja cantidad de donantes, el Gobierno de Chile realizó una modificación a la

Ley N° 19.451 el año 2010, pero los resultados obtenidos no eran los esperados, puesto que aumentó en cerca de tres millones el número de inscritos oficialmente como no donantes⁷. Esto llevó a una segunda modificación, en el año 2013, que posicionaba a los donantes como prioritarios ante los no donantes frente a una situación de igualdad médica, llevando a que, probablemente, la donación se diera por temor más que por altruismo o responsabilidad social⁸⁻¹⁰.

La literatura estadounidense y europea ha identificado factores que influyen en la actitud hacia la donación de órganos, considerando que ésta es predictora de la conducta de donación^{6,11}.

Entre los factores más importantes, se encuentran: la comunicación con la familia respecto a la donación de órganos^{2-4,12,13}, conocimientos respecto a la donación y trasplante de órganos^{2-4,11,14}, confianza en el sistema sanitario^{2,3,15,16} y profesión de una religión^{5,17}.

Para medir los factores asociados se han utilizado diferentes métodos, desde la encuesta telefónica¹⁸ hasta cuestionarios tipo Likert autoadministrados^{19,2}. En Chile se han realizado

diversas investigaciones sobre el tema y cada una de ellas contempló la creación de una encuesta, sin embargo, éstas no fueron publicadas y sólo la investigación presentada por Doggenweiler y Guic⁶ consideró la validación del instrumento. No obstante, dicho instrumento fue construido y validado para población universitaria, por lo que se hace sumamente necesaria la validación de un instrumento para la población general.

El objetivo de este trabajo fue la creación y estudio piloto de un instrumento para evaluar factores asociados a la disposición hacia la donación de órganos en población chilena.

MATERIALES Y MÉTODOS

Construcción del instrumento

Se realizó una revisión de la bibliografía, a partir de la cual se extrajeron conclusiones y supuestos teóricos para orientar la investigación. Estos supuestos teóricos fueron considerados como subdimensiones iniciales que podrían incluir los factores asociados a la disposición hacia la donación de órganos y sirvieron como guía para la construcción de los reactivos del instrumento.

Las subdimensiones iniciales fueron:

- a) Conocimientos sobre donación y trasplante.
- b) Confianza en el proceso de donación y trasplante.
- c) Comprensión de la donación de órganos como responsabilidad social.
- d) Discusión en la familia sobre donación de órganos.
- e) Creencias ideológicas alrededor de la donación de órganos.

A partir de estas subdimensiones, se redactaron 24 ítems tipo Likert, los cuales fueron enviados a tres expertos: una enfermera experta en donación de órganos, una tecnóloga médica experta en donación de órganos y un psicólogo experto en psicometría. A los tres se les pidió que evaluaran cada ítem según cuatro criterios: pertinencia del ítem, relevancia de ítem, claridad del ítem y parsimonia. A partir del consenso de los jueces, se eliminaron dos ítems y se mejoraron en la redacción otros dos. Las opciones de respuesta de la escala tipo Likert, apuntaba a saber qué tan de acuerdo estaban los participantes con cada afirmación, siendo uno “muy en desacuerdo” y cinco “muy de acuerdo”.

Una vez listos los 22 ítems, se aplicó el instrumento a cinco personas con el objetivo de identificar dificultades en la comprensión de las afirmaciones o problemas de redacción. Cuando se confirmó que estos problemas no existían, se consideró el instrumento listo para la aplicación oficial.

El instrumento final fue presentado de la siguiente manera: en la primera hoja, el consentimiento informado; en la segunda hoja la encuesta sobre información sociodemográfica y la pregunta sobre su disposición a donar órganos propios y los de un familiar cercano; y en la tercera hoja, la encuesta tipo Likert.

Aplicación del instrumento

Se aplicó la encuesta a un total de 269 apoderados de 10 colegios de la provincia de Concepción, los cuáles atendían a personas de los grupos socioeconómicos bajo y medio. Se eliminaron las encuestas que presentaban datos perdidos o en la variable dependiente, quedando un total de 244 encuestas válidas. El 79,9% eran mujeres (N= 195) y el 18% eran hombres (N= 44); el 2% (N= 5) de los participantes no reportaron su sexo.

En el 50% de los colegios, la aplicación fue presencial, durante la reunión de apoderados

y no tomó más de 20 minutos por curso. En la otra mitad, la encuesta fue enviada a los padres a través de los estudiantes, esto debido a lo lejano de la fecha de la siguiente reunión de apoderados.

Análisis del instrumento

El análisis del instrumento se realizó a partir de los datos recolectados de padres y apoderados de los 10 colegios participantes de esta investigación. El análisis consistió en la evaluación de las propiedades psicométricas de la encuesta, específicamente su validez de constructo y confiabilidad.

Declaración sobre aspectos éticos

A partir de las consideraciones éticas indicadas en la Declaración de Helsinki, se solicitó a cada establecimiento educacional y a las personas participantes la autorización para llevar a cabo la medición, con el compromiso de manejar con absoluta confidencialidad los datos aportados por cada persona. La identificación de cada cuestionario se realizó exclusivamente para separar por tipo de colegio y curso, y en ningún caso para relacionar las respuestas a una persona particular.

Se solicitó a los participantes que firmaran el consentimiento informado en el cual se expresó el objetivo de la investigación y sus derechos.

Se calculó el alfa de Cronbach para cada uno de los factores y su correlación mediante coeficiente r de Pearson, para la evaluación de la consistencia interna

En un primer análisis, la medida de adecuación muestral de Kayser, Meyer y Olkin (KMO) arrojó un valor de 0,815 y la prueba de esfericidad de Bartlett se mostró significativa $\chi^2(210, N = 244) = 1736,8, p < 0,000$ por lo que se decidió continuar con las pruebas²⁰.

El análisis presentaba seis factores con autovalores mayores que 1,0, sin embargo la prueba de análisis paralelo de Horn con base a 2000 muestras aleatorias mostraba cuatro marcadamente. Existía un quinto factor con un margen de diferencia pequeño, y como ese quinto factor se ajustaba a lo planteado de manera teórica, se decidió dejarlo con cinco factores.

Al revisar qué ítem saturaba en cada factor, se encontró que el ítem 14 “*¿se cuáles son los órganos que se pueden donar?*”, no saturaba en ningún factor, por lo que se eliminó.

Con el ítem 14 eliminado, se volvió a realizar el proceso, encontrando que el valor KMO era de 0,819 y la prueba de esfericidad de Bartlett era significativa $\chi^2(210, N = 244) = 1646,9, p < 0,000$.

El criterio de Kaiser-Guttman identificó cinco factores con autovalores mayores a 1,0, explicando el 56,45% de la varianza total de los ítems. Sin embargo, el criterio de contraste de caída a través del gráfico de sedimentación, mostró de manera clara sólo cuatro factores (Figura 1).

RESULTADOS

Evaluación psicométrica

Para la evaluación de la validez de constructo, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de extracción de máxima verosimilitud y rotación varimax.

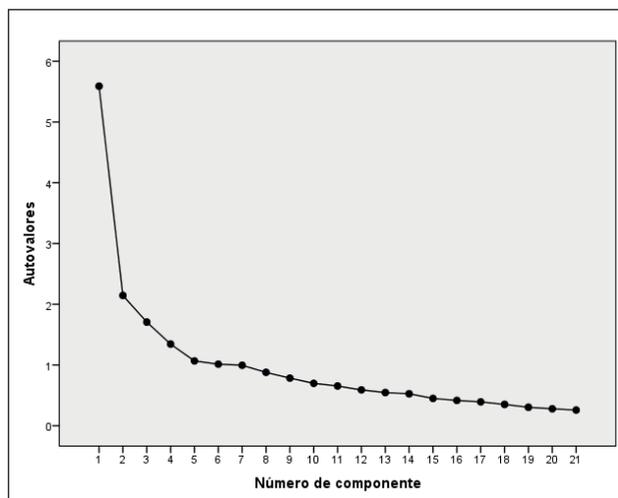


Figura 1. Gráfico de sedimentación para el Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y creencias (22 ítems).

Por otro lado, se encontró que la diferencia en el análisis paralelo de Horn era mayor en el quinto factor. A pesar de eso, se decidió conservar el quinto factor por su ajuste teórico y porque eso permitía que los ítems se agruparan de manera más ajustada a los factores que habían sido asociados de manera teórica.

Se generó la matriz de configuración para los cinco factores, mostrando todos los ítems cargas mayores a 0,30. Cuando algún factor presentó carga en más de un factor, éste fue asignado a aquel en el que presentaba una carga factorial mayor.

Así, el instrumento quedó formado por los siguientes factores:

1. Confianza en el proceso de donación y trasplante: referido al grado de confianza que los participantes tienen en las personas que trabajan en donación y trasplante y en los protocolos que regulan la donación y trasplante.

2. Discusión sobre la donación en la familia: referido a cuánto se ha discutido con la familia la postura propia y de los otros respecto a la donación de órganos.

3. Creencias ideológicas alrededor de la donación: se refiere a las creencias no científicas y asociadas a una ideología particular que tienen las personas.

4. Conocimientos sobre donación: referido al grado de conocimiento que tienen las personas respecto a donación y trasplante de órganos.

5. Autonomía en la decisión de donar: referido al respeto de la voluntariedad de donar, tanto por el sistema como por los familiares.

Al evaluar la consistencia interna del instrumento y de cada factor, mediante el coeficiente Alfa de Cronbach se observó para el factor “*confianza en el proceso de donación y trasplante*”, un $\alpha = 0,84$, presentado correlaciones ítems-escala que variaron entre $r = 0,521$ (ítem 16) y $r = 0,793$ (ítem siete). Para el factor “*discusión sobre la donación en la familia*”, se obtuvo un $\alpha = 0,74$ con correlaciones entre $r = 0,553$ (ítem 19) y $r = 0,843$ (ítem dos). Para el factor “*Creencias ideológicas alrededor de la donación*”, se obtuvo un $\alpha = 0,56$ con correlaciones entre $r = 0,611$ (ítem 18) y $r = 0,718$ (ítem 15). Para el factor “*Conocimientos sobre donación*”, se obtuvo un $\alpha = 0,53$ con correlaciones entre $r = 0,672$ (ítem uno) y $r = 0,765$ (ítem cuatro). Finalmente, para el factor “*autonomía en la decisión de donar*”, se obtuvo un $\alpha = 0,51$, con correlaciones entre $r = 0,796$ (ítem ocho) y $r = 0,845$ (ítem nueve).

Los valores del Alfa de Cronbach para los factores tres, cuatro y cinco, pueden ser explicados por el bajo número de ítems que contenía cada factor, siendo cuatro, tres y dos respectivamente. Este

bajo número de ítems sería el factor que afecta la variación de los datos generando menores niveles de confiabilidad²¹, lo cual puede ser mejorado aumentando la cantidad de ítems en futuras versiones del instrumento.

Como último punto del análisis psicométrico de los instrumentos, se evaluó la relación entre los factores, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, con base a un contraste unilateral, cuyos resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Relación entre factores del instrumento.

Factor	1	2	3	4	5
1	-	0,389**	0,287**	0,406**	0,243**
2		-	0,138**	0,455**	0,368**
3			-	0,226**	0,131*
4				-	0,280**
5					-

N = 244; p < 0,05*; p < 0,01**. Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que el instrumento generado es pertinente y confiable en su conjunto y representa un aporte en la medición de la actitud hacia la donación de órganos y la identificación de los factores que influyen en dicha actitud.

Investigaciones en Estados Unidos y Europa identificaron diferentes factores que influenciaban en la actitud hacia la donación de órganos, lo cuáles fueron considerados como subdimensiones para la construcción del presente instrumento.

Uno de los principales predictores de la actitud de donación de órganos es la comunicación con la familia respecto a la donación^{2,3,4,12,13}. Este factor fue uno de los encontrados en el presente instrumento, siendo cuatro los ítems que apuntan al mismo.

Otro supuesto teórico es que quienes presentan un bajo nivel de confianza en el sistema asociado

a la donación, se opondrían a la donación de órganos^{2,3,15,16}. Este factor fue encontrado también en el presente instrumento, con ocho ítems.

Un tercer factor identificado en este instrumento tiene relación con los conocimientos acerca de la donación y trasplante de órganos, lo cual coincide con lo planteado en investigaciones anteriores^{2,3,4,11,14}.

Otra conclusión teórica era que la profesión de una religión influenciara en la disposición hacia la donación^{5,17}. El instrumento, no fue formado de un factor que diera cuenta de la influencia de la religión, pero sí de creencias ideológicas respecto a la donación, las cuales, en su mayoría, están relacionadas con creencias religiosas.

El quinto factor encontrado, no tiene relación con los planteamientos teóricos anteriores y se refiere a la autonomía en la decisión de donar. Este es el factor con menos ítems (dos), lo que podría explicar su baja fiabilidad según el Alfa de Cronbach.

El bajo número de donantes de órganos en Chile hace necesaria la investigación, con el fin de conocer cuáles serían las intervenciones más adecuadas para lograr el aumento de personas que donen. Desde este punto de vista, este instrumento se presenta como una alternativa tanto para el diagnóstico de conocimientos, actitudes y creencias como para evaluación de programas de intervención y educación en donación de órganos.

Un aporte adicional al realizado por Doggenweiler y Guic⁶ con el instrumento diseñado previamente por ellas, es que el instrumento que se presenta en esta investigación puede ser aplicado a la población general mayor de 18 años y no sólo en población universitaria. Esto aporta además a la confiabilidad, debido a la heterogeneidad de la población en la que fue aplicado, permitiendo discriminar efectivamente entre quienes tienen una disposición favorable a la donación y quienes no e identificar cuáles son los factores que los diferencian. Así, entonces, los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento permiten hipotetizar respecto a quiénes presentarían la conducta de donación y crear planes de intervención con el objetivo de potenciar esas características en quienes no presentan una disposición favorable a la donación. Dado que no se encontró estudios en la población utilizada para este trabajo, no fue posible comparar sus resultados con los de otras investigaciones.

Se considera necesaria una nueva aplicación del instrumento, esta vez con un número superior de participantes, con el fin de que sea validado para la población objetivo, y con ello realizar un análisis factorial confirmatorio para obtener el número definitivo de factores que medirá. Es importante considerar, también, que las personas que participaron en este estudio tienen

hijos, por cuanto son apoderados de colegio, por lo que se cree necesario que la validación del instrumento considere personas con y sin hijos y así evitar ese sesgo. Otro punto importante a la hora de la validación es que participen personas que pertenezcan al grupo socioeconómico alto, de modo que pueda considerarse a la totalidad de la población.

Se espera que en un corto tiempo el instrumento se encuentre probado y validado para ser puesto a disposición de las autoridades sanitarias de Chile y así contribuir al aumento de la cantidad de donantes en el país.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar por los autores. Este trabajo fue financiado por el Programa de Estudios sobre la Responsabilidad Social, Departamento de Psicología y Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Universidad de Concepción, Chile.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chile. Ministerio de Salud. Reglamento para la aplicación de la Ley N° 19.451 que establece normas sobre trasplantes y donación de órganos. Santiago (Jun. 17 2013).
2. Morgan S. The power of talk: African Americans' communication with family members about organ donation and its impact on the willingness to donate organs. *J. Soc. Pers. Relat.* 2004; 21(1): 112-24.
3. Holman A, Karner-Hutuleac A, Ioan B. Factors of the willingness to consent to the donation of a deceased family member's organs among the Romanian urban population. *Transplant proc.* 2013; 45(9): 3178-82.

4. Gross T, Martinoli S, Spagnoli G, Badia F, Malacrida R. Attitudes and behavior of young European adults towards the donation of organs – a call for better information. *Am. J. Transplant.* 2001; 1(1): 74-81.
5. Ríos A, López-Navas A, Ayala-García M, Sebastián M, Abdo-Cruza A, Alán-Castro J, et al. Actitud hacia la donación de órganos del personal no sanitario de hospitales de España, México, Cuba y Costa Rica. *Revista Nefrología.* 2013; 33(5): 699-708.
6. Doggenweiller I, Guic E. Determinantes psicosociales de la intención de donación de donación de órganos en una muestra chilena. *Rev. Med. Chile.* 2014; 142(1): 27-33.
7. Rojas-Delgado P, Gutiérrez-Montaña M, Rojas-Rivera J, Saavedra-Ávila L, Ñancupil-Reyes W. Una mirada a la nueva ley de donación de órganos en Chile: la polémica prioridad para los donantes. *Rev Fac. Med.* 2014; 62(3): 477-80.
8. Hill E. Posthumous organ donation attitudes, intentions to donate, and organ donor status: examining the role of the big five personality dimensions and altruism. *Pers. Individ. Dif.* 2015; 88: 182-6.
9. Navarro G. *Moralidad y Responsabilidad Social: bases para su desarrollo y educación.* Primera edición. Concepción: Editorial Universidad de Concepción; 2012.
10. Navarro G. *Construcción de conocimiento en educación superior. Educación de competencias genéricas en la Universidad de Concepción.* Primera edición. Concepción: Editorial Universidad de Concepción; 2015.
11. Kuddus R, Mehrizy R, Minale A, El-Saldi M, El-Ezzi A. Motivation for organ donation among college students in the United States. *Transplant. proc.* 2014; 46(6): 2014-49.
12. Siminoff L, Gordon N, Hewlett J, Arnold R. Factors influencing families' consent for donation of solid organs for transplantation. *JAMA.* 2001; 286(1): 71-7.
13. Murray L, Miller A, Dayoub C, Wakefield C, Homewood J. Communication and consent: discussion and organ donation decisions for self and family. *Transplant proc.* 2013; 45(1): 10-12.
14. Padilla-Cuadra J, Mora-Chacón P, Monge-Fallas A, Rodríguez-Barquero R. Actitudes y conocimientos sobre la donación de órganos, trasplante y muerte cerebral en estudiantes de ciencias de la salud. *Acta médica costarricense.* 2015; 57(4): 179-183.
15. Bustamante M, Villarreal P. Los medios de comunicación en el proceso de donación de órganos en Chile. *Panorama socioeconómico.* 2009; 27(38): 60-67.
16. Pérez M, Domínguez J, Murillo F, Núñez A. Factores sociales y psicológicos que influyen en la donación de órganos. *Psicothema.* 1993; 5(2): 241-253.
17. Ríos A, López-Navas A, Iniesta A, Mikla M, Martínez-Alarcón L, Ramis P, et al. Involvement of religious factor on the attitude toward organs donation among the ecuadorian population resident in Spain. *Transplant proc.* 2015; 47(9): 2600-2.
18. Rando B, Blanca M, de Frutos M. La toma de decisión sobre donación de órganos en la población andaluza. *Psicothema.* 2002; 14(2): 300-9.
19. Fernández-Rioja F, Zapata-Zapata C, Díaz-Vélez C, Taypicahuana-Juárez J. Validación de instrumento para medir la actitud hacia la donación de órganos en familiares de pacientes hospitalizados. *Rev. cuerpo méd. HNAAA* 2014; 7(1): 24-8.

20. Beavers A, Lounsbury J, Richards J, Huck S, Skolits G, Esquivel S. Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *PARE*. 2013; 18(6): 1-13.
21. Cronbach, L. *Essentials of psychological testing*. New York: Harper & Row; 1998.
22. Ministerio de Salud. Datos donantes de órganos y Receptores Febrero 2016 [Internet]. Santiago: Minsal [citado 17 de mayo de 2017]. Disponible en <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/Resultados-Febrero-2016.pdf>

BURNOUT Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE FUNCIONARIOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

BURNOUT AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF PERSONNEL OF INTENSIVE CARE UNITS

TÍTULO CORTO: *BURNOUT* Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE FUNCIONARIOS

Felipe E. García¹, Félix Cova-Solar², Flor Bustos-Torres³, Érica Reyes-Pérez⁴

Tipología: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Para citar este artículo: García FE, Cova-Solar F, Bustos-Torres F, Reyes-Pérez E. *Burnout* y bienestar psicológico de funcionarios de unidades de cuidados intensivos. Duazary. 2018 enero; 15 (1): 23 - 38.

Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2101>

Recibido en febrero 22 de 2017

Aceptado en abril 19 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

El propósito del estudio fue evaluar la influencia de la rumiación y el apoyo social sobre el *burnout* y el bienestar psicológico en funcionarios de una unidad de cuidados intensivos de un hospital de alta complejidad en Chile. Se propuso un modelo de influencia indirecta del *brooding* sobre el bienestar psicológico, mediado por el apoyo social y el *burnout*. Para ello, fueron encuestados 136 funcionarios, de los cuales el 81,9% se encontraban entre los 23 y los 59 años de edad, siendo el 85,3% mujeres y el 14,7% hombres. Se empleó el Inventario de *Burnout* de Maslach (MBI), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (PWB), la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido de Zimet (MSPSS) y la Escala de Respuesta Rumiativa de Treynor, González y Nolen-Hoeksema (RRS). Los resultados muestran relaciones directas entre el apoyo social y el bienestar, y entre el *brooding* y *burnout*, así como relaciones inversas entre el apoyo social y el *burnout*, y entre el *brooding* y el bienestar. El modelo de mediación propuesto mostró adecuados índices de ajuste.

Palabras clave: Agotamiento profesional; Apoyo social; Estrés laboral; Salud mental.

ABSTRACT

The working conditions in intensive care units (ICUs) are related to a high risk of burnout. In this study we aim to measure the influence of rumination and social support on burnout and psychological well-being in members of the staff of an ICU in a reference hospital in Chile. We proposed a model showing an indirect influence of brooding

1. Psicólogo, Doctor en Psicología. Universidad Santo Tomás. Concepción, Chile. Correo: fgarcia@santotomas.cl - <http://orcid.org/0000-0002-4161-5840>
2. Psicólogo, Doctor en Psicología. Director del Departamento de Psicología, Universidad de Concepción. Chile. Correo: fecova@udec.cl - <http://orcid.org/0000-0002-9290-6875>

3. Psicóloga, Licenciada en Psicología. Universidad de las Américas. Concepción, Chile. Correo: fmbt18@yahoo.com - <http://orcid.org/0000-0003-3979-8112>

4. Psicóloga, Licenciada en Psicología. Universidad de las Américas. Concepción, Chile. Correo: lilierysan@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-8480-8298>

mediated by social support and burnout on the psychological well-being. We surveyed one hundred and thirty six employees (81.9% of the total) of ages 23 to 59 years of age. This sample consisted of 85.3% women and 14.7% men. We used the Maslach Burnout Inventory (MBI), the Ryff Scales of Psychological Well-Being (PWB), Zimet's Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Ruminative Responses Scale by Treynor et al (RRS). Results indicated direct relations between social support and well-being, and between brooding and burnout. They also indicated inverse relations between social support and burnout, and between brooding and well-being. The mediation model showed adequate fitting indices.

Keywords: Burnout; Social support; Work Stress; Mental Health.

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral afecta tanto la salud y la satisfacción individual y colectiva de los trabajadores, como su bienestar general¹. En circunstancias de estrés laboral crónico puede surgir un estado de agotamiento difícil de modificar: el *burnout*². Las condiciones laborales en las que se debe desempeñar el personal de unidades hospitalarias de cuidados intensivos (UCI) hacen que éste sea un grupo de alto riesgo para el desarrollo del mismo³⁻⁸.

Freudenberger⁹ describió el “*burnout*” como un estado de fatiga o frustración que se produce en las profesiones relacionadas con la ayuda directa a las personas, pues habitualmente esta lleva a los funcionarios a enfrentarse con emociones intensas de dolor, enfermedad y/o sufrimiento psíquico. Se distinguen habitualmente tres dimensiones en el *burnout*^{10,11}:

- 1) Cansancio emocional: sensación física o psicológica de fatiga.
- 2) Despersonalización: actitud negativa hacia los usuarios del servicio y sus compañeros de trabajo.

- 3) Devaluación o baja realización personal: actitudes negativas hacia uno mismo y su labor.

No solo el *burnout* y el bienestar laboral tienen una relación inversa^{12,13}, sino que también, se han encontrado relaciones inversas entre el *burnout* y el bienestar psicológico o eudaimónico¹⁴: un constructo más amplio considerado como el principal indicador del funcionamiento positivo¹⁵. En el bienestar psicológico se reconocen habitualmente seis dimensiones¹⁵: a) auto-aceptación: sentirse bien consigo mismo y con sus cualidades; b) relaciones positivas con los otros: desarrollar y mantener adecuadas relaciones con los demás; c) dominio del entorno: controlar el propio ambiente; d) autonomía: desarrollar independencia y capacidad de regular la propia conducta; e) propósito en la vida: plantearse objetivos que orienten sus esfuerzos y desafíos, y f) crecimiento personal: orientarse a desarrollar sus propias capacidades y adquirir nuevos aprendizajes. Esta perspectiva del bienestar es el objeto central de este estudio.

En el desarrollo del *burnout*, o en la moderación de sus efectos, parece cumplir un importante rol la percepción de apoyo social^{16,17}. En este

sentido, Schaufeli et al¹³ encontraron relaciones inversas entre el apoyo social de compañeros y supervisores con el *burnout*. Esa relación inversa también se ha observado al evaluar la percepción de apoyo social por parte de redes más personales, como amigos y familiares¹⁸⁻²⁰.

El malestar asociado al *burnout* puede mantenerse o profundizarse debido a recurrentes pensamientos negativos o “rumiación”²¹. La “rumiación” es habitualmente entendida como la tendencia a mantener focalizada la atención y el pensamiento en las emociones negativas que se experimentan²², constituyendo un modo de regulación emocional que tiene cierta estabilidad en el tiempo²³. Por lo general, son pensamientos intrusivos, ajenos a la voluntad o intención del individuo, asociados a síntomas depresivos²⁴.

Aunque inicialmente la rumiación fue tratada como un constructo unitario, se distinguen actualmente al menos dos tipos²⁵: a) la rumiación negativa (en adelante, *brooding*), caracterizada por una focalización pasiva sobre las causas y consecuencias de emociones o experiencias negativas, la recurrente comparación de la situación actual con alguna norma no lograda, y la detención en los obstáculos que impiden superar los problemas, y b) la rumiación reflexiva, proceso por el cual el individuo medita en busca de una solución a sus problemas y en el análisis de las dificultades vividas.

Recientemente, se ha estudiado la relación entre rumiación y *burnout*, observándose que estos muestran relación entre sí, en particular el *brooding*²⁶, y que esta relación aparece más intensa con el cansancio emocional²⁷. Se ha observado una relación inversa entre la rumiación y el apoyo

social²⁸, es decir que algunas de las consecuencias emocionales negativas del *brooding* (como la depresión) podrían estar mediadas por el apoyo social²⁹. A su vez, el *brooding* muestra relaciones inversas con algunas variables asociadas al bienestar psicológico, como el haber encontrado un sentido a la vida³⁰.

El presente estudio propone un modelo de relación de las variables señaladas. Analiza el bienestar psicológico en funcionarios de las UCI de un hospital público y la influencia que sobre este tiene el apoyo social y el *burnout*. Se hipotetizó acerca de la existencia de una relación negativa entre el *burnout* y el bienestar psicológico, y de una relación positiva entre este y el apoyo social. El modelo considera la rumiación, específicamente el *brooding*, como un factor relacionado negativamente con el bienestar psicológico y el apoyo social, y positivamente con el *burnout*. Debido a su naturaleza más disposicional, se hipotetizó que el *brooding* influiría negativamente en la percepción de apoyo social y afectaría indirectamente el bienestar psicológico, estando su influencia mediada total o parcialmente por el apoyo social y el *burnout*. Modelos comprensivos de los determinantes del bienestar y del *burnout* en unidades de alta exigencia, como la considerada en este estudio, son indispensables para el diseño de programas promocionales y preventivos³¹.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Se empleó un diseño no experimental, descriptivo-correlacional, con una medición transversal.

Participantes

Participaron 136 personas, de las cuales un 81,9 % eran funcionarios de la UCI de un hospital de alta complejidad en Concepción, Chile. Del total de los encuestados, un 85,3% eran mujeres y un 14,7% eran hombres, en un rango de edad entre los 23 y los 59 años ($M= 38$ años; $DE= 9,46$). Datos socio-demográficos más específicos se observan en las Tablas 1 y 2. El estudio fue de tipo censal, es decir, se buscó encuestar al total de los funcionarios de las UCIs, lo que corresponde a la población objetivo. La razón que explica esta elección se encuentra en el reducido número de personas que trabajan en la UCI que hizo factible, por un lado, encuestar a toda la población y, por otro lado, contar con un indicador real de los niveles de *burnout* y bienestar en este grupo de personas. Por el mismo motivo, no se definió ningún criterio de exclusión.

Instrumentos

Inventario de *Burnout* de Maslach^{10,32} (MBI): está constituido por 22 preguntas y tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y devaluación personal, que se contesta en una escala Likert desde cero (“nunca”) hasta seis (“todos los días”); en este estudio, la escala total obtuvo un alfa de Cronbach de 0,88.

Escala de Bienestar Psicológico (PWB)^{13,33,34}: cuenta con un total de 39 ítems divididos en seis escalas: auto-aceptación, relaciones positivas con otros, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal, que se responde en un formato tipo Likert entre uno (“totalmente en desacuerdo”) y seis (“totalmente de acuerdo”); en el presente estudio se obtuvo un $\alpha=0,91$ para la escala total.

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS)^{35,36}: está conformada por 12 ítems que se responden en un formato tipo Likert desde uno (“muy en desacuerdo”) hasta siete (“muy de acuerdo”); se obtuvo un $\alpha=0,93$ en el presente estudio.

Escala de Respuesta Rumiativa^{22,25} (RRS): está constituida por 14 ítems agrupados en dos dimensiones: *brooding* y reflexión, que se responden en una escala Likert desde cero (“casi nunca”) hasta tres (“casi siempre”); en este estudio se obtuvo un $\alpha=0,83$ para reflexión y 0,78 para *brooding*. Además, se incluyó un cuestionario sociodemográfico con preguntas acerca del sexo, la edad y la profesión.

Procedimiento

Los instrumentos se aplicaron entre marzo y junio del 2015, intentando abarcar al total de funcionarios de los servicios UCI del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, un hospital de carácter público considerado el más grande de Chile. A los participantes se les entregó, durante su jornada de trabajo, un set de cuestionarios autoaplicados que luego fue retirado por los investigadores. Los funcionarios respondieron dichos cuestionarios mayoritariamente fuera de su jornada laboral, principalmente en el hogar, dadas las dificultades para hacerlo durante el cumplimiento de sus funciones, la mayor parte de ellas de carácter crítico. De un total de 166 funcionarios (población objetivo), se recibieron correctamente 136 encuestas (población marco), es decir, un 81,9% del total; el 28% de las encuestas restantes no fueron devueltas sin indicación de causa y un 2% de las mismas fueron respondidas en forma incompleta.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de la población y de los instrumentos, además de una comparación de los grupos para las categorías sociodemográficas a través de *t* de student y ANOVA. Para probar las relaciones existentes entre las variables se utilizaron correlaciones *r* de Pearson y regresiones lineales múltiples, considerando el *burnout* y el bienestar como variables dependientes. Para evaluar el ajuste del modelo, se utilizó el método de estimación de máxima verosimilitud, previa evaluación de la normalidad multivariante, mediante el coeficiente de Mardia. Como criterios de ajuste se emplearon los siguientes^{37,38}: a) c^2 : un valor no significativo indica un buen ajuste; b) c^2/gl : un buen ajuste es indicado por un valor inferior a 2; c) NFI y TLI: un valor ³ 0,90 indica un ajuste aceptable, mientras que un valor ³ 0,95 es un indicador de un buen ajuste; d) RMSEA: un valor de RMSEA £ 0,08 (90% CI £ 0,10), es indicador de un ajuste aceptable, mientras que un RMSEA £ 0,05 (90% CI £ 0,08), es indicador de un buen ajuste. Finalmente, se realizó un análisis de clúster para observar cómo se agrupaban los funcionarios de acuerdo a sus puntajes en los instrumentos, utilizando para ello un análisis de conglomerado jerárquico con el método de Wald. Se emplearon los software estadísticos SPSS 20 y AMOS v.18.

Declaración sobre aspectos éticos

Se siguieron las pautas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975. El proyecto fue revisado y aprobado por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud de Concepción. Los participantes firmaron un consentimiento informado el cual aseguraba la voluntariedad, anonimato y confidencialidad de los datos entregados.

RESULTADOS

Se realizó, en primer lugar, una caracterización sociodemográfica. En las Tablas 1 y 2 se pueden observar las medias y desviaciones estándar del grupo total, además de las categorías por sexo, grupo de edad y profesión. Se realizaron comparaciones de grupo a través de *t* de student y ANOVA (con prueba post-hoc HSD de Tukey) para evaluar si había diferencias en las variables dependientes o sus subfactores.

No se encontraron diferencias significativas según el sexo. En cuanto a grupos de edad, se encontraron diferencias significativas en despersonalización ($F_{(3,132)}=4,710$, $p=0,004$), observándose en las personas entre los 50 y los 59 años ($M=2,14$; $DE=3,33$) una media inferior que la media de las personas que se encontraban entre los 23 y los 30 años ($M=8,03$; $DE=6,48$) y entre los 31 y los 40 años ($M=7,08$; $DE=5,15$).

En relación a la profesión, al comparar médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio, se observaron diferencias significativas en el factor de auto-aceptación del bienestar ($F_{(3,123)}=3,760$, $p=0,013$); se observa en médicos una media superior ($M=32,73$; $DE=2,37$) que en auxiliares de servicio ($M=27,23$; $DE=4,92$). También se encontraron diferencias en crecimiento personal ($F_{(3,123)}=4,337$, $p=0,006$), obteniendo los enfermeros una media más alta ($M=35,64$; $DE=5,21$) que los técnicos paramédicos ($M=32,21$; $DE=5,03$). Finalmente, en bienestar psicológico total se obtuvo un $F_{(3,123)}=3,761$, $p=0,013$, mostrando los médicos una media superior ($M=200,82$; $DE=15,54$) que los técnicos paramédicos ($M=180,17$; $DE=25,89$).

Tabla 1. Descripción de la muestra en el grupo total (n=136) y de acuerdo a género y rango de edad

	TOTAL				GÉNERO				RANGO DE EDAD							
	Min	Máx	Mujeres (n=116)		Hombres (n=20)		23 a 30 (n=49)		31 a 40 (n=39)		41 a 50 (n=43)		50 a 59 (n=14)			
			M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Apoyo social	25	84	70,90	12,34	72,55	7,15	70,62	13,03	72,28	13,67	71,92	11,71	70,00	12,50	66,93	9,28
RSS Reflexión	0	15	5,71	3,79	5,15	4,21	5,80	3,73	7,15	3,96	5,62	3,51	5,21	3,88	3,36	2,10
RSS Brooding	0	19	4,65	3,67	4,00	3,08	4,77	3,77	5,43	3,56	4,44	3,46	4,44	4,01	3,71	3,47
BP Autoaceptación	15	36	29,21	4,76	31,00	4,04	28,90	4,82	29,00	5,12	29,46	4,48	29,30	4,51	28,79	5,66
BP Relaciones positivas	11	36	24,93	4,91	25,90	4,59	24,76	4,96	25,88	5,30	24,26	5,54	24,79	4,17	24,50	3,96
BP Autonomía	19	48	35,64	6,38	35,45	6,95	35,67	6,31	33,63	7,15	36,26	5,14	37,00	6,07	35,50	7,35
BP Dominio del entorno	14	34	24,25	2,83	24,80	2,04	24,16	2,94	23,95	2,86	24,33	2,45	24,47	2,74	24,21	4,04
BP Propósito en la vida	11	36	30,85	4,66	31,45	3,86	30,74	4,79	30,15	5,31	30,62	5,27	31,51	3,72	31,43	3,27
BP Crecimiento personal	17	42	33,74	5,22	35,25	4,68	33,48	5,28	33,43	5,69	33,82	5,46	34,40	4,62	32,43	5,11
BP Total	103	233	185,39	25,13	191,05	22,52	184,41	25,52	181,98	28,57	185,85	23,14	189,28	23,73	181,93	25,05
MBI Agotamiento personal	0	42	16,01	10,43	17,75	11,20	15,72	10,31	18,03	11,35	17,15	9,49	14,33	10,82	12,29	7,79
MBI Despersonalización	0	27	6,28	5,73	7,50	5,36	6,07	5,79	8,03	6,47	7,08	5,15	5,28	5,40	2,14	3,32
MBI Devaluación personal	0	31	9,65	7,04	8,20	5,43	9,90	7,27	9,23	7,54	10,15	7,18	9,42	6,59	10,14	7,13
MBI Total	1	77	31,94	17,76	33,45	18,73	31,68	17,65	35,28	19,77	34,38	16,40	29,02	17,45	24,57	13,92

RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico; MBI: *burnout*. M: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 2. Descripción de la muestra de acuerdo a la profesión

	PROFESION													
	Médico (n=11)		Enfermera (n=45)		Técnico paramédico (n=58)		Auxiliar de servicio (n=13)		Kinesiólogo (n=7)		Administrativo (n=2)			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Apoyo social	73,73	7,35	74,78	8,46	68,62	14,29	70,38	10,19	63,83	20,05	60,50	19,09		
RSS Reflexión	3,91	3,59	6,24	3,30	5,72	3,91	5,54	4,56	3,33	3,88	9,50	3,54		
RSS Brooding	2,45	2,34	4,31	3,05	5,07	4,12	4,85	3,76	4,33	3,14	7,50	0,71		
BP Autoaceptación	32,73	2,37	30,04	4,08	28,64	5,10	27,23	4,92	28,83	5,46	27,23	4,92		
BP Relaciones positivas	26,64	4,82	26,00	4,35	23,76	5,07	25,00	5,03	24,00	6,84	26,00	0,00		
BP Autonomía	38,64	3,91	36,82	6,44	35,38	6,34	34,38	5,78	28,00	7,10	34,00	2,83		
BP Dominio del entorno	25,27	2,37	24,51	2,51	23,67	2,98	24,85	2,44	24,33	3,83	22,00	1,41		
BP Propósito en la vida	33,45	2,91	30,67	4,13	30,79	5,11	31,46	3,26	27,33	7,81	28,50	0,71		
BP Crecimiento personal	35,00	3,07	35,64	5,21	32,21	5,03	33,54	4,70	32,00	7,97	36,50	2,12		
BP Total	200,82	15,54	192,27	22,74	180,17	25,89	181,69	22,58	169,83	38,42	174,50	7,78		
MBI Agotamiento personal	14,73	8,51	15,18	10,60	16,93	11,00	15,69	9,59	13,33	8,57	14,50	3,54		
MBI Despersonalización	8,09	5,74	6,42	6,48	6,17	5,44	4,38	5,45	6,50	4,72	8,00	4,24		
MBI Devaluación personal	7,64	3,70	8,02	5,62	10,72	7,42	11,85	10,24	10,17	8,28	13,00	8,49		
MBI Total	30,45	15,35	29,62	18,63	33,83	18,12	31,92	17,51	30,00	18,31	31,82	17,77		

RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico; MBI: burnout. M: Media; DE: Desviación estándar.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables de estudio (n=136)

Variable	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Apoyo social	-0,14	-0,21*	0,38***	0,59***	0,26**	0,14	0,33***	0,39***	0,51***	-0,03	-0,14	-0,29***	-0,18*
2. RRS Reflexión	-	0,61***	-0,21*	-0,16	-0,19*	0,15	-0,06	0,10	-0,13	0,25**	0,18*	-0,06	0,18*
3. RRS Brooding		-	-0,38***	-0,25**	-0,32***	0,11	-0,13	-0,08	-0,29***	0,39***	0,29***	0,07	0,35***
4. BP Auto-aceptación			-	0,59***	0,57***	0,23**	0,69***	0,44**	0,82***	-0,30***	-0,12	-0,44***	-0,39***
5. BP Relaciones positivas con otros				-	0,41***	0,24**	0,49***	0,54***	0,73***	-0,25**	-0,19*	-0,46***	-0,39***
6. BP Autonomía					-	0,09	0,46***	0,43***	0,73***	-0,29***	-0,18*	-0,29***	-0,34***
7. BP Dominio del entorno						-	0,27**	0,30***	0,30***	-0,05	-0,08	-0,26**	-0,16
8. BP Propósito en la vida							-	0,50***	0,80***	-0,28***	-0,17*	-0,40***	-0,38***
9. BP Crecimiento personal								-	0,76***	-0,32***	-0,21*	-0,42***	-0,42***
10. BP Total									-	-0,38***	-0,23**	-0,53***	-0,51***
11. MBI Cansancio emocional										-	0,63***	0,23**	0,88***
12. MBI Despersonalización											-	0,18*	0,76***
13. MBI Devaluación personal												-	0,59***
14. MBI Total													-

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico; MBI: burnout

Tabla 4. Regresión lineal múltiple de variables predictoras sobre bienestar psicológico total y cada uno de sus factores (n=136)

Variable predictorora	BP Auto-aceptación (R ² =0,23)		BP Relaciones positivas con otros (R ² =0,36)		BP Autonomía (R ² =0,14)		BP Control del entorno (R ² =0,05)		BP Propósito en la vida (R ² =0,11)		BP Crecimiento personal (R ² =0,19)		BP Total (R ² =0,30)	
	β	t	β	t	β	T	B	t	β	t	β	t	β	T
1. Apoyo social	0,31	3,983***	0,56	7,917***	0,21	2,506*	0,17	1,970	0,31	3,727***	0,39	4,894***	0,47	6,309***
2. RRS Reflexión	0,05	0,520	0,00	0,042	0,01	0,140	0,14	1,290	0,04	0,360	0,24	2,462*	0,09	0,971
3. RRS Brooding	-0,35	-3,575***	-0,13	-1,482	-0,29	-2,784**	0,06	0,535	-0,09	-0,818	-0,15	-1,456	-0,24	-2,607**

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico. R²: varianza explicada; β: puntaje beta; t: valor t de student

En el análisis de las correlaciones (Tabla 3), se aprecia que el apoyo social presenta una relación positiva respecto al bienestar y negativa respecto al *burnout*. La rumiación reflexiva presenta correlaciones débiles aunque significativas de tipo “negativa” con el bienestar y “positiva” con el *burnout*. El *brooding* presenta relaciones más fuertes de tipo “negativa” con el bienestar y “positiva” con el *burnout*. Finalmente, el bienestar y el *burnout* presentan una relación negativa significativa (r=-0,51).

En los análisis de regresión, se consideraron el apoyo social y los dos factores de rumiación como variables predictoras tanto de bienestar psicológico y de sus subfactores, como del *burnout* y sus subfactores.

En la Tabla 4 se observa un valor predictivo significativo del modelo para bienestar psicológico total, así como para cada uno de sus subfactores, a excepción del “dominio del entorno” que resultó no significativo. En el caso del bienestar psicológico total, se obtuvo un valor R²=0,30 (R²adj=0,28), con un valor F_(3,132)=18,682, p<0,001. En este caso, la percepción de apoyo social fue un predictor positivo y el *brooding* un predictor negativo.

En la Tabla 5 se observa un valor predictivo significativo tanto del modelo para *burnout* total, como para cada uno de sus subfactores. En el caso del *burnout* total se obtuvo un valor R²=0,14 (R²adj=0,12), con un valor F_(3,132)=6,987, p<0,001. En este caso, el *brooding* es un predictor positivo. El apoyo social sólo es un predictor negativo de la devaluación personal.

Tabla 5. Regresión lineal múltiple de variables predictoras sobre *burnout* total y cada uno de sus factores (n=136).

Variable predictora	MBI Cansancio emocional (R ² =0,14)		MBI Despersonalización (R ² =0,09)		MBI Devaluación personal (R ² =0,10)		MBI Total (R ² =0,14)	
	β	t	β	t	β	t	β	t
1. Apoyo social	0,06	0,714	-0,08	-0,970	-0,29	-3,468***	-0,11	-1,308
2. RRS Reflexión	0,02	0,199	0,00	-0,017	-0,17	-1,634	-0,06	-0,550
3. RRS Brooding	0,39	3,829***	0,27	2,568*	0,12	1,097	0,36	3,517***

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001. RRS: rumiación; BP: bienestar psicológico. R²: varianza explicada; β: puntaje beta; t: valor t de student

Se realizó un análisis de sendero con la finalidad de evaluar el modelo presentado en la Figura 1. Primero, se evaluó la normalidad multivariante a través del coeficiente de Mardia, obteniendo un valor de 4,49, lo que se ubica dentro del rango ±5 sugerido por Bentler³⁹. El modelo demostró adecuados índices de ajuste: $\chi^2=2,286$ (gl=2), p=0,32; $\chi^2/gl=1,14$; NFI=0,98; TLI=0,99; RMSEA=0,03 (IC=0,00-0,18). Se observa que el *brooding* influye negativamente sobre el apoyo social percibido, y positivamente sobre el *burnout*. Además, el apoyo social percibido influye positivamente sobre el bienestar psicológico, mientras que el *burnout* influye negativamente sobre el mismo, explicando ambos el 41% de su varianza.

El efecto indirecto estandarizado del *brooding* sobre el bienestar, evaluado a través del método bootstrap de sesgo corregido para 2000 muestras,

presenta un valor significativo de -0,25 (intervalo de confianza de -0,36 a -0,12).

Se realizó un análisis de clúster para evaluar cómo se agrupaban los funcionarios en relación a las cuatro variables principales del estudio. Se siguió el procedimiento sugerido por Hair et al.⁴⁰, por lo cual las variables fueron estandarizadas utilizando puntuaciones Z y luego se procedió al agrupamiento de los sujetos a través del procedimiento de Ward. La observación del dendograma sugirió dos conglomerados como la solución más conveniente (Figura 2). El primer grupo contiene a 75 personas y presentó un nivel inferior a la media en *burnout* y *brooding* y superior a la media en apoyo social y bienestar psicológico. El segundo contiene a 61 personas y presenta un nivel superior a la media en *burnout* y *brooding* e inferior a la media en apoyo social y bienestar psicológico.

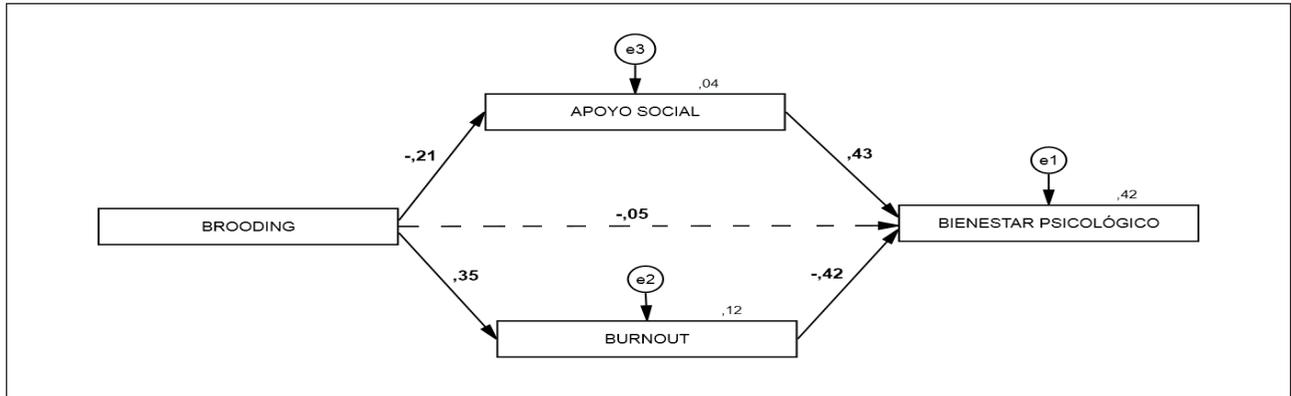


Figura 1. Análisis de sendero para la predicción de bienestar psicológico en funcionarios de la UCI (los coeficientes están estandarizados).

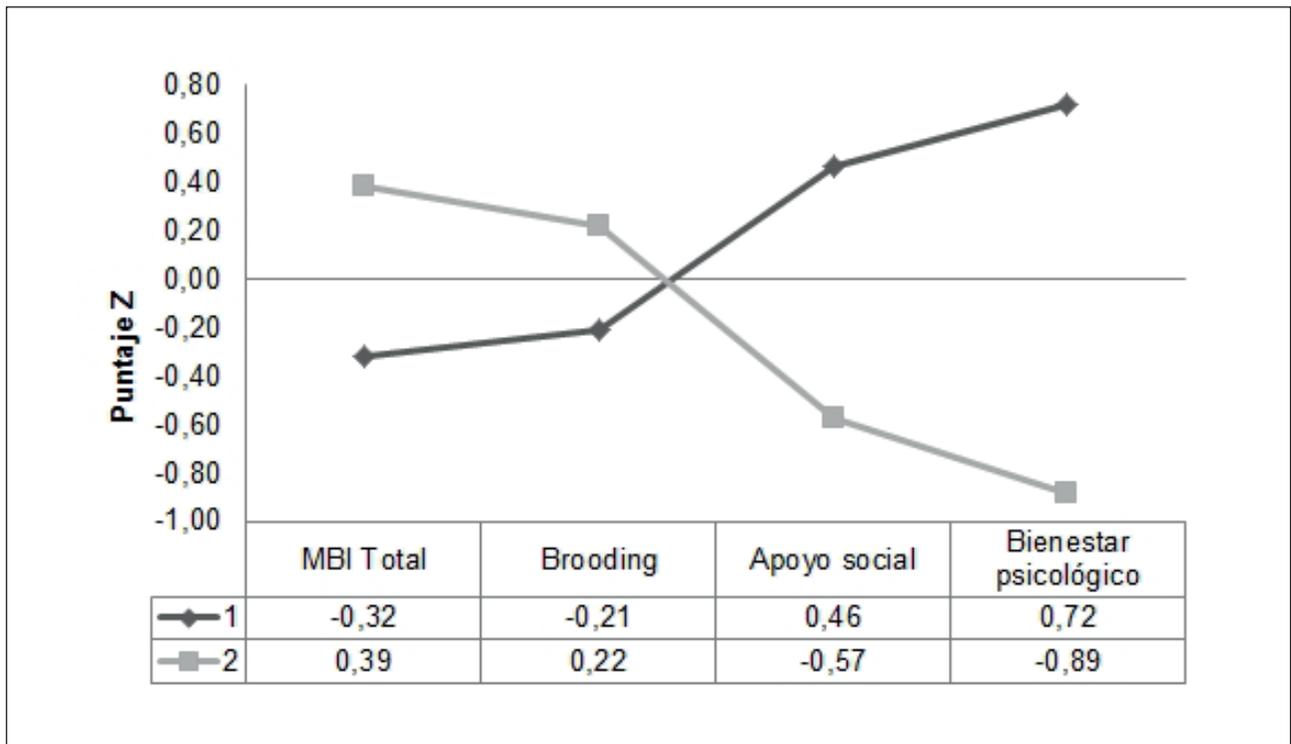


Figura 2. Análisis clúster para la agrupación de funcionarios en las variables de estudio (los puntajes están normalizados).

DISCUSIÓN

En concordancia con otros estudios⁴¹, el bienestar psicológico de los funcionarios de la unidad de cuidados intensivos se relaciona con el estatus profesional y el nivel de formación. Los médicos fueron quienes mostraron un mayor nivel de bienestar psicológico total. Resultados en esta misma dirección se observaron en relación a dimensiones del bienestar, como la autoaceptación y el crecimiento personal. En cambio, no se encontró una relación entre el sexo y la edad de los funcionarios con el bienestar psicológico de los mismos. Sí se observó relación entre el *burnout* y la edad. Quienes pertenecían al grupo de mayor edad tenían menores niveles de *burnout*, y estos menores niveles fueron estadísticamente significativos en la dimensión “despersonalización”.

En este sentido, la edad sería un factor que amortigua la actitud negativa y la distancia emocional hacia otras personas en el trabajo, probablemente porque a lo largo de la vida las personas van desarrollando estrategias de afrontamiento más apropiadas para regular los efectos de un trabajo demandante y agotador. Para Marcos⁴², en sus primeros años, el funcionario es especialmente vulnerable al *burnout* dado que se confrontan sus expectativas idealistas con la práctica cotidiana real, a lo que el funcionario de mayor edad estaría ya habituado. A su vez, las personas que más *burnout* experimentan en el inicio de su vida laboral podrían abandonar sus funciones, por lo que los profesionales con mayor edad serían los que regularon mejor las demandas de su trabajo⁴³.

En los análisis de regresión del bienestar psicológico y sus dimensiones, se observan capacidades explicativas de la varianza superiores a un 11% (siendo, la más alta, del 30%), excepto para la dimensión “control del

entorno” que fue de solo del 5%. “Apoyo social” mostró ser un predictor consistentemente significativo (excepto, una vez más, en “control del entorno”). *Brooding* se relacionó también significativamente, en forma inversa, con bienestar psicológico y con las dimensiones de “autoaceptación” y “autonomía”. “Reflexión” no resultó ser un predictor significativo, excepto en relación a la dimensión “crecimiento personal”. Los resultados corroboran la utilidad de distinguir en la rumiación un componente como la reflexión, que incluso puede tener una relación positiva con algunos aspectos del bienestar, mientras que el *brooding* puede resultar una forma de procesamiento cognitivo con efectos negativos^{44,45}.

En el caso del *burnout*, el análisis de regresión, considerando los mismos predictores, también mostró un valor explicativo significativo aunque con menos capacidad explicativa que los análisis respecto a bienestar (R^2 entre 9% y 14%). *Brooding* se relacionó con *burnout* global, cansancio emocional y/o despersonalización, pero no con devaluación personal. No se observa influencia significativa de la reflexión ni del apoyo social, a excepción de esta última con “devaluación personal”.

La relación de la rumiación con el *burnout* está siendo explorada con más intensidad recientemente, indicando que se trata de un modo de afrontamiento de particular riesgo para el desarrollo de *burnout*. Concordantemente con lo ya señalado, es el *brooding* el que muestra efectos más negativos^{26,46}.

Redes sociales densas e integración comunitaria que brinden apoyo social han demostrado ser habitualmente esenciales para evitar o moderar la aparición del *burnout*¹⁶. Un metanálisis reciente muestra que la relación con el apoyo social es igualmente fuerte con las tres dimensiones

del *burnout*¹⁷. Sin embargo, se ha observado asimismo que la fuente del apoyo social (por ejemplo, laboral o no laboral) puede relacionarse diferencialmente con los distintos aspectos del *burnout*. El metanálisis señalado muestra que, en el caso del apoyo social laboral, la relación más fuerte es, en sentido inverso, con devaluación personal. No es posible identificar si la relación que en este estudio se observa entre apoyo social y devaluación personal corresponde a una fuerte presencia de formas laborales de apoyo.

Este estudio se propuso analizar un modelo de relación entre las variables. El adecuado ajuste del modelo indica la plausibilidad de las relaciones propuestas y, en específico, la relevancia de considerar el *brooding* como un modo de afrontamiento de riesgo, así como su capacidad de afectar negativamente el bienestar psicológico y el rol mediador del apoyo social y el *burnout*. Los estudios han confirmado que la rumiación (*brooding* en particular) exagera negativamente tanto el ánimo como la memoria autobiográfica y dificulta la resolución de problemas²², lo que podría llevar bien a una desvinculación de las fuentes de apoyo social más cercanas o bien a una falta de percepción del apoyo en caso de que esté disponible. A su vez, conllevaría a una exacerbación del malestar asociado al desgaste profesional. De ese modo, repercutiría finalmente en el bienestar psicológico.

El análisis de clúster indica que este conjunto de variables son útiles para identificar un primer grupo de funcionarios con mayores capacidades de adaptación, que presenta niveles de bienestar psicológico y apoyo social percibido y menores niveles de *burnout* y *brooding*, y un segundo grupo, algo menos prevalente que el anterior, que está más en riesgo de ver afectado su bienestar psicológico y laboral. Sería, por tanto, posible identificar perfiles diferenciales de riesgo

considerando estas variables, lo que puede ser útil en el diseño de programas de intervención.

Las principales limitaciones de este estudio son su carácter transversal, que obliga a considerar la direccionalidad de las relaciones establecidas solo como hipótesis, así como eventuales sesgos de selección dadas por diferencias entre quienes devolvieron la encuesta respondida y quiénes no. Sin embargo, es improbable que ello pueda afectar las relaciones observadas.

Investigaciones longitudinales y, en particular, diseños experimentales destinados a evaluar programas de promoción del bienestar psicológico y prevención del *burnout* serían de particular interés a partir de los hallazgos señalados.

CONCLUSIÓN

Si bien el *burnout* se ha visto tradicionalmente asociado a variables socio-laborales y organizacionales, sobre las que sin duda alguna se debe intervenir, existen también variables personales que constituyen un factor de riesgo y que deben estar en el centro de atención.

Este estudio entrega información sobre variables psicológicas que influyen sobre el *burnout* y el bienestar de trabajadores de la salud sometidos a una fuerte carga laboral por las características propias de una labor de la cual depende la vida de los pacientes con los cuales interactúan a diario.

La rumiación mental negativa o *brooding* es una variable asociada a consecuencias como la depresión o el estrés postraumático y, como ahora se observa, asociada también al *burnout*. Por fortuna, desde la psicoterapia se han desarrollado estrategias útiles para el trabajo terapéutico de las rumiaciones, los que

pueden ser utilizados en personas con desgaste profesional. Por otro lado, incentivar la conexión y el uso de fuentes de apoyo social disponibles para el funcionario podría permitir reducir el riesgo de *burnout* y aumentar el bienestar psicológico del funcionario, lo que repercutirá positivamente en su calidad de vida.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no obtuvieron financiamiento para la realización de este estudio y durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación. Por lo tanto, los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Griffin M, Clarke S. Stress and well-being at work. In: Zedeck S, editor. *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology, Vol 3: Maintaining, Expanding, and Contracting the Organization*. Washington DC: American Psychological Association. 2011; 359-97.
2. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J, editors. *Social psychology of health and illness*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1982; 227-51.
3. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. 2004 Aug; 78(4):505-516.
4. Abreu, FJ. Síndrome de agotamiento emocional en profesionales de la unidad de cuidados intensivos. *Multiciencias*. 2012 Jul;11(4): 370-377.
5. Frade M, Vinagre R, Zaragoza I, Viñas S, Antúnez E, Álvarez S, Malpartida P. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*. 2009 Oct; 20(4):131-140.
6. Solano M, Hernández P, Vizcaya M, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería Intensiva*. 2002 Jan; 13(1):9-16.
7. Costantini A, Solano L, Di Napoli R, Bosco A. Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1997 Jul; 66(2):78-82.
8. Pazetto A, Cowal I. Liderazgo en enfermería en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015 Feb; 23(1):106-113.
9. Freudemberger HJ. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 1974 Jan; 30(1):159-165.
10. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory manual*. Second edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1986.
11. Maslach C. Burnout in the workplace: A global problem in need of solution. *International Journal of Psychology*. 2012 Jan; 47: 549-549.
12. Ríos M, Peñalver F, Godoy I. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*. 2008 Dec; 19(4):169-178.
13. Schaufeli WB, Taris TW, Van Rhenen W. Workaholism, burnout, and work engagement: three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology*. 2008 Apr; 57(2):173-203.
14. Van Dierendonck D. The construct validity of Ryff's Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*. 2004 Feb; 36(3):629-643.

15. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989 Dec; 57(6):1069-1081.
16. Avendaño C, Bustos P, Espinoza P, García F, Pierart T. Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*. 2009 Aug; 15(2):55-68.
17. Halbesleben JR. Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*. 2006 Sep; 91(5):1134 -1145.
18. Jacobs SR, Dodd D. Student burnout as a function of personality, social support, and workload. *Journal of College Student Development*. 2003; 44(3):291-303.
19. Ben-Zur H, Michael K. Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*. 2007 Aug; 45(4):63-82.
20. Aranda C, Pando M, Pérez M. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*. 2004; 14(1):79-87.
21. Hernández P. Estudio descriptivo del Síndrome de Burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*. 2002; 7(1):71-83.
22. Cova F, Rincón P, Melipillán R. Rumiación y presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 2007; 24(2):175-183.
23. Cova F, Rincón P, Melipillán R. Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*. 2009 Dec; 27(2):155-160.
24. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991 Nov; 100(4):569-582.
25. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003 Jun; 27(3):247-59.
26. Košir K, Tement S, Licardo M, Habe K. Two sides of the same coin? The role of rumination and reflection in elementary school teachers' classroom stress and burnout. *Teaching and Teacher Education*. 2015 Apr; 47:131-41.
27. Luo P, Bao Z. Affectivity, emotional exhaustion, and service sabotage behavior: The mediation role of rumination. *Social Behavior and Personality: An International Journal*. 2013 May; 41(4):651-661.
28. Pérez JE, Smith AR, Norris RL, Canenguez KM, Tracey EF, DeCristofaro SB. Types of prayer and depressive symptoms among cancer patients: The mediating role of rumination and social support. *Journal of Behavioral Medicine*. 2011 Dec; 34(6):519-530.
29. O'Mahen HA, Flynn HA, Nolen-Hoeksema S. Rumination and interpersonal functioning in perinatal depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2010 Jun; 29(6):646-667.
30. Steger MF, Kashdan TB, Sullivan BA, Lorentz D. Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*. 2008 Apr; 76(2):199-228.
31. Leiter MP, Maslach C. Preventing burnout and building engagement: A complete program for organizational renewal. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2000.

32. Buzzetti M. Validación del Maslach Burnout Inventory (MBI), en dirigentes del Colegio de Profesores A.G. de Chile [tesis de licenciatura]. Santiago: Universidad de Chile; 2005.
33. Díaz D, Rodríguez-Carvajal R, Blanco A, Moreno-Jiménez B, Gallardo I, Valle C et al. Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*. 2006 Dec; 18(3):572-7.
34. Véliz A. Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*. 2012; 11(2):143-63.
35. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 1988 Mar 1; 52(1):30-41.
36. Arechabala M, Miranda C. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*. 2002 Jun; 8(1):49-55.
37. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999 Jan; 6(1):1-55.
38. Yu CY. Evaluating cutoff criteria of model fit Indices for latent variable models with binary and continuous outcomes [dissertation of Doctor]. Los Angeles, USA: University of California; 2002.
39. Bentler P. EQS Structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate Software; 2005.
40. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Multivariate Data Analysis*. Englewood Cliff. NJ: Prentice Hall; 1998.
41. Pereda L, Márquez F, Hoyos M, Yañez M. Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud mental*. 2009 Oct; 32(5):399-404.
42. Marcos C. Estilos de vida y síndrome de burnout en profesionales de enfermería del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-Marzo 2012 [tesis de licenciatura]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2012.
43. Naisberg-Fennig S, Fennig S, Keinan G, Elizur A. Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress and Health*. 1991 Oct; 7(4):201-205.
44. Kross E, Ayduk O, Mischel W. When asking “why” does not hurt distinguishing rumination from reflective processing of negative emotions. *Psychological science*. 2005 Sep; 16(9):709-715.
45. Whitmer A, Gotlib IH. Brooding and reflection reconsidered: A factor analytic examination of rumination in currently depressed, formerly depressed, and never depressed individuals. *Cognitive Therapy and Research*. 2011 Apr; 35(2):99-107.
46. Vandevala T, Pavey L, Chelidoni O, Chang NF, Creagh-Brown B, Cox A. Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*. 2017 Feb; 5(16):1-8.

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES CON IDEACIÓN SUICIDA

EMOTIONAL INTELLIGENCE AS PROTECTIVE FACTOR IN ADOLESCENTS WITH SUICIDAL IDEATION

TÍTULO CORTO: LA INTELIGENCIA EMOCIONAL COMO FACTOR PROTECTOR EN ADOLESCENTES

Oscar Javier Mamani-Benito¹, Magaly Alejandra Brousett-Minaya²,
Duumy Neyma Ccori-Zúñiga³, Karen Shirley Villasante-Idme⁴

Tipología: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Para citar este artículo: Mamani O, Brousett M, Ccori D, Villasante K. La inteligencia emocional como factor protector en adolescentes con ideación suicida. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 39 - 50.

Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2142>

Recibido en febrero 07 de 2017

Aceptado en abril 05 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es determinar la eficacia de un programa de intervención para desarrollar la inteligencia emocional en un grupo de riesgo. La metodología implica un diseño cuasi experimental, con grupo intacto, el mismo que fue sometido a una evaluación antes y después de una intervención. La población consta de 33 adolescentes, mujeres identificadas con ideación suicida, y los instrumentos aplicados fueron la escala de ideación suicida de Beck y el inventario de inteligencia emocional de BarOn Ice. Los resultados evidencian el hallazgo de diferencias significativas ($p < ,05$) en los niveles tanto de ideación suicida ($Z = -4,596$) como en las dimensiones de inteligencia emocional: intrapersonal ($t = -7,815$), manejo de estrés ($t = 10,294$) y estado de ánimo general ($t = 7,178$). Se corrobora la prevalencia de la inteligencia emocional afectada en sujetos que presentan ideación suicida; así también, los resultados concuerdan con estudios que sustentan que la inteligencia emocional modula el riesgo suicida. Por lo tanto, se ha demostrado que la eficacia del programa de intervención permitió el desarrollo de la inteligencia emocional en las dimensiones antes mencionadas; por consecuencia se disminuyeron los niveles de ideación suicida en la población de riesgo.

Palabras clave: Inteligencia emocional; ideación suicida; suicidio.

1. Psicólogo investigador. Docente de tiempo completo. Universidad Peruana Unión. Perú. Correo: oscar.mb@upeu.edu.pe - <http://orcid.org/0000-0002-9818-2601>

2. Magister en Educación. Docente de tiempo completo. Universidad Peruana Unión. Perú. Correo: investigacion@upeu.edu.pe - <http://orcid.org/0000-0002-3343-402X>

3. Estudiante de psicología. Universidad Peruana Unión. Perú. Correo: duumyneyma@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0003-3499-2821>

4. Estudiante de psicología. Universidad Peruana Unión. Perú. Correo: dakitakaren@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0003-3404-2404>

ABSTRACT

The objective of the present study is to determine the effectiveness of an intervention program to develop emotional intelligence in a risk group. The methodology involves a quasi experimental design, with intact group, the same that was submitted to an evaluation before and after an intervention. The population consists of 33 female adolescents identified with suicidal ideation, and the instruments applied were Beck's suicidal ideation scale and BarOn Ice's emotional intelligence inventory. The results evidenced the finding of significant differences ($p < 0.05$) in the levels of both suicidal ideation ($Z = -4.596$) and emotional intelligence dimensions: intrapersonal ($t = -7.815$), stress management ($t = 10.294$) and general mood ($t = 7.178$). The prevalence of emotional intelligence affected in subjects with suicidal ideation is corroborated; so, the results agree with studies that support that the emotional intelligence modulates the suicidal risk. Therefore, it has been shown that the effectiveness of the intervention program allowed the development of emotional intelligence in the aforementioned dimensions. Consequently, the levels of suicidal ideation in the at-risk population were reduced.

Keywords: Emotional Intelligence; Suicidal Ideation; suicide.

INTRODUCCIÓN

Estadísticas a nivel mundial calculan que cerca de un millón de personas se suicidan cada año. Estas cifras equivalen a un deceso cada 40 segundos y además de superar el total de muertes producidas por guerra y homicidio juntos son la segunda causa de muerte en personas entre 15 a 29 años de edad. El 75% de suicidios se produce en países de bajos y medianos ingresos y son los plaguicidas, el ahorcamiento y las armas de fuego, los métodos más utilizados¹.

En la región de las Américas, según la Organización Panamericana de la Salud²: los países con las tasas más altas de suicidio son: Guyana (26,2 por 100 mil habitantes), Surinam (23,3), Uruguay (14,2), Chile (11,2), Trinidad y Tobago (10,7), Estados Unidos (10,1), Cuba (9,9) y Canadá (9,7). Además, en dicho informe se visualiza que cerca de 65,000 personas se suicidan cada año, siendo estas cifras equivalentes a más de 7 suicidios cada hora y aunque la tasa de muertes por suicidio en esta parte del mundo (7,3 por cada 100,000 habitantes) es menor al promedio mundial (11,4 por cada 100,000) aún se considera como la tercera causa de muerte en personas entre 10

a 25 años de edad. Otro dato importante que resalta dicho organismo es el hecho de que los varones tienen cuatro veces más probabilidad de morir por suicidio que las mujeres siendo el método más frecuente el ahorcamiento. Aunque el Perú no figure dentro de los reportes, existen evidencias que determinan un incremento en la tasa de mortalidad por causa del suicidio de un 9% hasta el año 2013; además, el 65% de los casos corresponde a varones y el 85% a personas mayores de 18 años³; de igual forma, otro informe publicado por Diario Perú²¹ precisa que se reportan de dos a tres suicidios diarios, de los cuales el 17% corresponde a menores de 18 años y el 70% de los casos se reportan en la ciudad de Lima⁴.

Ante estas cifras, diversas instituciones como la Organización Mundial de las Naciones Unidas, la Unión Europea y la propia Organización Mundial de la Salud se han pronunciado y han manifestado que el suicidio debe ser considerado un problema de salud pública al que se debe prestar la debida atención profesional. Por otro lado, diversos investigadores y expertos en el tema refieren que este fenómeno es ya considerado la nueva epidemia del siglo XXI⁵.

Para comprender el suicidio es necesario asumir que este fenómeno involucra todo un proceso que inicia con la aparición de pensamientos recurrentes de quitarse la vida, luego se hacen presentes los intentos fallidos y finalmente el acto consumado⁶. Aunque no es posible determinar con exactitud el desarrollo de las tres fases en todos los casos, el proceso podría interrumpirse si se logran identificar los pensamientos de autoeliminación. Esta última aclaración encuentra sentido al reconocer que una de las claves dentro del ámbito de la prevención es la identificación precoz de los factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores de protección^{7,8}; al respecto, en este punto es necesario resaltar la existencia de la inteligencia emocional como uno de los factores de protección^{9,10}.

La inteligencia emocional, un constructo que ha despertado gran interés en la comunidad científica en los últimos años, es definida como el conjunto de factores emocionales, sociales y personales que influyen en la adaptación de los individuos frente a las demandas y presiones del ambiente¹¹. Es esta capacidad, que en opinión de algunos autores¹² proporciona la habilidad para identificar diversos estados emocionales, comprenderlos y regularlos correctamente, además que permite desarrollar estrategias de adaptación para afrontar situaciones estresantes; y es ahí donde radica el sustento que promueve que la inteligencia emocional actúa como un factor protector contra el suicidio. Algunas investigaciones concluyen que la inteligencia emocional está en la capacidad no solo de reducir el nivel de ideación suicida¹³ sino de influir en contra de los efectos nocivos de la misma¹⁴ y, entre mayor habilidad tenga un sujeto, reparar y regular las emociones. Es en ese sentido que se asume que ayuda a mantener una menor probabilidad de presentar pensamientos autodestructivos⁹, tal como lo corrobora un estudio realizado con sujetos con ideación

suicida, quienes reportaron dificultades en las habilidades emocionales necesarias para atender, comprender y regular emociones, contrario a lo que ocurre con quienes no evidencian niveles de pensamiento suicida¹⁴.

En este punto, es necesario considerar que si el suicidio es un proceso en el que influyen tanto factores de riesgo como de protección entonces este puede ser prevenido, tal como lo afirman diversos investigadores al sostener que si se puede obtener resultados favorables desde el ámbito de la prevención¹⁵⁻¹⁷; sobre este aspecto, es necesario tomar en cuenta que en general los signos de alarma estarán visibles y con un adecuado abordaje se podría realizar una intervención efectiva¹⁵. Sin embargo, aun con este respaldo en la literatura científica, la ideación suicida es uno de los temas poco estudiados a diferencia del intento o el suicidio consumado; por ello, es necesario prestarle especial atención porque, así como manifiestan algunos autores¹⁸, dentro del contexto de la prevención se deben de tomar en consideración todos los factores intervinientes.

Es aquí donde se hace imprescindible la puesta en marcha de intervenciones psicológicas tempranas basadas en el manejo de las emociones. Surge la necesidad de desarrollar el autocontrol emocional en los adolescentes quienes están expuestos a situaciones de incomodidad, conflicto o peligro, y sobre todo identificar y gestionar el manejo de la ira, la tristeza y la frustración^{15,19,20} como fórmula para asumir pequeños fracasos, así como evitar el aumento de casos relacionados al suicidio en esta población vulnerable la cual es susceptible a los riesgos sociales y ligeramente frágil a abatirse por las situaciones o circunstancias de su entorno. Por la misma etapa en la que se encuentran son cruciales las transformaciones en los aspectos psicológicos, socio culturales y biológicos; es decir, todos aquellos agentes que

protegen al adolescente y que disminuyan la probabilidad de aparición de algún proceder suicida, deben fortalecerse desde la infancia y la adolescencia.

Es por lo mencionado anteriormente, que el presente estudio tiene por objetivo determinar la eficacia de un programa de intervención para desarrollar la inteligencia emocional, con la finalidad de disminuir los niveles de ideación suicida en adolescentes mujeres.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

Este estudio se encuadra en un diseño cuasi-experimental, puesto que los participantes del grupo experimental no se asignaron al azar sino que llegaron a conformarse antes del experimento. Se trabajó con un grupo intacto, el cual se sometió a una evaluación pre y post intervención²¹.

Sujetos

Se contó con la participación de 33 estudiantes mujeres pertenecientes al quinto año de secundaria de una Institución Educativa Estatal de la Unidad de Gestión Educativa Local de la provincia de San Román, departamento de Puno-Perú. Este grupo denominado, de riesgo, surgió a razón de una prueba de tamizaje aplicada a 489 estudiantes del quinto año de secundaria a los cuales se les aplicó la escala de ideación suicida de Beck.

Mediciones

Para la medición de la variable ideación suicida se recurrió a la Escala de Ideación Suicida de Aaron Beck²², la cual es un instrumento heteroaplicable para cuantificar la intencionalidad suicida o

grado de seriedad con el que alguien pensó o está pensando suicidarse. Este instrumento consta de 18 ítems divididos en cuatro dimensiones: a) actitud hacia la vida/muerte, b) pensamientos/deseos suicidas, c) proyecto de intento suicida y d) desesperanza. Cuenta con una adaptación en el Perú realizada en el año 2004. Sin embargo, para efectos de esta investigación, el instrumento fue sometido a una evaluación mediante el criterio de siete expertos los cuales validaron la prueba para el contexto de aplicación; así también, se demostró su confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,76.

Para la variable inteligencia emocional se recurrió al Inventario de Inteligencia Emocional de BarOn Ice²³, el cual evalúa las habilidades emocionales y sociales en adolescentes. Este instrumento consta originalmente de 133 ítems que permiten hacer mediciones en cinco componentes: a) interpersonal, b) intrapersonal, c) adaptabilidad, d) manejo de estrés y e) estado de ánimo general. Cuenta con una adaptación en el Perú. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, se sometió la prueba a un proceso de validación a cargo de cinco expertos los cuales validaron la prueba para el contexto de aplicación y se demostró su confiabilidad mediante un valor Alfa de Cronbach de 0,77.

Procedimientos

Las acciones realizadas se detallan en las siguientes etapas:

Pre intervención: corresponde a la aplicación inicial del instrumento de evaluación denominado escala de ideación suicida de Aaron Beck. El desempeño de los participantes en la escala mencionada se empleó como prueba de tamizaje para identificar a los 33 estudiantes con riesgo suicida, posterior a ello, se les aplicó el inventario de inteligencia emocional de BarOn Ice.

Intervención: el programa de intervención tuvo como objetivo desarrollar la inteligencia emocional en adolescentes. Basado en una metodología participativa²⁴, este pretende generar un aprendizaje significativo a través de la experiencia en el contexto de la cultura local; esto, tomando en cuenta lo referido por algunos autores⁷ al considerar que las condiciones idiosincráticas y culturales son fundamentales en el desarrollo de programas de prevención del suicidio. La intervención consistió en la aplicación de 10 sesiones de 45 minutos de duración, las cuales se llevaron a cabo durante el periodo académico Junio – Noviembre (2015); el mismo, se compuso de 10 actividades distribuidas en cinco módulos de acción: (1) intrapersonal, (2) interpersonal, (3) manejo de estrés, (4) adaptabilidad y (5) estado de ánimo general. La aplicación estuvo a cargo de un grupo de investigadores liderados por un psicólogo clínico, las sesiones se desarrollaron en el auditorio del centro educativo, y al iniciar cada una de ellas se ubicaba a los estudiantes en un círculo para que los facilitadores puedan explicar los objetivos de la misma; posteriormente, se ejecuta una dinámica de integración además de una dramatización basada en problemas cotidianos relacionados a la población de estudio; finalmente se genera una reflexión dirigida por un facilitador que impulsa la expresión de sentimientos y emociones de los participantes. Cabe resaltar que la estrategia aplicada en cada sesión contempló tres pasos: 1) partiendo de la experiencia de las personas, en este caso las participantes, 2) se motivó a un análisis y teorización acerca de las mismas, 3) con la finalidad de generar una práctica enriquecida acompañada de una retroalimentación mediante la opinión de las sensaciones generadas. Cada cierre implicó una reflexión sobre la forma en que lo tratado, discutido y construido en grupo

pueda ser aplicado en los contextos referentes a la vida de cada participante

Post intervención: se dio paso a la aplicación de la escala de ideación suicida de Beck y el inventario de inteligencia emocional de BarOn Ice para contrastar los resultados con los indicadores iniciales.

Análisis estadísticos

Se realizó el análisis de datos en el paquete estadístico SPSS versión 22.0. La técnica estadística para el análisis paramétrico implicó la utilización de la prueba t para muestras relacionadas, en cambio, para el análisis no paramétrico se recurrió a la prueba de rangos son signos de Wilcoxon.

Declaración sobre aspectos éticos

Tomando en cuenta la propuesta de principios éticos para investigación en seres humanos contemplada en la declaración de Helsinki²⁵, la disposición de participar en el estudio en la totalidad de las participantes identificadas con riesgo suicida fue completamente voluntaria, mediante el consentimiento informado firmado por cada una de los participantes, así como por sus padres y se aseguró el manejo confidencial de la información brindada.

RESULTADOS

Los puntajes obtenidos en ideación suicida según los valores de la media, antes (26,39) y después (24,39) de la intervención, evidencian una diferencia; de la misma manera, se observa que los valores obtenidos mediante la prueba de rangos con signos de Wilcoxon ($z = -4,596$ y $p = 0,000$) aclaran que la diferencia obtenida es significativa (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de los puntajes obtenidos en ideación suicida por los participantes antes y después de la intervención.

Ideación suicida	Media	Desviación estándar	Estadístico de contraste Z ^a	p
Antes de la intervención	26,393	3,071	-4,596 ^b	0,000
Después de la intervención	24,393	3,040		

a Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

b Basado en los rangos positivos

De igual forma, los puntajes obtenidos en inteligencia emocional según los valores de la media, antes (82,60) y después (91,36) de la intervención, efectivamente evidencian una

clara diferencia; la cual, según se aprecia en los valores obtenidos mediante la prueba t para muestras relacionadas ($t = -9,962$ y $p = 0,000$), viene a ser una diferencia significativa (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de los puntajes obtenidos en inteligencia emocional por los participantes antes y después de la intervención.

Inteligencia emocional	Media	Desviación estándar	t	p
Antes de la intervención	82,606	5,349	-9,962	0,000
Después de la intervención	91,363	5,899		

El contraste de las dimensiones de la variable inteligencia emocional, antes y después de la intervención, indica que existen diferencias significativas en las dimensiones: intrapersonal ($t = -7,815$; $p = 0,000$), manejo de estrés ($t =$

$10,294$; $p = 0,000$) y estado de ánimo general ($t = 7,178$; $p = 0,000$); mientras que, se hallaron diferencias pero no significativas en las dimensiones: interpersonal ($t = 0,870$; $p = 0,391$) y Adaptabilidad ($t = -0,226$; $p = 0,823$) (Tabla 3).

Tabla 3. Comparación de los puntajes obtenidos en dimensiones de la inteligencia emocional, por los participantes antes y después de la intervención.

Dimensiones de inteligencia emocional		Media	Desviación estándar.	t	P
Intrapersonal	Pretest	7,363	1,112	-7,815	0,000
	Postest	9,818	2,022		
Interpersonal	Pretest	17,333	2,618	0,870	0,391
	Postest	17,090	2,626		
Adaptabilidad	Pretest	13,727	1,586	-0,226	0,823
	Postest	13,787	1,899		
Manejo de estrés	Pretest	16,575	2,692	10,294	0,000
	Postest	21,424	3,307		
Estado de ánimo general	Pretest	17,484	2,693	7,178	0,000
	Postest	19,272	2,452		

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación orientan a reconocer la existencia de pensamientos de quitarse la vida en una población vulnerable como son las adolescentes del presente estudio. Este hallazgo, al igual que los ubicados en la literatura científica²⁶, corrobora el hecho de que el grupo etario que con mayor frecuencia realiza ciertos comportamientos suicidas son los adolescentes de entre 15 a 19 años de edad. Frente a este hecho, una explicación surge al reconocer que en esta etapa los individuos comienzan a experimentar cambios y transformaciones que los llevan a un estado de vulnerabilidad que genera cierta inestabilidad psicosocial y emocional²⁷.

Otro aporte a considerar en el presente estudio es haber logrado identificar niveles bajos de inteligencia emocional en el grupo de riesgo. Tales resultados, en contraste con los ubicados en la literatura, corroboran que los sujetos con antecedentes de conducta suicida tienen

afectada su inteligencia emocional, tal como lo demuestra un estudio¹⁴ en el que individuos con ideación suicida demostraron dificultades en sus habilidades emocionales necesarias para atender, comprender y regular sus emociones, a diferencia de quienes no presentaron pensamientos de autoeliminación; de igual forma, otro estudio²⁸ evidenció diferencias significativas entre un grupo de pacientes suicidas y otro grupo sin ninguna sintomatología clínica, específicamente, las diferencias surgieron en la dimensión resolución de problemas, felicidad, tolerancia al estrés y autorrealización. Es por ello que las personas con ideación suicida no presentan claridad emocional, porque al no comprender sus emociones y sentimientos procesan la información emocional de una manera desadaptada que los lleva a manifestar ideas autodestructivas²⁹.

El programa de intervención ha demostrado su eficacia al lograr no solo el desarrollo de algunos componentes de la inteligencia emocional, sino también al disminuir significativamente los

niveles altos de ideación suicida. Este resultado, corrobora los hallazgos de otro estudio similar²⁴ en el que los participantes disminuyeron tanto sus niveles de ideación así como de depresión, luego de haberse sometido a un programa de intervención que desarrolló la inteligencia emocional mediante una metodología participativa; los mismos resultados fueron ratificados en otra investigación³⁰ donde se intervino en un ámbito educativo. Al igual que en la presente, se evidenció que, al desarrollar nuevas estrategias para afrontar la vida e incrementar habilidades para enfrentar los conflictos intrafamiliares, también se lograron modificar ciertas creencias erróneas involucradas en el comportamiento suicida, y precisamente viene a ser este aspecto donde radica el sustento para afirmar que el fenómeno del suicidio se puede prevenir¹⁷.

Otro alcance importante del programa de intervención, tiene que ver con el desarrollo significativo de las dimensiones intrapersonal, manejo de estrés y estado de ánimo general, mientras que en las dimensiones adaptabilidad e interpersonal no se logró tal desarrollo. Este hallazgo ratifica ciertos resultados de otra investigación similar³¹, en la que también se aplicó un programa para mejorar los niveles de inteligencia emocional en adolescentes de 13 a 16 años de edad; se logró desarrollar las dimensiones intrapersonal y estado de ánimo general, además de la dimensión interpersonal. Sin embargo, al igual que en la presente, una de las variables que no presentó mejora significativa fue la dimensión adaptabilidad. Al respecto, aunque en el estudio referido no se tenía por objetivo extinguir los pensamientos suicidas, está claro que es posible mejorar la inteligencia emocional en una población como la de los adolescentes.

A la luz de estos hallazgos, es posible aseverar, tal como sucede en algunos antecedentes, que

la inteligencia emocional actúa como factor protector contra el suicidio. El hecho de lograr el desarrollo de la capacidad de comprender los sentimientos y las emociones, la asertividad, el autoconcepto, la autorrealización y la independencia (dimensión intrapersonal), así como la tolerancia al estrés y el control de impulsos (dimensión manejo de estrés) e incrementar el grado de felicidad y optimismo (dimensión estado de ánimo en general) permite generar estrategias para el manejo de emociones, y este hecho es vital, puesto que el ser humano está inmerso en un contexto en el que el afrontamiento a emociones perjudiciales como la ira, la frustración y la tristeza son cotidianas. En ese sentido, y acorde a lo que las investigaciones sustentan, la inteligencia emocional demuestra su efecto protector al impulsar la inteligencia estratégica, es decir la capacidad de entender y manejar las emociones¹⁰; así también, genera influencia en contra de los efectos nocivos de los estilos de rumia e ideación suicida, tal como lo demuestra un estudio³² en el que adolescentes deprimidos con niveles bajos de inteligencia emocional fueron más propensos a presentar niveles de ideación suicida. De igual forma se halló, en otra investigación³³, que a menores niveles de inteligencia emocional se incrementa la tendencia suicida en adolescentes de entre 13 a 15 años de edad. Por último, el hecho de corroborar los hallazgos con resultados similares no hacen más que reforzar las bases teóricas para sostener que la inteligencia emocional, caracterizada por la habilidad para adaptarse y enfrentar las demandas y presiones del medio genera estrategias de protección en contra de los pensamientos de autoeliminación²³.

Se presentan algunas limitaciones en este estudio, las cuales se relacionan con el hecho de no contar con un grupo control y trabajar con adolescentes mujeres, aunque a la luz de los recientes hallazgos la ideación suicida no

depende del género³⁴; sin embargo, aún existe la necesidad de continuar estudios similares, incluyendo poblaciones con ambos sexos e involucrando un grupo control para validar la eficacia de los programas de intervención.

CONCLUSIÓN

Los resultados evidencian la existencia de diferencias significativas entre los niveles de ideación suicida antes y después de la intervención; específicamente, el desarrollo de las dimensiones: intrapersonal, manejo de estrés y estado de ánimo general fueron determinantes para que el programa de intervención logre desarrollar la inteligencia emocional, y a consecuencia, disminuyan los niveles de ideación suicida en la población de riesgo.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno que declarar. Financiación total por el departamento de Investigación de la Universidad Peruana Unión, Perú. Agradecimiento a la institución educativa José Antonio Encinas por la disposición para llevar a cabo la intervención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Ginebra: OMS; 2014.
2. Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por suicidio en las Américas. Washington DC: OPS; 2014.
3. América Economía. Aumentan casos de suicidios en Perú [Internet]. 2014 [citado 2016 abr 3]. Disponible en: <http://www.americaeconomia.com/politica-sociedad/sociedad/aumentan-casos-de-suicidios-en-peru>
4. Perú21. La depresión causa el 80% de suicidios en el Perú, pero no es atendida [Internet]. 2014 [citado 2016 abr 3]. Disponible en: <http://peru21.pe/actualidad/depresion-ciberbullying-sis-instituto-nacional-salud-mental-honorio-delgado-hideyo-noguchi-2197688>
5. Mengual E, Izeddin D. Suicidios, la epidemia del siglo XXI [internet]. 2013 [citado 2016 abr 3]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2011/10/27/espana/1319712105.html>
6. Sánchez Sosa JC, Villarreal Gonzáles ME, Musitu G, Martínez Ferrer B. Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial. *Psychosoc Interv.* 2010 abr; 19(3): 279-287. Disponible en: doi:10.5093/in2010v19n3a8
7. Arias López HA. Factores de éxito en programas de prevención del suicidio. *Rev Vanguard Psicológica Clínica Teórica y Práctica* [revista en la Internet]. 2013; [citado 2016 abr 3]; 3(2): 215-225. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4815157>
8. Corona Miranda B, Hernández Sánchez M, García Pérez RM. Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [revista en la Internet]. 2016 [citado 2017 mar 1]; 15(1): 90-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100011
9. Suárez Colorado Y. La inteligencia emocional como factor protector ante el suicidio en adolescentes. *Rev Psicol GEPU* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2016 abr 11]; 3(1): 182-200. Disponible en: <http://revistadepsicologiagepu.es.tl/La-Inteligencia-Emocional-como-Factor-Protector-ante-el-Suicidio-en-Adolescentes.htm>
10. Cha C, Nock M. Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009 abr; 48(4): 422-430. Disponible en: doi: 10.1097/CHI.0b013e3181984f44

11. Lizeretti N, Rodríguez A. La inteligencia emocional en salud mental: una revisión. *Ansiedad y estrés* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2016 may 22]; 17(2): 233-253. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6bc15c98-5e4c-4678-a858-404f8016c320%40sessionmgr4008&vid=1&hid=4210>
12. Suárez Y, Restrepo D, Caballero C. Ideación suicida y su relación con la inteligencia emocional en universitarios colombianos. *Rev Univ Ind Santander Salud* [revista en la Internet]. 2016 [citado 2016 jun 20]; 48(4): 0. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/public/journals/2/docs/ideacionsuicida-texto.pdf>
13. Ceballos Ospino GA, Suárez Colorado Y. Características de inteligencia emocional y su relación con la ideación suicida en una muestra de estudiantes de Psicología. *Rev CES Psicol* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2016 jun 2]; 5(2): 88-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v5n2/v5n2a08.pdf>
14. Caballero Domínguez CC, Suárez Colorado YP, Bruges Carbonó HD. Características de inteligencia emocional en un grupo de universitarios con y sin ideación suicida. *CES Psicol* [revista en la Internet]. 2015 [citado 2016 ago 5]; 8(2): 138-155. Disponible en: <http://www3.redalyc.org/articulo.oa?id=423542417007>
15. Nizama Valladolid M. Suicidio. *Rev Peru Epidemiol* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2016 jul 23]; 15(2): 81-85. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
16. Piedrahita LE, Paz KM, Romero AM. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Hacia la Promoción la Salud* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2016 jul 20]; 17(2): 136-148. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772012000200010&lng=pt&nrm=iso
17. Portieles Sánchez L, Rodríguez Villavicencio M, Rivero Álvarez EO. Evaluación del Programa nacional de prevención y atención a la conducta suicida infanto-juvenil. *Medicentro Electron* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2017 mar 21]; 18(1): 32-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000100006
18. Vargas H, Saavedra J. Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Rev Neurosiquiatria* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2016 jul 21]; 75(1): 1-10. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/viewFile/1539/1567>
19. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio En Adolescentes Y Jóvenes. *Papeles del Psicólogo* [revista en la Internet]. 2014 [citado 2017 mar 20]; 35(2): 181-192. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2438.pdf>
20. Veytia López M, Fajardo Gómez RJ, Guadarrama Guadarrama R, Escutia González N. Inteligencia emocional : factor positivo ante la depresión en adolescentes de bachillerato. *Inf Psicol* [revista en la Internet]. 2016 [citado 2017 mar 15]; 16(1): 35-50. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=f92ded-01c1-48af-8b8e-eb2ffbdf20b6%40sessionmgr4006&vid=1&hid=4210>
21. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. *Metodología de la investigación científica*. Mexico: Mc Graw Hill; 2014.

22. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *J Consult Clin Psychol.* 1979 abr; 47(2): 343–352. Disponible en: doi:10.1037/0022-006X.47.2.343
23. Ugarriza Chávez N, Pajares del Águila L. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE : NA , en una muestra de niños y adolescentes. *Persona [revista en la Internet].* 2005 [citado 2016 abr 20]; 8: 11-58. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147112816001.pdf>
24. Córdova Moreno MA, Cubillas Rodríguez MJ, Román Pérez R. ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensam psicológico [revista en la Internet].* 2011 [citado 2016 jun 6]; 9(17): 21-32. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80122596002.pdf>
25. Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Seúl: AMM; 2008.
26. Alvarez Caballero M, Camilo Colas V, Barceló Román M, Sánchez Maso Y, Fajardo Vals Y. Principales factores de riesgo relacionados con el intento suicida en un grupo de adolescentes. *MEDISAN [revista en la Internet].* 2017 [citado 2017 mar 24]; 21(2): 154-160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000200004
27. Gómez MV, Calle DA, Álvarez LV, Flórez Ocampo J. Adolescencia y suicidio: Entre la perspectiva neuropsicológica de Diamond y Psicoevolutiva de Dolto. *Realitas Rev Ciencias Soc Humanas y Artes [revista en la Internet].* 2015 [citado 2017 mar 14]; 3(1): 37-43. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.rue&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=23460504&AN=108556871&h=6WNxJSvNfTT73zUce1Y06h7MU4rdIyNxFTyW0bC0Q8lK4HlVujOFqag1ExA39xeJ9AE%2Bmj%2BxWdjL5faxVgRKHQ%3D%3D&crl=c%5Cnhttp://web.b.ebscohost.com/>
28. Ahmadian M, Shamshiri Nezam T, Badvee I, Homayouni A. Comparison the emotional intelligence components of suicidal patients and non-clinical samples. *Eur Psychiatry. Psychiatry.* 2009 mar; 24(1): 0. Disponible en: doi:10.1016/S0924-9338(09)71301-X
29. Mayer J, Salovey P. What s emotional intelligence?. En P. Salovey & D.J. Sluyter, editores. *Emotional Development and Emotional Intelligence.* New York: BasicBooks; 1997. p. 3-32.
30. Arias Gutiérrez M, Marcos Fernández SG, Martín Jiménez M, Arias Gutiérrez JM, Deronceré Tamayo O. Modificación de conocimientos sobre conducta suicida en adolescentes y adultos jóvenes con riesgo. *Medisan [revista en la Internet].* 2009 [citado 2017 mar 19]; 13(1): 0. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368448451005>
31. Sarrionandia A, Garaigordobil M. Efectos de un programa de inteligencia emocional en factores socioemocionales y síntomas psicósomáticos. *Rev Latinoam Psicol.* 2016;1–9. Doi:10.1016/j.rlp.2015.12.001
32. Abdollahi A, Talib MA. Emotional intelligence as a mediator between rumination and suicidal ideation among depressed inpatients: the moderating role of suicidal history. *Psychiatry Res.* 2015 may; 228(3): 591-7. Disponible en: doi:10.1016/j.psychres.2015.05.046

33. Zavala MA, Lopez I. Adolescentes en situación de riesgo psicosocial: ¿Que papel juega la inteligencia emocional? *Behav Psychol / Psicol Conduct* [revista en la Internet]. 2012 [citado 2017 mar 25]; 20(1): 59-75. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5c1a798b-17c4-4af2-84ef-8cc2d1f81eda%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4203>
34. Ceballos-Ospino GA, Suarez-Colorado Y, Suescún-Arregocés J, Gamarra-Vega LM, González KE, Sotelo-Manjarres AP. Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary* [revista en la Internet]. 2015 [citado 2017 abr 3]; 12(1): 12-22. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/1394/795>

ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE UNA ESCALA DE ACTITUD FRENTE AL VIH-SIDA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA DE DOS ESCUELAS COLOMBIANAS

PSYCHOMETRIC STUDY OF AN ATTITUDE SCALE AGAINST HIV-AIDS IN PSYCHOLOGY STUDENTS FROM TWO COLOMBIAN SCHOOLS

TÍTULO CORTO: ESTUDIO PSICOMÉTRICO DE UNA ESCALA DE ACTITUD

Carlos Alejandro Pineda-Roa¹, Adalberto Campo-Arias²

Tipología: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Para citar este artículo: Pineda-Roa CA, Campo-Arias A. Estudio psicométrico de una escala de actitud frente al VIH-sida en estudiantes de psicología de dos escuelas colombianas. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 51 - 59.

Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2022>

Recibido en diciembre 30 de 2016

Aceptado en marzo 02 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

El creciente conocimiento sobre la prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH-sida) no ha cambiado sustancialmente las actitudes frente al VIH-sida. Se diseñó el cuestionario VIH/SIDA-65 para cuantificar conocimiento y actitudes frente a la infección. Recientemente no se ha revisado el desempeño psicométrico de este instrumento. El objetivo del estudio fue analizar el desempeño de las dimensiones que cuantifican actitudes frente a VIH-sida. Se diseñó un estudio de validación en el que participaron 190 estudiantes de psicología de dos escuelas colombianas. Las edades se observaron entre 18 y 30 años, media=21,7 (DE=3,1); 72,1% mujeres y 27,9% hombres. Los estudiantes completaron los 25 ítems de las dimensiones de actitudes del VIH-SIDA-65 (actitudes positivas, actitudes negativas, actitud frente al preservativo, susceptibilidad y auto-eficacia). El desempeño psicométrico se evaluó mediante análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC), análisis paralelo (ANP), y consistencia interna. El AFE, AFC y ANP mostraron una deficiente dimensionalidad. La consistencia interna fue muy baja (Cronbach y McDonald < 0,70) para actitudes negativas, actitud frente al preservativo y susceptibilidad y excesivamente alta (Cronbach y McDonald > 0,95) para actitudes positivas y autoeficacia. Se concluye que en estudiantes de psicología las dimensiones de actitudes del VIH-SIDA-65 se desempeñan inadecuadamente.

Palabras clave: Estudiantes; Psicología; VIH; Actitudes; Estudios de validación.

1. Psicólogo, Especialista en Estadística Aplicada, magíster en salud sexual y reproductiva, estudiante de doctorado en psicología. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia. Correo: pinedaac@uninorte.edu.co - <http://orcid.org/0000-0002-9000-9302>

2. Médico, especialista en psiquiatría y epidemiología, magíster en salud sexual y reproductiva, profesor auxiliar. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: acamboa@unimagdalena.edu.co - <http://orcid.org/0000-0003-2201-7404>

ABSTRACT

Increase in information about the prevention of human immunodeficiency virus (HIV-AIDS) infection has not changed the attitudes towards HIV-AIDS. For this reason, the HIV / AIDS-65 questionnaire was designed to quantify knowledge and attitudes towards infection. The psychometric performance of this instrument has not been lately reviewed. The objective of the study was to analyze the performance of the dimensions that quantify attitudes towards HIV-AIDS. A validation study was designed in 190 students of psychology from two Colombian schools. The students were between 18 and 30 years old, mean = 21.7 (SD = 3.1); 72.1% women and 27.9% men. The students completed the 25 items of the dimensions of HIV-AIDS-65 attitudes (positive attitudes, negative attitudes, attitude towards the condom, susceptibility and self-efficacy). The psychometric performance was assessed by exploratory factor analysis (AFE) and confirmatory (AFC), parallel analysis (ANP), and internal consistency. The AFE, AFC and ANP showed a poor dimensionality. The internal consistency was very low (Cronbach and McDonald <0.70) for negative attitudes, attitude towards the condom and susceptibility and excessively high (Cronbach and McDonald > 0.95) for positive attitudes and self-efficacy. It is concluded that in students of psychology the dimensions of attitudes of HIV-AIDS-65 present are inadequate.

Keywords: Students; Psychology; HIV; Attitudes; Validation studies.

INTRODUCCIÓN

Desde la publicación en 1981 de los primeros casos de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-sida) en Estados Unidos, el conocimiento sobre la historia natural y la prevención de la infección ha crecido rápidamente^{1,2}. Sin embargo, las actitudes, prejuicios y comportamientos preventivos relacionados con la infección han progresado lentamente^{3,4}.

En 1994, Paniagua et al⁵ diseñaron un cuestionario de auto-informe de 164 ítems relacionados con el VIH-sida para uso con niños, niñas, adolescentes y adultos jóvenes. La selección se realizó a partir de 362 ítems según el acuerdo entre siete evaluadores expertos en el tema. Estos ítems se clasificaron en cinco dimensiones o grupos: conocimiento correcto, conceptos erróneos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia percibida, sin ninguna evaluación psicométrica estadística objetiva.

No obstante, la limitación en el conocimiento sobre el desempeño psicométrico del cuestionario,

algunos ítems de este, el cuestionario completo o versiones modificadas o adaptadas del inglés se usaron en diferentes investigaciones en poblaciones de todas las edades, no sólo en el contenido en el contenido de los ítems sino también en las posibles opciones de respuesta⁶⁻²¹.

La versión directa más popular del cuestionario VIH-sida se redujo a 65 ítems con dos grandes componentes conocimiento y actitudes. Un grupo de 40 ítems para conocimiento, 20 para conocimiento correcto y 20 para conocimiento incorrecto. Y el segundo componente con 25 ítems para actitudes que se agruparon en cinco dimensiones de cinco ítems cada una: actitudes negativas hacia VIH-sida, actitudes positivas hacia VIH-sida, actitudes hacia el preservativo, percepción de susceptibilidad y percepción de autoeficacia²².

El proceso de validación de un cuestionario para conocimiento en un área particular es muy sencillo, sólo es necesario evaluar la confiabilidad tipo estabilidad en el tiempo del patrón de respuestas mediante una prueba-reprueba²³. Por su parte, el desempeño para evaluar actitudes

corresponde a la evaluación de un concepto teórico complejo o constructo y amerita la medición tanto de indicadores de confiabilidad tipo estabilidad en el tiempo como de validez y confiabilidad tipo consistencia interna²⁴.

La dimensionalidad es una de las diferentes formas de validez que se pueden probar mediante técnicas estadísticas multivariadas como el análisis de factores²⁵. Este procedimiento permite corroborar matemáticamente la estructura o dimensiones teóricas conceptualizadas al momento del diseño de medición psicométrica. Se espera el mismo número de dimensiones teorizadas y que las mismas estén formadas por los ítems previamente establecidos²⁵.

Mientras que la consistencia interna se informa usualmente con el coeficiente de alfa de Cronbach e indica el promedio de las correlaciones de los ítems que hacen parte de una dimensión, es decir, si ayudan a cuantificar un mismo constructo²⁴. En las mejores situaciones se espera que la consistencia interna se encuentre entre 0,70 y 0,95, según el proceso de desarrollo del instrumento^{24,26}. En general, se considera que los valores inferiores a 0,70 indican una pobre medición y los valores superiores a 0,95 suelen ser problemáticos dado que sugieren mediciones colineales o redundantes o exceso de ítems en una dimensión^{26,27}. Por lo general, el exceso de ítems se configura con más de 16 o 20 ítems^{24,26,27}.

Es poca o inconsistente la información disponible sobre VIH-sida. Por ejemplo, Bermúdez et al⁸ informaron el desempeño de una versión de 66 ítems con patrón de respuesta dicotómico. Erróneamente, se informó consistencia interna para las dos sub-escalas sobre conocimiento y, además, se calculó consistencia interna de 0,79 para una sub-escala de actitudes de 12 ítems, de 0,76 para una sub-escala de 9 ítems para autoeficacia de 0,76, y para una sub-escala de 5 para susceptibilidad de 0,56.

Asimismo, Uribe et al⁹⁻¹¹ y, Uribe y Orcasita^{12,13} usaron el cuestionario en diferentes investigaciones y apoyaron el uso del mismo con la frase repetida “el análisis factorial confirma la estructura de la escala y un análisis de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,79 para el instrumento” y presentaron como referencia un documento no publicado. En consecuencia, no se cuenta con una información estadística que respalde la afirmación y, adicionalmente, por lo que se comentó en párrafos anteriores, es incorrecto calcular consistencia interna a todo un instrumento multidimensional, con pregunta de conocimientos y otras actitudes, y compuesta por un total de 65 ítems.

Es necesario conocer el desempeño psicométrico de las sub-escalas de actitud del cuestionario VIH-Sida-65 dada las graves limitaciones en el conocimiento actual⁸⁻¹³, de la necesidad de revisar continuamente el comportamiento de los cuestionarios y escalas en diferentes contextos y poblaciones²⁸⁻³⁰. La psicología juega un papel crucial en el proceso de atención y cuidados que se ofrecen a las personas que viven con VIH-sida, por ello se consideró importante medir el desempeño de estos instrumentos en los futuros profesionales del área.

El objetivo de la presente investigación fue estudiar el desempeño psicométrico de las dimensiones de actitudes del cuestionario VIH/SIDA-65 en un grupo de estudiantes de dos escuelas de psicología colombiana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño

La presente investigación fue no experimental, de carácter psicométrico de tipo instrumental, debido a que estuvo encaminado al estudio de las propiedades psicométricas de un instrumento

psicológico³¹. Estos estudios se conocen igualmente como estudios metodológicos o de evaluación de pruebas de tamización o diagnósticas²⁶.

Población

Se realizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de estudiantes de dos escuelas de psicología de Bogotá y Villavicencio. El grupo estuvo formado por 190 participantes de varios semestres en edades comprendidas entre 18 y 30 años (media=21,7 y DE=3,1). Este tamaño de muestra era adecuado para el cálculo de la consistencia interna y análisis factorial que exige, por los menos, 100 participantes.^{25,27} El grupo femenino representó el 72,1 % de la participación y el masculino, el 27,9%.

Instrumentos

Se aplicó el cuestionario VIH-sida-65 de Paniagua et al, previamente descrito. Este cuestionario consta de 65 ítems, 40 corresponden a conocimiento sobre el tema y no se analizan en el presente estudio. Y 25 ítems que miden actitudes, susceptibilidad y autoeficacia, sub escalas previamente mencionadas. El instrumento ofrece las siguientes opciones de respuesta a) De acuerdo, b) No estoy de acuerdo o c) No lo sé/ No puedo responder". Se presentan en el anexo. No se incluyó el componente de conocimiento en el análisis puesto que ese tipo de cuestionarios no se evalúa satisfactoriamente con las aproximaciones de la teoría clásica de los test^{25,27}.

Procedimiento

Con el fin de revisar la comprensión de los ítems, se realizó una prueba piloto a 100 participantes voluntarios del cuestionario VIH/SIDA-65 en un grupo de estudiantes, previa autorización de las universidades que participaron. Seguidamente, se aplicó en forma colectiva el cuestionario

VIH/SIDA-65 en escuelas de psicología de una universidad en Bogotá y la otra en Villavicencio.

Análisis estadístico

Se realizó el análisis factorial exploratorio (AFE) mediante el método de máxima verosimilitud y rotación varimax dado que se esperaba que las dimensiones mostraran una baja correlación entre ellas y análisis confirmatorio (AFC) mediante el método *Diagonally weighted least squares* (DWLS) dado que no se cumplió el supuesto de normalidad. Previo al análisis de factores se calcularon el coeficiente de esfericidad de Bartlett³² y la prueba de adecuación de la muestra de Kaiser Meyer Olkin (KMO)³³.

En el AFC se determinaron la prueba de la chi cuadrado de Satorra-Bentler, con grados de libertad (gl) y valor de probabilidad (p), y los coeficientes RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*, raíz del cuadrado media del error de aproximación) e intervalo de confianza del 90% (IC90%), CFI (*Comparative Fit Index*, índice comparativo de ajuste), NNFI (*Non-Normed Fit Index*, índice de ajuste no normado), AGFI (*Adjusted Goodness-of-Fit Index*, índice de bondad de ajuste ajustado), y SRMR (*Standardized Mean Square Residual*, residuo cuadrado promedio estandarizado). Para chi cuadrado se espera que el valor de probabilidad sea < 5%; para RMSEA y SRMR < 0,06 y para CFI, AGFI y NNFI valores > 0,89.

Para corroborar los hallazgos en el AFE y AFC se completó un análisis paralelo de Horn (ANP). El ANP permite realizar una selección de componentes o dimensiones independientemente del número de ítems que hagan parte de una escala o del tamaño de la muestra³⁴. Además, el ANP ha ganado terreno en psicometría y clinometría dado que posibilita la confirmación del número de componentes

a retener y considera no sólo que los valores propios sean mayores que la unidad (criterio de Kaiser) que tiende a subestimar o sobreestimar el número de factores o componentes a retener²⁵. Se aceptan las dimensiones siempre que el valor propio de los datos reales supere el valor propio aleatorio o simulado³⁵.

Los coeficientes alfa de Cronbach³⁶ y omega de McDonald³⁷ se calcularon para cuantificar la consistencia interna. La prueba de McDonald es una mejor medida de la consistencia interna cuando se incumple el principio de tau equivalencia. El análisis de los datos se realizó con el software SPSS para Windows³⁸ versión 22. El AFC se realizó con el uso de Lisrel versión 8.8.

Declaración sobre aspectos éticos

Se aplicó el consentimiento informado a cada participante a pesar de tratarse de una investigación sin riesgo, según la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de 1993³⁹. En dicho consentimiento se garantizó la confidencialidad al no permitir que escribieran datos personales, como número de teléfono, direcciones físicas o electrónicas e incluso podían firmar con las iniciales de su nombre si no deseaban firmar el consentimiento.

RESULTADOS

El AFE no reprodujo satisfactoriamente la estructura penta-dimensional, con valores para la prueba de esfericidad de Bartlett de chi cuadrado de 4.430,5; grados de libertad 300; y probabilidad menor de 0,001 y la prueba de adecuación de la muestra de KMO de 0,94. En la tabla 1 se observan los valores propios de cada factor y la varianza explicada por cada uno (Bondad de ajuste, chi-cuadrado 160,7; grados de libertad 165; p=0,55).

Tabla 1. Valores propios de los factores identificados en el AFE.

Factor	Valor propio	% de la varianza
1	11,13	44,5
2	1,92	7,7
3	1,55	6,2
4	1,42	5,7
5	1,10	4,4
6	1,05	4,2
Total	-	72,7

En el AFC del cuestionario VIH-sida-65, el valor de la prueba de Satorra-Bentler indicó la existencia de un modelo que se ajustaba a los datos (chi cuadrado = 1.561,17; gl=265; p<.001). La RMSEA fue 0,088 IC90%(0,08; 0,09); el CFI, 0,91; NNFI, 0,90; AGFI, 1,0; y SRMR, 0,20.

El ANP permitió establecer dos únicas dimensiones importantes del cuestionario VIH-sida-65, tanto por la consideración del valor propio percentilar, como del valor propio promedio simulados. Los detalles se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Análisis paralelo.

Factor	Valor propio	Valor propio percentilar	Decisión
1	11,13	1,84	Aceptar
2	1,89	1,61	Aceptar
3	1,50	1,51	Rechazar
4	1,46	1,44	Rechazar
5	1,23	1,47	Rechazar
6	1,00	1,31	Rechazar

Por su parte, la consistencia interna según el coeficiente de alfa de Cronbach fue 0,35 para la dimensión actitudes negativas; 0,97 para actitudes positivas; 0,44 para actitudes hacia el preservativo; 0,41 para percepción de susceptibilidad; y 0,98 para percepción de autoeficacia. Según el coeficiente de omega de McDonald, se encontró en 0,66 para la dimensión actitudes negativas; 0,99 para actitudes positivas; 0,61 para actitudes hacia el preservativo; 0,55 para percepción de susceptibilidad; y 0,99 para percepción de autoeficacia.

DISCUSIÓN

En el presente análisis se observa que el AFE, AFC y análisis paralelo no reproducen las cinco dimensiones repetidamente propuestas para actitudes del cuestionario VIH-Sida-65 y estas dimensiones presentan consistencia interna por debajo o por encima de los valores deseables, con dos mediciones distintas.

No obstante, el uso repetido del cuestionario VIH-Sida en versión en español cuenta con poca información confiable sobre el desempeño psicométrico,^{8-13,22} en particular de las cinco dimensiones para actitudes, valoradas en la presente investigación, que se pueden analizar mediante pruebas estadísticas de la teoría clásica del estudio de las escalas de medición como el análisis de factores y la consistencia interna.^{25,27,28} Un análisis más minucioso e interpretable se puede hacer con aproximaciones de teoría de respuesta al ítem para los cuestionarios que intentan medir conocimientos en un área o tema⁴⁰.

En el presente análisis no se contó con una solución de factores satisfactoria, por ninguna de las formas aproximaciones realizadas. Por ejemplo, los valores propios tanto en el AFE y AFC como en el ANP mostraron una gran

diferencia entre el primer factor y los restantes. Además, todos los coeficientes calculados para el ajuste no alcanzaron los valores esperados. En otras palabras, los hallazgos indican que las cinco dimensiones de actitudes para el cuestionario VIH-Sida-65 se deben cuestionar o rechazar. No se dispone de información previa que permita comparar este hallazgo. No obstante, es necesario tener presente que el análisis de factores es una aproximación que exige considerar elementos cuantitativos como cualitativos al momento de escoger la mejor solución de factores. Es indispensable interpretar los valores numéricos observados en el marco de la base teórica que respalda el constructo del instrumento. Para la elección de las dimensiones, se debe considerar en conjunto, entre otros criterios, los valores propios, los porcentajes de la varianza, la gráfica de los valores propios o diagrama de Catell y los coeficientes de ajuste²⁵.

En el estudio que se presenta, se observó que la consistencia interna de las dimensiones no fue aceptable para alguna de las mismas. Las dimensiones actitudes negativas, actitudes hacia el preservativo y percepción de susceptibilidad mostraron valores extremadamente bajos, inferiores a 0,45. Por otra parte, las dimensiones actitudes positivas y percepción de autoeficacia alcanzaron coeficientes superiores a 0,95. Estudios precedentes brindan insuficiente información sobre la consistencia interna de estas dimensiones; sólo Bermúdez et al⁸ publicaron, similar a los hallazgos presentados, que los cinco ítems de la dimensión de percepción de susceptibilidad alcanzó consistencia interna de 0,56. Anteriormente se anotó que la consistencia interna está en rango aceptable si se encuentra entre 0,70 y 0,95, es decir, que los valores fuera del rango reflejan un problema intrínseco de la dimensión, sub- o sobre-representación del constructo en medición^{24,26,27}.

Es indispensable contar con un instrumento que brinde un adecuado desempeño psicométrico de las actitudes frente al VIH-Sida, por una parte, para aquellas relacionadas con comportamientos que representan un riesgo para contraer la infección, lo mismo que las implicadas en el complejo estigma-discriminación relacionado con VIH-Sida, porque estas actitudes negativas en profesionales de la salud significan una barrera de acceso a servicios que se ofrecen en el área⁴¹. Los profesionales de la psicología juegan un papel invaluable en los procesos de prevención y abordaje tanto como los comportamientos de riesgo para VIH-Sida como para las actitudes negativas frente a la infección que deterioran la calidad de los servicios que se brindan a personas portadoras o enfermas de VIH-Sida^{42,43}.

La presente investigación tiene la ventaja de haber realizado un análisis mejor fundamentado del desempeño psicométrico de las dimensiones de actitudes del cuestionario VIH-Sida no publicado apropiadamente a la fecha. Por el contrario, presenta la limitación de contar con una muestra no probabilística de participantes; aunque, algunos sugieren que con frecuencia un muestreo probabilístico no garantiza la validez interna de las investigaciones dado que todos los estudios se realizan sólo con voluntarios, o sea, las personas que deciden participar.⁴⁴ Además, se puede señalar que esta investigación tiene la desventaja propia de los estudios de validación: los hallazgos sólo logran validez interna y en el mejor de los casos únicamente se pueden extrapolar a población de estudiantes con características similares⁴⁵.

Se concluye que en los estudiantes de psicología de las escuelas que participaron las dimensiones de las actitudes del cuestionario VIH-SIDA-65 presentan un comportamiento psicométrico inesperado, no reproduce la dimensionalidad propuesta y las dimensiones presentan valores de

consistencia interna problemáticos. Se necesitan más investigaciones que muestren el desempeño de estas dimensiones en distintas poblaciones.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTO DE INTERESES

La Universidad del Magdalena financió la participación del Dr. Adalberto Campo-Arias en la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabin CA, Lundgren JD. The natural history of HIV infection. *Curr Opin HIV AIDS*. 2013; 8 (4): 311-7.
2. Durojaiye OC, Freedman A. HIV prevention strategies. *Medicine*. 2013; 41 (8): 466-9.
3. Kirby DB, Laris BA, Rolleri LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007; 40 (3): 206-17.
4. Feyissa GT, Lockwood C, Munn Z. The effectiveness of home-based HIV counseling and testing in reducing stigma and risky sexual behavior among adults and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *JBI Database System Rev Implement Report*. 2015; 13 (6): 318-72.
5. Paniagua FA, O'Boyle M, Wagner KD, Ramirez SZ, Holmes WD, Nieto JF, et al. AIDS-Related items for developing an AIDS questionnaire for children and adolescents. *J Adolesc Res*. 1994; 9 (3): 311-39.
6. Paniagua FA, O'boyley M, Wagner KD. The assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes, self-efficacy, and susceptibility among psychiatrically hospitalized. *J HIV AIDS*. 1997; 1(3-4): 65-104.

7. Davis C, Tang CSK, Chan SFF, Noel B. The development and validation of the International AIDS Questionnaire-Chinese Version (IAQ-C). *Educ Psychol Meas.* 1999; 59 (3): 481-91.
8. Bermúdez MP, Sánchez AI, Buela-Casal G. Adaptación castellana de la Escala VIH/sida-164. *Rev Mex Psicol.* 2003; 20 (1): 95-111.
9. Uribe AF, Valderrama L, Sanabria AM, Orcasita L, Vergara T. Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pens Psicol.* 2009; 5 (12): 29-44.
10. Uribe AF, Orcasita LT, Vergara T. Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos 2010. *Acta Colomb Psicol.* 2010; 13 (1): 11-24.
11. Uribe AF, Carreño DL, Espinosa M, Sastoque LE. Comparación de factores psicosociales de riesgo en adolescentes de Bucaramanga y su área metropolitana en función del género. *Rev Invest UNAD.* 2015; 13 (2): 189-206.
12. Uribe AF, Orcasita LT. Análisis de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficiencia frente al VIH/Sida en docentes de instituciones educativas de Cali-Colombia. *Rev Psicol Universidad de Antioquia.* 2011; 3 (1): 39-57.
13. Uribe AF, Orcasita LT. Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Av Enferm.* 2011; 29 (2): 271-84.
14. Davis C, Sloan M, Macmaster S, Hughes L. The International AIDS Questionnaire—English Version (IAQ-E) Assessing the Validity and Reliability. *J HIV AIDS Prev Child Youth.* 2007; 7 (2): 29-42.
15. Paniagua FA, O'Boyle M. Comprehensively assessing cognitive and behavioral risks for HIV infection among middle-aged and older adults. *Educ Gerontol.* 2008; 34 (4): 267-81.
16. Uribe AF, Vergara T, Barona C. Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Rev Latinoam Cienc Coc Niñez Juv.* 2009; 7 (2): 1513-33.
17. Mariño MJ. Estudio de relación entre Niveles de Violencia en Población masculina Privada de Libertad (PPL) en El Salvador y conocimientos de VIH, Vulnerabilidad asociada con VIH/Sida. *Pobl Salud Mesoamer.* 2012; 9 (2): 6-13.
18. Del Castillo A, Mayorga L, Guzmán RME, Escorza F, Gutiérrez IG, Hernández M, et al. Actitud hacia el uso del condón y autoeficacia en la prevención del VIH_SIDA en estudiantes de psicología de la UAEH. *Rev Cient Electron Psicol.* 2012 (13): 28-55.
19. Bermúdez MP, Teva I, Ramiro MT, Uribe-Rodríguez AF, Sierra JC, Buela-Casal G. Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *Int J Clin Health Psychol.* 2012; 12 (2): 235-49.
20. Reyes N, Hernández LJ, Quevedo CL. Conocimiento, creencias y medidas preventivas frente al VIH-sida en los estudiantes de primer semestre de la Universidad de Cundinamarca, Seccional Girardot 2012-1. En: *Investigación Universitaria. Fugasagusá: Universidad de Cundinamarca; 2013. p. 47-50.*
21. Reyes N, Gutiérrez JJ, Romero AJ. Conocimientos, creencias y medidas preventivas frente al VIH sida en los adolescentes del colegio cooperativo Comgirardot, Girardot 2012-1. En: *Investigación Universitaria. Fugasagusá: Universidad de Cundinamarca; 2013. p. 51-53.*
22. Bermúdez MP, Buela-Casal G, Uribe AF. Adaptación al colombiano de la escala VIH-65. Universidad de Granada; 2005.
23. Simancas-Pallares MA, Herazo E, Campo-Arias A. Técnicas para estimar la estabilidad de una escala de medición en salud. *Rev Cienc Biomed.* 2016; 7 (1): 104-11.

24. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2 (1): 53-5.
25. Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo HC. Análisis de factores: fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012 (3); 41: 659-71.
26. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res.* 2010; 68 (4): 319-23.
27. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Rev Salud Publica,* 2008 (5); 10: 831-9.
28. Reise SP, Waller NG, Comrey AL. Factor analysis and scale revision. *Psychol Assess* 2000; 12 (3): 287-97.
29. Myers K, Winters N. Ten-year review of rating scales. I: Overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 42 (2): 114-22.
30. Sousa VM, Rojjanasrirat W. Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract* 2011; 17 (2): 268-74.
31. Montero I, León O. A guide for naming research studies in psychology. *Int J Clin Health Psychol.* 2007; 7 (3): 847-62.
32. Bartlett MS. Test of significance in factor analysis. *Br J Psychol.* 1950; 3 (1): 77-85.
33. Kaiser HF. An index of factorial simplicity. *Psychometrika.* 1974; 34 (1): 31-6.
34. Horn JL. A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika.* 1965; 30 (2): 179-85.
35. Williams B, Onsman A, Brown T. Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *J Emerg Prim Health Care.* 2010; 8 (3): 1-11.
36. Cronbach J. Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika.* 1951; 16 (3): 297-334.
37. McDonald RP. Theoretical foundations of principal factor analysis and alpha factor analysis. *Br J Math Stat Psychol.* 1970; 23 (1): 1-21.
38. IBM-SPSS Statistics for Windows, version 22.0. Armonk: SPSS. Inc; 2013.
39. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 8430 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. (oct. 4 1993).
40. Hays RD, Morales LS, Reise SP. Item response theory and health outcomes measurement in the 21st century. *Med Care.* 2000; 38 (Suppl. 2): 28-42.
41. Jiménez J, Morales M, Sala A, Deliz L, Puig M, Castro E, et al. HIV-related felt stigma among Puerto Ricans living with HIV/AIDS: A focus group study. *Interam J Psychol.* 2011; 45 (3): 331-8.
42. Ceballos GA, Rodríguez U. Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes (editorial). *Duazary: Rev Int Cienc Salud.* 2016; 13 (2): 76-8.
43. Tobón S, Vinaccia S. Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicol Salud.* 2014; 13 (2): 161-74.
44. Bacchetti P. Current sample size conventions: flaws, harms, and alternatives. *BMC Med.* 2010; 8 (1): 17.
45. Prieto G, Delgado AR. Fiabilidad y validez. *Papeles Psicol.* 2010; 31 (1): 67-74.

CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS DE PARAGUAY CON ENFERMEDAD CELIACA

QUALITY OF LIFE IN PARAGUAYAN ADULTS WITH CELIAC DISEASE

TÍTULO CORTO: CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS DE PARAGUAY

Raúl Emilio Real-Delor¹ , Ingrid Celeste Centurión-Medina² 

Tipología: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Para citar este artículo: Real Delor RE, Centurión Medina IC. Calidad de vida en adultos del Paraguay con enfermedad celiaca. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 61 - 70. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2026>

Recibido en febrero 20 de 2017

Aceptado en abril 04 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

La enfermedad celiaca altera el estado emocional, las relaciones sociales, la autonomía y la percepción de la salud, afectando la calidad de vida relacionada a la salud. Los objetivos de esta investigación fueron determinar la calidad de vida relacionada a la salud en adolescentes y adultos con enfermedad celiaca e investigar las condiciones que la afectan. Se realizó un estudio observacional, prospectivo en adolescentes y adultos de Paraguay portadores de enfermedad celiaca con al menos seis meses en dieta sin gluten. Se aplicó el cuestionario CD-QOL (Celiac Disease Quality of Life Measure). Fueron incluidos 114 sujetos, con edad media 30 ± 10 años, siendo 58% del sexo femenino. La calidad de vida fue buena en 25%, regular en 49% y mala en 26%. Las condiciones asociadas significativamente a mejor calidad de vida fueron el sexo femenino, el grupo etario >30 años y que efectúan actividades fuera del hogar. Se concluye que la calidad de vida de los celíacos adolescentes y adultos es regular en 49% de los encuestados.

Palabras clave: Enfermedad celiaca; Calidad de vida; Dieta sin gluten.

ABSTRACT

Celiac disease alters emotional state, social relations, autonomy and health perception, affecting the health related quality of life. The objectives of this research were to determine the health related quality of life in adolescents and adults with celiac disease and to investigate the factors that affect it. We included 114 subjects. The mean age was 30 ± 10 years and 58% of subjects were female. The quality of life was good in 25% of the cases, regular in 49% and bad in 26%. The factors significantly associated with a better quality of life were the female sex, the age group >30 years and carrying out activities outside home. In conclusion, the quality of life of celiac adolescents and adults is regular in 49% of respondents.

Keywords: Coeliac Disease; Quality of Life; Gluten Free Diet.

1. Especialista en Medicina Interna. Hospital Nacional. Itauguá, Paraguay. Correo: raulemilioreal@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-5288-5854>
2. Residente del Postgrado en Medicina Interna. Universidad Nacional de Itapúa. Paraguay. Correo: incentu007@hotmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-6837-2260>

INTRODUCCIÓN

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad de origen autoinmune, multisistémica, inducida por el gluten en personas genéticamente susceptibles, en quienes se produce alteraciones de las vellosidades intestinales que mejoran después de retirar el gluten de la dieta^{1,2}.

La dieta sin gluten (DSG) es el único tratamiento disponible y no sólo permite la restauración de la función y estructura de la mucosa intestinal sino previene complicaciones siendo las más graves las neoplasias del tubo digestivo¹⁻³. La DSG se caracteriza por ser estricta, para toda la vida, mayormente restrictiva y costosa⁴⁻⁶. Diversos estudios revelan que la DSG es cumplida estrictamente por 17% a 80% de los celíacos^{3,5,7,8}.

La EC puede alterar el estado emocional, las relaciones sociales, la autonomía y la percepción de la salud, afectando la calidad de vida, sobre todo antes del diagnóstico y tratamiento^{2,9-11}. La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es el estado de salud tal como es percibido por el individuo, en relación con la enfermedad misma y con los efectos que los tratamientos médicos tienen sobre la persona¹²⁻¹⁴. La evaluación de la CVRS se ha vuelto insoslayable en el análisis de la efectividad de las terapéuticas empleadas y la evolución de los padecimientos, especialmente en enfermedades crónicas como la EC ya que la falta de adherencia a DSG repercute directamente en la CVRS⁸.

La EC altera negativamente la CVRS^{15,16}. Por un lado, debido a los síntomas digestivos; por el otro, el tratamiento de la EC conlleva cambios en los hábitos de vida, genera alteraciones emocionales por sentirse diferente a los demás, vergüenza o miedo a contaminarse por contacto con el gluten. Así como las dificultades adicionales que implica una DSG fuera de casa, especialmente en

el trabajo o cuando se viaja, pues la misma no es fácilmente asequible^{3,4,10}. Un factor importante es el cumplimiento estricto de la dieta, de tal manera que los celíacos que no siguen la DSG o lo hacen de forma irregular, presentan peor CVRS^{7,9}.

La CVRS puede ser medida por una variedad de cuestionarios tanto generales como específicos para cada enfermedad. El más utilizado es CD-QOL¹⁰⁻¹⁷. Este instrumento fue aplicado en el sur de Brasil obteniéndose buena calidad de vida en 75% de los encuestados¹⁸. En México, la CVRS fue buena en 75%, usando otro instrumento¹⁹.

La EC es una patología en creciente incidencia en Paraguay²⁰. En dicho país no existe información relativa a la CVRS en los celíacos adultos, ni los factores asociados a la mala calidad de vida. Los datos de otros estudios no pueden extrapolarse a esta población por las diferencias sociales y culturales propias de cada país.

Por estos motivos se planteó esta investigación cuyos objetivos fueron determinar la CVRS en adolescentes y adultos con EC utilizando el cuestionario CD-QOL e investigar las características asociadas a la mala CVRS: grupo etario, sexo, duración de DSG, adherencia a DSG, actividad fuera del hogar, dependencia económica, asistencia a grupos de autoayuda, familiares celíacos, apoyo de amistades, participación en actividades deportivas o religiosas, intolerancia a la lactosa y comorbilidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio observacional, descriptivo, de corte trasverso, prospectivo, en 131 varones y mujeres, mayores de 18 años de edad, portadores de EC, que concurrieron a la Fundación Paraguaya de Celíacos (FUPACEL) y al Hospital Nacional (Paraguay) en 2016. Para ser incluidos,

los sujetos requerían tener EC confirmada por histología de mucosa duodenal y hallarse con dieta sin gluten por más de seis meses. Fueron excluidos los sujetos dependientes o con incapacidad de comunicarse, sujetos con discapacidades físicas invalidantes permanentes y aquellos que no firmaron el consentimiento informado. Para esta investigación se aplicó el cuestionario CD-QOL validado al idioma castellano^{15,17}. Este instrumento consiste en 20 preguntas cuyas respuestas se puntúa con una escala de Likert de 1 al 5. La sumatoria final varía desde 0 puntos (peor calidad de vida) hasta 100 (mejor calidad de vida). Las preguntas se refieren a cuatro dimensiones: disforia, limitaciones, salud y tratamiento inadecuado^{15,17}.

Previo al estudio, se desarrolló una preprueba, con el fin de evaluar la consistencia interna del cuestionario ya que se adaptaron algunas palabras al uso de la población del país. Luego, utilizando un muestreo no probabilístico, de casos consecutivos, los sujetos fueron contactados por los autores en las reuniones mensuales de FUPACEL y en los consultorios del Hospital Nacional. Previa explicación verbal del estudio a los afectados y familiares en su lengua nativa y llenado del consentimiento informado, se registraron los datos demográficos y se les solicitó el llenado del cuestionario CD-QOL. Según Casellas et al, se considera mala CVRS si el puntaje total es entre 0 y 50 puntos, regular entre 51 y 70 puntos y buena entre 71 a 100 puntos¹⁷. Las variables fueron procesadas con el programa informático Epi Info® versión 7.2. Cada pregunta fue sometida a estadística descriptiva para hallar la media y DE. Se analizó el puntaje del cuestionario en relación a las características asociadas utilizando la prueba t y posteriormente se aplicó regresión lineal. Se consideró significativa toda $p < 0,05$.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se asumió una proporción de 50% de mala calidad

de vida y precisión 10%, requiriéndose al menos 73 sujetos a ser incluidos para IC 95%.

Declaración sobre aspectos éticos

Se respetaron los Principios de la Declaración de Helsinki y el protocolo de esta investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa. No existen conflictos de interés comercial. Los investigadores no recibieron ayuda económica externa para esta investigación.

RESULTADOS

Fueron encuestados 131 pacientes celíacos, de los cuales se excluyeron 17 por ser menores de 16 años. La edad media fue 30 años (rango de 16-59 años), hubo un predominio ligero del sexo femenino (58%). La procedencia más frecuente fue Asunción (23%) y ciudades circunvecinas. Excluyendo a los menores de 18 años, el estado civil se distribuyó entre solteros (61%), casados (34%) y divorciados (5%). La actividad diaria se distribuyó entre profesionales (57%), estudiantes (32%) y amas de casa (11%). El 75% de los encuestados realizan actividad fuera del hogar. Doce celíacos no tenían una situación económica familiar estable debido a que carecían de ingresos seguros.

La edad media de inicio de los síntomas fue 18 ± 10 años (rango 1-49 años). Sin embargo, la edad media de diagnóstico fue 21 ± 10 años (rango 1-57 años). El tiempo medio de dieta sin gluten era 8 ± 7 años (rango 0-30 años).

La FUPACEL tiene reuniones grupales mensualmente en Asunción pero solo 23% asiste regularmente a este grupo de autoayuda. El 33% de los sujetos mantienen una DSG estricta, 58% realiza trasgresiones alimentarias ocasionales y 9% ingiere gluten en forma frecuente. El 21%

de los celíacos tiene un familiar que también tiene una DSG y 79% recibe colaboración de sus amistades para mantener la DSG.

Las comorbilidades más frecuentes fueron dermatitis herpetiforme (32%), intolerancia a la lactosa (22%), hipertensión arterial (21%), enfermedad tiroidea (13%) y depresión (11%).

Al evaluar el cuestionario sobre calidad de vida, 28% de los encuestados respondieron sentirse a veces limitado por la EC. El 27% de los pacientes manifestó con frecuencia sentirse afectado por

no comer comidas especiales como pasteles de cumpleaños y pizzas. El 30% siente que la dieta es muy pocas veces suficiente para el tratamiento de la EC. Se evidenció que 25% de los encuestados se encontraban deprimidos a causa de la EC. El 33% manifestó que con frecuencia tiene problemas para realizar viajes largos a consecuencia de la restricción alimentaria y 20% presenta miedo al comer fuera de casa por la posibilidad de ingerir alimentos con gluten. Puntuando todas las preguntas, la media de todas las preguntas fue $50,8 \pm 13,5$. La calidad de vida predominante fue la regular (49%) (Figura 1).

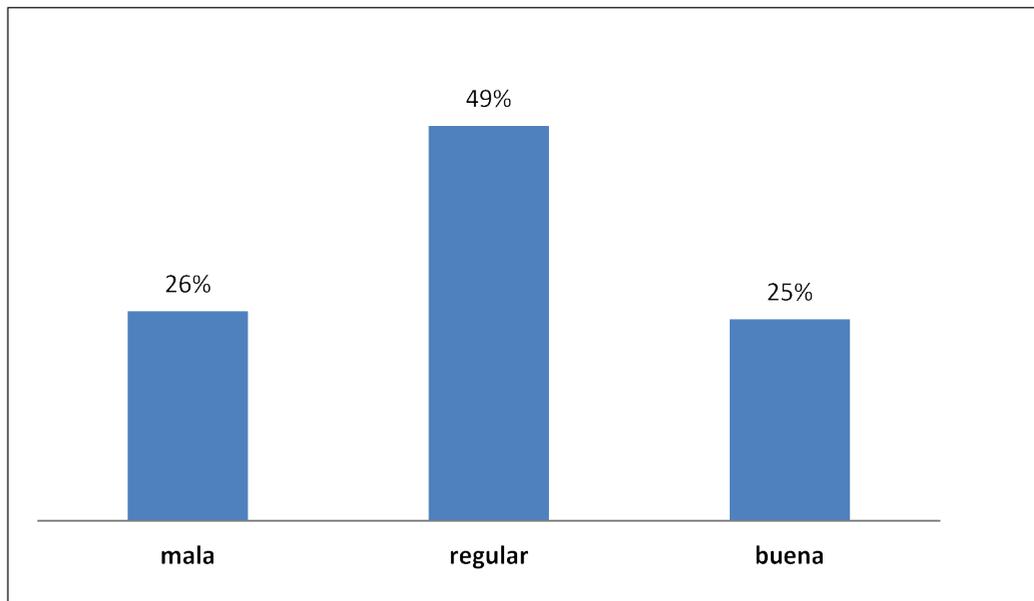


Figura 1. Calidad de vida de los celíacos según cuestionario CD-QOL (n 114)

El análisis bivariado mostró que el grupo etario >30 años, el sexo femenino, que desarrolla actividades fuera del hogar, la intolerancia a

la lactosa y la presencia de comorbilidades presentaron mayor puntaje en cuestionario CD-QOL en forma significativa (Tabla 1).

Tabla 1. Análisis bivariado de características asociadas con la calidad de vida en celíacos medida por cuestionario CD-QOL (n 114).

Características asociadas	Media \pm DS	Sig.
Edad <30 años (n 66) Edad >30 años (n 48)	47 \pm 12 54 \pm 13	0,007
Sexo femenino (n 66) Sexo masculino (n 48)	55 \pm 13 44 \pm 11	<0,001
Duración dieta sin gluten <2 años (n 29) Duración dieta sin gluten >2 años (n 85)	50 \pm 14 51 \pm 13	0,9
Con adherencia a dieta sin gluten (n 38) Sin adherencia a dieta sin gluten (n 76)	52 \pm 14 50 \pm 13	0,3
Con actividad fuera del hogar (n 84) Sin actividad fuera del hogar (n 30)	52 \pm 14 45 \pm 9	0,01
Con situación económica familiar estable (n 102) Sin situación económica familiar estable (n 12)	51 \pm 13 48 \pm 13	0,5
Con asistencia regular a FUPACEL*(n 31) Sin asistencia regular a FUPACEL*(n 83)	54 \pm 14 49 \pm 13	0,05
Con familiares celíacos (n 25) Sin familiares celíacos (n 89)	48 \pm 16 51 \pm 12	0,3
Con colaboración de amistades (n 91) Sin colaboración de amistades (n 23)	52 \pm 13 46 \pm 14	0,08
Actividad deportiva frecuente (n 24) Actividad deportiva ocasional (n 90)	50 \pm 13 51 \pm 13	0,7
Participación religiosa frecuente (n 45) Participación religiosa ocasional (n 69)	50 \pm 13 51 \pm 13	0,7
Con intolerancia a la lactosa (n 26) Sin intolerancia a la lactosa (n 88)	57 \pm 9 49 \pm 13	0,03
Con comorbilidades**(n 65) Sin comorbilidades (n 49)	54 \pm 12 46 \pm 13	0,002

*FUPACEL: Fundación Paraguaya de Celíacos.

**Comorbilidades: enfermedad tiroidea, depresión, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

Aplicando análisis de regresión lineal múltiple, el sexo femenino, el grupo etario >30 años y aquellos con actividad fuera del hogar mantuvieron en CD-QOL puntajes elevados y estadísticamente significativos ($p < 0,05$). Trece casos (11,4%) refirieron sentirse deprimidos, aunque esta condición no se relacionó con la CVRS. Catorce celíacos (12,2%) padecían también afecciones tiroideas.

No se encontró correlación significativa entre los puntajes del CD-QOL y el tiempo que llevaban con DSG.

DISCUSIÓN

La CVRS en los celíacos es un concepto multidimensional que incluye mediciones reportadas por los propios sujetos sobre su salud física y mental, no puede ser medida con marcadores bioquímicos estandarizados. Por ello, puede variar ampliamente entre las distintas poblaciones, lo que motivó esta investigación¹³. La encuesta utilizada ha demostrado en varios estudios alta fiabilidad y validez de constructo, en comparación con otras escalas genéricas. Al medir factores físicos, psicológicos y deterioro de las funciones diarias, la convierte en un método efectivo para determinar la CVRS en sujetos con EC^{13,21}.

La media del CD-QOL detectada ($50,8 \pm 13,5$) es similar a la obtenida por Rodríguez Almagro et al¹⁵, Ramírez-Cervantes et al¹⁹ y Castilhos et al¹⁸ con el mismo cuestionario. Este hallazgo es notable considerando que estos países son diferentes en muchos aspectos como el nivel socioeconómico y cultural¹⁵. No obstante, en los Estados Unidos, la media detectada con el mismo cuestionario fue más elevada: $68,9$ ²². Estableciendo puntos de corte propuestos por Casellas et al¹⁷ se halló que la CVRS

predominante fue la regular (49%), similar a los primeros autores citados^{15,18,19}.

La mayor participación del sexo femenino en esta encuesta puede deberse a que la EC predomina en las mujeres^{1,2}. El mayor puntaje en CD-QOL en el sexo femenino coincide con la mayoría de los reportes^{6,10} aunque otros muestran lo contrario o que no existe diferencia en el género^{15,22}. Estas diferencias podrían deberse a factores locales socioculturales que deben investigarse a fondo.

Los sujetos jóvenes de esta muestra, a semejanza de otros estudios, tuvieron menor puntaje en CD-QOL posiblemente por ser más exigentes, muchos en el periodo crítico de la adolescencia^{18,23}. Las comidas son una forma de relacionamiento humano y pueden impedir a muchos celíacos participar de las actividades fuera del hogar donde muchas veces no se tiene en cuenta esta restricción alimentaria²⁴. Los pacientes con DSG >2 años tuvieron mejor puntaje en CD-QOL, similar a otros estudios^{13,10,18}. Esto se debería a que, a mayor tiempo de DSG, mayor adaptación a esta restricción alimentaria.

La edad media de inicio de los síntomas fue de 18 ± 10 años pero la edad media de diagnóstico fue 21 ± 10 años. Esta diferencia traduce algo bastante común: el retraso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de EC²⁵. Éste depende bastante de la capacidad intuitiva de cada médico, de su familiaridad con esta enfermedad y las formas clínicas de presentación. Se sabe que las formas silentes y atípicas son un desafío para los profesionales de la salud²⁵. En Paraguay, solo 62,7% de los celíacos debutan con la clásica diarrea crónica, lo que explicaría este retraso en el diagnóstico²⁰.

La DSG es compleja, costosa, restrictiva y difícil de cumplir^{6,23}. El cumplimiento de una estricta DSG se asocia habitualmente a mejor CVRS^{13,25}.

Sin embargo, en este estudio no se encontró esta asociación en forma significativa, así como se detectó recientemente en Italia con dos cuestionarios diferentes¹⁶. Si bien los pacientes de esta investigación realizan una estricta DSG en sólo 33%, dicha frecuencia se encuentra en el rango descrito por diversos estudios: de 17 a 80%^{3,5-8}. Por otro lado, la falta total de adherencia a DSG es reportada en varios estudios entre 0-32% y en este medio fue 9%⁶. Múltiples factores pueden influir en las trasgresiones alimentarias, tema pendiente a ser evaluado a nivel local¹³.

Según un meta-análisis, la adherencia a la DSG mejora pero no normaliza la CVRS¹³. No obstante, revisiones actuales no pueden establecer si la DSG mejora o no la CVRS debido a que existen múltiples factores que hacen a esta dieta difícil de llevarse: costos, accesibilidad, palatabilidad, etcétera^{24,26}. Un estudio realizado en 2016 en Chile demostró que los alimentos sin gluten están menos disponibles, son tres veces más costosos y contienen menos proteínas y vitaminas²⁷. Se desconoce esta situación y su implicancia en la CVRS en Paraguay, donde los alimentos derivados del maíz y mandioca, de fácil acceso, forman parte del acervo cultural. Aún en países muy desarrollados, llevar una DSG se considera difícil y costosa, pero no influye negativamente en la CVRS de los celíacos²¹. Una amplia revisión publicada por Hall et al, no detecta una asociación entre los factores sociodemográficos y económicos con la adherencia a DSG⁶. Este tema queda pendiente de estudio en Paraguay.

El impacto biopsicosocial de la EC es importante en la CVRS²⁸. Llamó la atención el alto porcentaje de pacientes que no realizan actividad deportiva ni religiosa a pesar de ser principalmente jóvenes. Esto podría interpretarse como una forma de aislamiento social para evitar la ansiedad o vulnerabilidad relacionada con las

comidas^{24,29}. Otra posibilidad es la presencia de depresión, hecho muy asociado a la EC por los sentimientos de miedo, negación y ansiedad que genera un nuevo estilo de vida^{6,26,30}. En efecto, 25% de los pacientes manifestaron sentirse deprimidos por padecer la EC y 28% considera que no hay suficientes elecciones alimentarias para su tratamiento.

Los sujetos con situación económica familiar estable presentaron mayor puntaje, aunque no significativa, en CD-QOL. Esto coincide con un estudio similar realizado en otro país latinoamericano donde no se encontró asociación significativa entre el ingreso familiar y CD-QOL¹⁸.

Los celíacos que asisten en forma regular y ocasional a FUPACEL tuvieron mejor puntaje en el CD-QOL, similar a lo reportado por Lee et al²². La inasistencia detectada (77%) podría deberse a múltiples factores: los nuevos métodos de comunicación masiva, la distancia de los asociados al lugar de reunión, etc. Este tema fue investigado a fondo en Estados Unidos, detectándose que sólo 58% concurren regularmente a estos grupos de autoayuda y que aquellos que mantienen contacto sólo por internet tienen peor CVRS²². Una aplicación práctica de esta conclusión es que todo celíaco recién detectado debe remitirse a los grupos de autoayuda y nutricionistas especializados en el tema de la DSG⁶.

Resultó llamativo que los celíacos con otras enfermedades (depresión, afecciones tiroideas, diabetes mellitus e hipertensión arterial) tuvieron mejor puntaje en CD-QOL cuando es sabido que la presencia de comorbilidades son factores reconocidos de mala CVRS^{6,10}. Este fenómeno se debería a que los portadores de otras patologías tuvieron más comunicación con sus médicos y por ende mejor contención.

La elevada frecuencia (32%) de dermatitis herpetiforme está acorde a un reporte epidemiológico realizado en 2011 en Paraguay (33,8%)²⁰. Artículos de revisión a nivel mundial mencionan prevalencias menores (15-25%)³⁰. Esta diferencia se explicaría a que muchos celíacos confunden algunas dermatopatías con la dermatitis herpetiforme.

Los reportes indican que la CVRS de pacientes con EC se encuentra significativamente reducida antes del diagnóstico y mejora con la DSG a sabiendas que la misma también altera en algunos sujetos sus actividades familiares, sociales y laborales debido a que es en su mayoría restrictiva y costosa^{5,7,11,28}. Sería importante para estudios posteriores poder aumentar el número de pacientes e incluir a las otras sedes de FUPACEL que se encuentran en Paraguay. Así mismo, se debería investigar la CVRS antes y después del diagnóstico²⁴.

Otra limitación de este estudio es que no determinó el fenotipo diagnóstico, la persistencia de síntomas con DSG ni el nivel de conocimientos sobre la EC^{10,13}. La adherencia a la DSG fue autorreportada, no verificada con serología ni histología⁶. Los datos obtenidos en esta investigación (considerada representativa de Paraguay ya que la mayor parte de los sujetos provenía de un ambiente extrahospitalario) permitirán detectar a los celíacos en riesgo de mala CVRS y tomar medidas para facilitar su tratamiento dado que muchos de esos factores son modificables¹³.

CONCLUSIÓN

La calidad de vida de los celíacos adolescentes y adultos según el cuestionario CD-QOL es regular en 49% de los encuestados. Las condiciones asociadas significativamente a mejor calidad de

vida fueron el sexo femenino, el grupo etario >30 años y que realizan actividades fuera del hogar.

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora María Elena Aguilera de Chamorro por su colaboración para la realización de las encuestas en la Fundación Paraguaya de Celíacos.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hardy MY, Tye-Din JA. Coeliac disease: a unique model for investigating broken tolerance in autoimmunity. *Clin Transl Immunology*. 2016 Nov 2;5(11):e112.
2. Shannahan S, Leffler DA. Diagnosis and Updates in Celiac Disease. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2017 Jan;27(1):79-92.
3. Rajpoot P, Sharma A, Harikrishnan S, Baruah BJ, Ahuja V, Makharia GK. Adherence to gluten-free diet and barriers to adherence in patients with celiac disease. *Indian J Gastroenterol*. 2015 Sep;34(5):380-6.
4. Pham-Short A, Donaghue KC, Ambler G, Garnett S, Craig ME. Quality of Life in Type 1 Diabetes and Celiac Disease: Role of the Gluten-Free Diet. *J Pediatr*. 2016 Dec;179:131-138.e1.
5. Moreno ML, Rodríguez-Herrera A, Sousa C, Comino I. Biomarkers to Monitor Gluten-Free Diet Compliance in Celiac Patients. *Nutrients*. 2017 Jan 6;9(1). pii: E46.

6. Hall NJ, Rubin G, Charnock A. Systematic review: adherence to a gluten-free diet in adult patients with coeliac disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009 Aug 15;30(4):315-30.
7. Norström F, Lindholm L, Sandström O, Nordyke K, Ivarsson A. Delay to celiac disease diagnosis and its implications for health-related quality of life. *BMC Gastroenterol.* 2011 Nov 7;11:118.
8. Casellas F, Rodrigo L, Lucendo AJ, Fernández-Bañares F, Molina-Infante J, Vivas S, et al. Benefit on health-related quality of life of adherence to gluten-free diet in adult patients with celiac disease. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015 Apr;107(4):196-201.
9. Catassi C, Fasano A. Tempters and Gluten-Free Diet. *Nutrients.* 2016 Dec 3;8(12). pii: E786.
10. Kurppa K, Collin P, Mäki M, Kaukinen K. Celiac disease and health-related quality of life. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2011 Feb;5(1):83-90.
11. Gray AM, Papanicolaou IN. Impact of symptoms on quality of life before and after diagnosis of coeliac disease: results from a UK population survey. *BMC Health Serv Res.* 2010 Apr 27;10:105.
12. Urzúa M A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil.* 2010 Mar;138(3):358-65.
13. Burger JP, de Brouwer B, Int'Hout J, Wahab PJ, Tummers M, Drenth JP. Systematic review with meta-analysis: Dietary adherence influences normalization of health-related quality of life in coeliac disease. *Clin Nutr.* 2016 Apr 30. pii: S0261-5614(16)30067-X.
14. Khanna D, Tsevat J. Health-related quality of life: an introduction. *Am J Manag Care.* 2007 Dec;13 Suppl 9:S218-23.
15. Rodríguez Almagro J, Hernández Martínez A, Lucendo AJ, Casellas F, Solano Ruiz MC, Siles González J. Health-related quality of life and determinant factors in celiac disease. A population-based analysis of adult patients in Spain. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016 Apr;108(4):181-9.
16. Marchese A, Klersy C, Biagi F, Balduzzi D, Bianchi PI, Trotta L, et al. Quality of life in coeliac patients: Italian validation of a coeliac questionnaire. *Eur J Intern Med.* 2013 Jan;24(1):87-91.
17. Casellas F, Rodrigo L, Molina-Infante J, Vivas S, Lucendo AJ, Rosinach M, et al. Transcultural adaptation and validation of the Celiac Disease Quality of Life (CD-QOL) Survey, a specific questionnaire to measure quality of life in patients with celiac disease. *Rev Esp Enferm Dig.* 2013 Nov-Dec;105(10):585-93.
18. Castilhos AC, Gonçalves BC, Silva MM, Lanzoni LA, Metzger LR, Kotze LM, et al. Quality of life evaluation in celiac patients from southern Brazil. *Arq Gastroenterol.* 2015 Jul-Sep;52(3):171-5.
19. Ramírez-Cervantes KL, Remes-Troche JM, Del Pilar Milke-García M, Romero V, Uscanga LF. Characteristics and factors related to quality of life in Mexican Mestizo patients with celiac disease. *BMC Gastroenterol.* 2015 Jan 22;15:4.
20. Real Delor RE, Arza G, Chamorro ME, Dalles I, Ibarra Douglas A. La Enfermedad celiaca en el Paraguay. *Rev Nac (Itaugua).* 2011;3(2):7-15.
21. Dorn SD, Hernandez L, Minaya MT, Morris CB, Hu Y, Leserman J, et al. The development and validation of a new coeliac disease quality of life survey (CD-QOL). *Aliment Pharmacol Ther.* 2010 Mar;31(6):666-75.
22. Lee AR, Wolf R, Contento I, Verdelli H, Green PH. Coeliac disease: the association between quality of life and social support network participation. *J Hum Nutr Diet.* 2016 Jun;29(3):383-90
23. Torres JB. Calidad de vida en pacientes con enfermedad celiaca en la edad pediátrica. *Gastroenterol Hepatol* 2016;39 Supl E2:31-2

24. White LE, Bannerman E, Gillett PM. Coeliac disease and the gluten-free diet: a review of the burdens; factors associated with adherence and impact on health-related quality of life, with specific focus on adolescence. *J Hum Nutr Diet*. 2016 Oct;29(5):593-606.
25. Pelegrí Calvo C, Soriano del Castillo JM, Mañes Vinuesa J. Calidad de vida y proceso diagnóstico en celíacos adultos de la Comunidad Valenciana. *Nutr Hosp*. 2012 Jul-Aug;27(4):1293-7.
26. Zingone F, Swift GL, Card TR, Sanders DS, Ludvigsson JF, Bai JC. Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United European Gastroenterol J*. 2015 Apr;3(2):136-45.
27. Estévez V, Ayala J, Vespa C, Araya M. The gluten-free basic food basket: a problem of availability, cost and nutritional composition. *Eur J Clin Nutr*. 2016 Oct;70(10):1215-1217.
28. Martínez Cerezo FJ, Castillejo G, Guillen N, Morente V, Simó JM, Tena FJ, et al. Psychological alterations in patients with adult celiac disease. *Gastroenterol Hepatol*. 2014 Apr;37(4):240-5.
29. Rocha S, Gandolfi L, Santos JE. Los impactos psicosociales generados por el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad celiaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2016 Feb;50(1):66-72.
30. Pinto-Sánchez MI, Bercik P, Verdu EF, Bai JC. Extraintestinal manifestations of celiac disease. *Dig Dis*. 2015;33(2):147-54.

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

SUBJECTIVE EXPERIENCE ANALYSIS IN WOMEN WITH BREAST CANCER

TÍTULO CORTO: ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA SUBJETIVA EN MUJERES

Miriam Belber-Gómez¹, Fátima Valencia-Agudo², María Eugenia De la Viuda-Suárez³

Tipología: Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

Para citar este artículo: Belber-Gómez M, Valencia-Agudo F, De la Viuda-Suárez ME. Análisis de la experiencia subjetiva en mujeres con cáncer de mama. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 71 - 85.

Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2021>

Recibido en agosto 12 de 2016

Aceptado en marzo 02 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

En este artículo se analiza la experiencia y necesidades psicológicas presentes en el discurso de las participantes durante una intervención psicoterapéutica grupal dirigida a mujeres con cáncer de mama. Se transcriben las sesiones del grupo y se realiza un análisis del discurso, recogiendo los temas más prevalentes. Las principales dificultades psicológicas recogidas son el cambio en su imagen corporal y su sexualidad, la nueva vivencia de las relaciones interpersonales, las repercusiones del discurso social sobre la importancia de las emociones positivas, el miedo a la recidiva, las relaciones con el personal sanitario y los cambios tras la enfermedad. Se recogen aspectos que las pacientes consideran factores de ayuda en el grupo (sentirse comprendidas, ver a las compañeras como modelos de afrontamiento o cambiar su relación con la enfermedad). Se apuntan implicaciones clínicas para una mejora en la atención integral a las pacientes con cáncer de mama.

Palabras clave: Psicoterapia de grupo; Neoplasias de la mama; Salud mental; Atención plena; Investigación cualitativa.

ABSTRACT

In this article the psychological experience and needs shown in the discourse of women diagnosed with breast cancer in a psychological group intervention were analyzed. The sessions are transcribed and a discourse analysis is performed, selecting the most prevailing topics. The main psychological difficulties perceived by the participants

1. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Son Espases. España. Correo: miriambelber@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-7691-7371>

2. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias. España. Correo: fatima-valencia@hotmail.es - <http://orcid.org/0000-0001-6097-6716>

3. Licenciada en Psicología, especialista en Psicología Clínica. Hospital Universitario Central de Asturias. España. Correo: euvisu@hotmail.com - <http://orcid.org/0000-0003-0642-2290>

are the following: body identity change, sexuality changes, new quality of interpersonal relationships, implications of positive thinking culture, fear of recurrence, the relationship with the hospital staff, and change after diagnosis. The aspects that the group considered helpful are also addressed, i.e. feeling understood by the others, seeing the rest of participants as coping models, changing their relationship with the illness. Several clinical implications are highlighted in order to improve a comprehensive care.

Keywords: Psychotherapy Group; Breast Neoplasms; Mental Health; Mindfulness; Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres de todo el mundo y la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres europeas. Se estima que el riesgo de padecer cáncer de mama a lo largo de la vida es de una de cada ocho mujeres¹.

Gracias a los avances médicos en el tratamiento y detección temprana de este tipo de enfermedades, la supervivencia ha aumentado de una manera relevante. Si bien a nivel fisiológico parece que cada vez hay mayores avances, a nivel psicológico el cáncer supone grandes costes personales y sociales, somete a las personas afectadas y su familia a un gran número de sucesos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento, durante intervalos largos de tiempo, que amenazan su trayectoria vital².

Los procesos psicológicos por los que pasa una persona al ser diagnosticada con cáncer tienen una serie de particularidades. La experiencia de enfermedad y cercanía a la muerte hace que los esquemas que componen la propia identidad del “yo” se vean amenazados y tengan que volver a reconstruirse. La lucha contra la enfermedad altera la percepción del presente y del futuro³.

Por ello, el objetivo psicoterapéutico principal debe dirigirse a facilitar la adaptación a una situación cambiante y de alto riesgo, fortaleciendo la percepción de controlabilidad

y otros recursos, tanto internos como externos, de tal modo que la percepción subjetiva de sufrimiento disminuya y aumente la capacidad de afrontamiento adaptativo. Se hace necesaria una intervención dirigida a reafirmar y normalizar sus sentimientos, reconocer y validar las necesidades de expresión emocional y de integración de los “pedacitos” del yo que han quedado quebrados tras la experiencia de cáncer³.

Se han propuesto diferentes formas de apoyo psicológico y terapias⁴⁻⁷ que pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos y facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad. Dentro de las propuestas de apoyo y reintegración psicológica se encuentra la psicoterapia grupal. La literatura muestra una mejoría de los grupos de terapia en pacientes con cáncer, incluyendo mejora en el estado de ánimo, capacidad de afrontamiento y ajuste al cáncer y al dolor. Este tipo de intervención facilita el cambio de actitudes, conductas y emociones, a través de la reflexión conjunta, el intercambio de experiencias, el autoconocimiento y el apoyo mutuo⁸.

En cuanto al tipo de metodología que emplea este tipo de estudios, suele utilizarse frecuentemente la cuantitativa. Sin embargo, en el ámbito del cáncer existen trabajos que se encargan de recoger de forma directa las vivencias personales en torno a la enfermedad y las necesidades psicológicas de las pacientes⁹⁻¹². En síntesis, serían cuatro áreas las que se ven mayormente afectadas en supervivientes de cáncer de mama:

la conciencia sobre la propia muerte, la vivencia de una certera incertidumbre, la validación de los vínculos de apego y la redefinición de la identidad del yo¹³.

Si se tiene en consideración lo expuesto, se hace necesario un abordaje psicoterapéutico integral donde primen y se tengan en cuenta las necesidades psicológicas de las personas. Para ello, se entiende como fundamental atender a la experiencia de las propias pacientes, conociendo sus percepciones en torno a las cuestiones que les generan mayor malestar emocional y acerca de las intervenciones que valoran de forma positiva.

Mediante el presente trabajo se pretenden los siguientes objetivos: analizar de manera cualitativa la experiencia de las mujeres con cáncer de mama en torno a la enfermedad, los tratamientos y el malestar psicológico; recoger las necesidades psicológicas y clínicas que reflejan en su discurso; y plantear y reflexionar sobre posibles propuestas terapéuticas en base al análisis de su discurso y necesidades.

MATERIALES Y MÉTODOS

Muestra

Las participantes fueron todas mujeres que padecían un proceso de cáncer de mama. Los criterios de inclusión fueron padecer un proceso oncológico diagnosticado en los últimos 18 meses, estar recibiendo atención psicológica en el Servicio de salud mental de enlace del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) e interés en participar. Los criterios de exclusión fueron diagnósticos recientes (menos de un mes) y padecer un trastorno mental grave.

Asistieron al tratamiento grupal un total de seismujeres de las cuales cinco finalizaron el programa psicoterapéutico.

El rango de edad de las participantes estaba comprendido entre los 35 y los 64 años ($X=46,5$ años, $DT= 10,76$). El 66,6% de las mujeres estaban casadas mientras que el 33,3% estaban en situación de soltería. Al inicio del grupo casi las tres cuartas partes de las usuarias estaban en situación de baja laboral por enfermedad (66,6%) mientras que una de ellas había perdido su trabajo y otra ya se había incorporado a su puesto habitual.

Respecto a los tratamientos aplicados, el 83,3 % seguía recibiendo tratamiento activo en el momento de comenzar el grupo mientras que el 16,6 % ya no estaba recibiendo ningún tipo de tratamiento.

Procedimiento

Las evaluaciones y las sesiones grupales fueron realizadas en las instalaciones del Servicio de salud mental de enlace del HUCA. El programa grupal fue aplicado por tres Psicólogas Internas Residentes (PIR) bajo la supervisión de Psicólogos Clínicos pertenecientes al servicio.

La elección de las participantes se realizó por parte de los profesionales del Servicio de salud mental de enlace del HUCA. Seleccionaron a aquellas pacientes que estaban recibiendo tratamiento psicológico que se adecuaban a los criterios de exclusión e inclusión.

Antes de consolidar el grupo se les aplicó una pequeña entrevista semiestructurada donde se recogían aspectos referentes a variables sociodemográficas y clínicas. Se les explicó de manera breve el funcionamiento del grupo y se aprovechó para resolver las dudas que pudieran surgir. Además, se les solicitó consentimiento informado por escrito.

Se aplicó un programa de tratamiento en modalidad grupal en la sala de grupos del

servicio. Esta sala disponía de un espejo unidireccional para investigar los tratamientos grupales. Se aplicaron 10 sesiones cuya duración era de 90 minutos y con una frecuencia semanal. El formato del grupo fue cerrado al iniciar el primer módulo, aunque al comenzar el segundo se pudieron incorporar más participantes. La disposición de las participantes en el espacio era en círculo para favorecer la comunicación entre las usuarias. El formato fue semiestructurado introduciendo breves temas teóricos sobre un aspecto a trabajar, ejercicios de reflexión, prácticas experienciales y resolución de dudas.

Una vez finalizado el programa se les pedía a las usuarias que cubrieran de manera anónima una pequeña encuesta de satisfacción con el tratamiento grupal.

Evaluación

En la última fase se aplicó una encuesta para medir el nivel de satisfacción con el tratamiento. Es una encuesta anónima con tres ítems referentes a la valoración de los aspectos más positivos y negativos del grupo y un espacio para sugerencias y opiniones personales.

A su vez, cada sesión era transcrita mediante la observación detrás del espejo anotando las dinámicas que surgían en el grupo, los temas, preocupaciones y sugerencias que realizaban las usuarias. Todo ello quedaba registrado para su posterior análisis.

Intervención

El programa terapéutico fue creado basándose en materiales relacionados con tratamientos psicológicos grupales en pacientes con cáncer de mama y Terapias de Tercera Generación (TTG) aplicadas a este tipo de población. Se

decidió dividir el programa en dos módulos: 1) el primero consistía en trabajar aquellos aspectos psicológicos que más les preocupan a las pacientes con cáncer de mama utilizando una orientación basada en filosofía de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT); 2) en el segundo bloque se introducía la práctica de Mindfulness.

La estructura utilizada en las sesiones siempre era la misma: primero se resolvían dudas y se reflexionaba brevemente sobre la sesión previa; después se hacía una introducción teórica sobre un tema nuevo a trabajar; se hacían ejercicios prácticos; y finalmente se cerraba la sesión con un espacio de reflexión y con las conclusiones principales sobre el taller.

La orientación escogida era acorde a la filosofía de las TTG, es decir, se utilizaban las premisas de no juzgar, dejar fluir, aceptación incondicional de las usuarias y sus comentarios además de favorecer la ventilación emocional y validar todas las expresiones que realizaban las usuarias.

Declaración sobre aspectos éticos

Se tuvo en cuenta lo dispuesto en la Declaración de Helsinki. Se les presentó el proyecto grupal y, una vez explicado y comprendido, se diligenció el formato de consentimiento informado por escrito, en el cual daban su autorización para que las sesiones fuesen supervisadas detrás del espejo unidireccional. Todas las participantes autorizaron la supervisión, transcripción y análisis de las sesiones para su posterior utilización con fines docentes o de investigación. Se garantizó la protección a la intimidad, a la confidencialidad y el derecho al anonimato tanto de los datos como de las entrevistas. Por tanto, este estudio respeta los principios éticos de las participantes.

RESULTADOS

Estudio descriptivo de metodología cualitativa en el que se analiza el discurso de las participantes por medio de las transcripciones, así como la impresión subjetiva de cada de ellas en la encuesta de satisfacción.

Análisis del discurso

Se exponen las cuestiones principales que aparecen en el discurso sostenido por las pacientes.

Dificultades de afrontamiento de la imagen corporal y problemas en la sexualidad

Todas las participantes coinciden en señalar lo complicado que les está resultando enfrentarse a su nueva imagen corporal. Una de las mayores dificultades está en relación a la cirugía, especialmente cuando ésta es radical. Algunas de ellas refieren no mirarse al espejo, llegando a colocar una toalla para taparlo cuando van a ducharse, y no haberse mostrado desnuda ante su pareja. Las pacientes dicen verse “como un cuadro abstracto” y en repetidas ocasiones se refieren a la operación “como una mutilación”. Otros cambios físicos que tuvieron un gran impacto en ellas fueron la caída del pelo y el aumento de peso.

Además de las consecuencias emocionales, todo esto tiene efectos en sus relaciones sociales, dado que evitan determinadas situaciones para que los demás no vean su aspecto. Con frecuencia temen que otras personas se den cuenta de la mastectomía y refieren episodios en los que están con alguien, pero se encuentran continuamente auto-observándose y preguntándose qué estarán pensando los otros.

Los cambios físicos tienen además efectos en su identidad como persona, y sobre todo

como mujer. Como se verá más adelante, son frecuentes las referencias a “ya no ser la misma”.

Sin embargo, a lo largo del desarrollo de las sesiones, las pacientes van contando sus avances en torno a este tema. Cómo se han atrevido a mirarse y no ha sido tan terrible o cómo han podido construir significados en torno a la situación que les ayuden a salir adelante. Por ejemplo, una de ellas, que había sufrido mucho en relación al cuerpo y hablaba de “mutilación”, cuenta que ha empezado a plantearse que pese al cambio corporal sigue siendo ella y que las intervenciones quirúrgicas fueron necesarias para salvar su vida.

En cuanto a la sexualidad, comentan que es un tema del que no habían podido hablar con nadie, y para muchas de ellas es en el espacio del grupo cuando pueden hacerlo por primera vez. Se trata de algo tabú, algo que nadie plantea, que no sale en televisión cuando se aborda el cáncer de mama. Es un tema del que tienen muchas dudas y refieren no haber sido informadas de los efectos que los tratamientos podrían tener en el deseo sexual o en la respuesta de excitación. De alguna forma, se les ha insistido desde el sistema sanitario que no deben preocuparse por eso (al igual que ocurre con la imagen corporal), ya que lo fundamental es sobrevivir. Parece que ni siquiera es un tema que traten con sus parejas. Además de dificultades relacionadas con los efectos físicos de los tratamientos, también reconocen la influencia de afectaciones psicológicas, como por ejemplo el miedo al rechazo por parte de sus parejas o el no verse atractivas.

Vivencias en torno a las relaciones interpersonales

Las pacientes comentan con frecuencia experiencias tanto positivas como negativas en la relación con otras personas tras la aparición de la enfermedad. Por una parte, refieren situaciones

en las que sintieron incompreensión y banalización de lo que sentían por parte de los demás. Ellas mismas reconocen en muchos casos que es probable que la otra persona no hiciese o dijese algo con mala intención, pero ponen de manifiesto las dificultades del entorno para adaptarse a sus necesidades. Una paciente lamenta que cada vez que habla del tema le dicen que no se preocupe y que se anime, cuando para ella el estado de ánimo no es algo que dependa completamente de su voluntad. En otros casos, personas cercanas insisten en hablar del tema y preguntan cómo se encuentran, cuando ellas prefieren hablar de otras cosas o distraerse durante un rato de su situación.

Algunas de las mujeres refieren comentarios desagradables, inapropiados y preguntas indiscretas acerca de su estado físico. Asimismo, parece que varias de ellas sufrieron experiencias en las que otras personas las culpabilizaron o responsabilizaron de sufrir la enfermedad por el estilo de vida previo que tenían.

A pesar de su percepción de que la familia no siempre sabía cómo apoyarlas, las participantes sí valoraban tenerles ahí y reconocían la parte en la que sí habían sido ayudadas de forma muy positiva. Esto se puso especialmente de manifiesto ante una de las tareas que se sugirieron en el grupo, que consistió en pedir a alguien significativo que escribiese en un sobre cerrado una carta contando qué cosas valoraba y admiraba de la paciente, momentos importantes que habían vivido juntos, etc. Las cartas fueron leídas en la sesión y el resultado fue una experiencia muy emocionante, en la que fue patente que todas ellas, a pesar de las dificultades, tenían alguna figura de apego estable en la que apoyarse en momentos difíciles.

Repercusión del discurso social acerca de las emociones positivas

Las pacientes del grupo comentan en repetidas ocasiones el malestar que les produce que las

animen a encontrarse contentas e incluso a ver la enfermedad como una oportunidad, dado que, de esta forma, favorecerán la recuperación. Todas coinciden en señalar que el cáncer no puede ser visto como algo positivo. Algunas de ellas han llegado a experimentar situaciones en las que se les responsabilizaba de su enfermedad, como es el caso de una paciente que cuenta que su madre le dijo que “esto se lo había causado ella misma por su pesimismo”.

Son frecuentes también los sentimientos de rabia e indignación, planteando que no es posible ver en el cáncer algo bueno. Hacen referencia a la imagen distorsionada que se ofrece por parte de algunos personajes famosos que han sufrido esta enfermedad, ya que se presentan como triunfadores, con una vida enriquecida y mejorada tras el proceso, y sin marcas visibles del cáncer ni de sus tratamientos.

Relación con el personal sanitario y necesidades en dicho contexto

En cuanto a la relación con los profesionales, parecen haber vivido situaciones muy dispares. Por un lado, hubo momentos en los que se sintieron bien atendidas y personas con las que incluso llegaron a establecer un vínculo emocional y que fueron un apoyo en momentos difíciles. Tal es el caso de una enfermera que ayudó a una paciente a mirarse al espejo tras la mastectomía, y con la que pudo llorar y expresarse. Por otra parte, fueron frecuentes los relatos de experiencias de intenso malestar en el contexto del hospital. En general, las pacientes perciben falta de información acerca de aspectos prácticos y de cuidado personal cuando están llevando a cabo un determinado tratamiento (sujetadores, pelucas, ejercicio, etc.). En el grupo ponen en común diferentes pautas que les han dado acerca de alguna determinada cuestión, algunas veces contradictorias. Sienten además desinterés del personal por dar solución a sus

preguntas y dudas sobre estos temas (lo cual quizás está motivado por sus dificultades para abordarlos con las pacientes).

Otra preocupación importante es la sensación percibida de pérdida de intimidad y de despersonalización en el hospital, de ser un número de historia clínica más. Comentan experiencias en las que el personal les pidió desnudarse en áreas que no aseguraban lo suficiente la privacidad, lo cual fue vivido como una falta de respeto.

Cambio en la identidad

La mayoría eran mujeres muy activas antes del diagnóstico, con un importante nivel de responsabilidad. Trabajaban, cuidaban de los demás y disfrutaban del ocio. En estos momentos tienen dificultades para “reconocerse a sí mismas”, ya que en muchos casos han perdido el rol con el que más se identificaban. En el ámbito laboral, la mayoría están de baja y una de ellas perdió su trabajo tras el diagnóstico. Se plantean qué sucederá en el futuro y cómo podrían replantearse su vida, dado que a algunas las secuelas les impedirán retomar la actividad previa.

Los estados emocionales que sienten en la actualidad fomentan esta sensación de cambio. Si antes estaban alegres, satisfechas con sus vidas y con planes y proyectos, ahora se encuentran tristes, apáticas y, en ocasiones, con una visión restringida del futuro. Esto hace que digan cosas como “ya no soy la misma” o “no me reconozco”. Son frecuentes las referencias al fracaso.

En las últimas sesiones se perciben cambios en el discurso del grupo en relación a este tema. La paciente que había perdido el trabajo cambia su actitud y plantea la nueva situación como algo a lo que ha de hacer frente de la mejor manera posible, “hay que reinventarse”. Se genera un

discurso en el que se reconoce que tras esta experiencia “es imposible volver a ser la misma”, pero “nadie puede decir que en ese cambio tenga que ser todo negativo”.

Cambios tras la enfermedad

Varias de las pacientes se muestran reticentes a reconocer cambios positivos en su entorno y en sus capacidades de afrontamiento tras la aparición de la enfermedad. Una cuestión en la que coincidía la mayoría fue en afrontar de forma activa situaciones sociales en las que antes se mostraban inhibidas. Refieren mayor capacidad para responder ante los abusos, ya sea en el ámbito laboral o en el entorno de la familia.

Plantean también el no dar tanta importancia a cosas que no la tienen, preocupándose solo por temas relevantes y reconociendo que determinadas personas de su entorno presentan limitaciones que tendrán que aceptar. En relación con esto, se observa que utilizan en mayor medida el humor al enfrentarse a los problemas.

En cuanto a las relaciones sociales, parece que esta experiencia les ha ayudado a discriminar entre aquellas personas en las que pueden confiar y aquellas con las que es necesario guardar cierta cautela. En ciertos casos, la aparición de la enfermedad dio lugar a una mayor intimidad en las relaciones interpersonales. Este es el caso de una paciente y su pareja, que decidieron irse a vivir juntos después de años de relación.

Otro aspecto observado fue una mayor apreciación del presente y por las experiencias del ahora. Esto se puso de manifiesto por ejemplo cuando una paciente cuenta que se despierta por la mañana y piensa “qué bien que sigo aquí”, o cuando refieren fijarse en los árboles o el paisaje al ir dando un paseo, o cuando una de ellas comenta que salió a la calle sin paraguas porque le apetecía sentir la lluvia.

Encuesta de satisfacción

En la encuesta las pacientes señalan entre los aspectos más positivos: conocer personas que atraviesan por una situación parecida, intercambiar experiencias, disminuir la ansiedad y el miedo, reducir la sensación de soledad, ver que la vida continúa, aumentar la confianza en una misma y poder ayudar a otras mujeres. En relación a los aspectos negativos plantean: el miedo al grupo antes de conocer al resto de participantes y ver que cada caso es diferente, aunque se trate de la misma enfermedad.

En lo que se refiere a las sugerencias, las pacientes plantearon: mayor número de sesiones, mejorar la coordinación entre diferentes departamentos del hospital, información acerca de temas que les generan dudas, realizar un tríptico informativo con aspectos físicos y psicológicos relacionados con la enfermedad y el tratamiento y generar grupos informales de apoyo mutuo.

DISCUSIÓN

Del relato de las pacientes se pueden concluir las necesidades que se enuncian a continuación.

En relación a la imagen corporal y sexualidad se encontró que se trata de una temática que les preocupa y a la que muchas veces no se le da la importancia suficiente desde los servicios sanitarios. La investigación indica los efectos que provocan en la autoestima, sexualidad e imagen corporal, el diagnóstico y los tratamientos para el cáncer de mama¹⁴. Las pacientes experimentan una profunda insatisfacción con la imagen corporal, que incluye la experiencia de sentirse mutilada, avergonzada, diferente, menos atractiva y femenina¹⁵⁻¹⁶. La imagen corporal se ve claramente afectada, tanto por la asimetría provocada por la cirugía, como por los efectos secundarios de los tratamientos, tales

como alopecia, aumento/disminución del peso corporal o quemaduras en la zona irradiada. Los cambios en la apariencia física pueden deteriorar la relación de pareja y las relaciones sexuales, siendo frecuente la disminución de las mismas o la aparición de algún tipo de trastorno sexual¹⁷⁻²⁰.

Por ello, la intervención psicológica en la imagen corporal en cáncer ha adquirido mucha importancia y representa un reflejo de la necesidad que tienen las pacientes de recibir una atención sanitaria que recoja el impacto emocional que provoca su diagnóstico y las dificultades de adaptación que surgen como resultado de los tratamientos²¹.

En sus relaciones personales surgen dificultades. Las mujeres asocian los tratamientos y sus consecuencias a tener cáncer, y de ahí surge un temor al estigma y se promueve el aislamiento social²²⁻²³. Aunque en el discurso de nuestras pacientes se aprecie la intención de los demás de reducir el malestar de la paciente, ellas no lo viven así. Todo ello, lleva a las pacientes a evitar con frecuencia el contacto social y a aislarse, teniendo en cuenta además que no quieren preocupar a la familia y a los amigos con su malestar físico y psicológico.

En la familia surgen cambios en los roles, la mujer afectada pasa de ser la cuidadora principal de personas dependientes a cargo a ser cuidada por el resto de miembros familiares rompiendo con los estereotipos sociales y culturales asociados al rol de la mujer²⁴.

En un estudio cualitativo sobre la vivencia de mujeres con cáncer de mama²⁵ concluyen que el apoyo social otorgado por amigos, familiares o personas que han pasado por situaciones similares, fue fundamental en el proceso de afrontamiento de la enfermedad. Otras investigaciones han destacado la relevancia del

apoyo social de la familia²⁶⁻²⁸, de la pareja²⁹ y del grupo de pares³⁰ para hacer frente a secuelas psicológicas y sociales derivadas del cáncer, mejorando el nivel de estrés, el ajuste a la enfermedad y la calidad de vida de la paciente³¹.

A nivel sociocultural existe una línea de pensamiento representada, por ejemplo, en libros de autoayuda³² que plantea que las emociones positivas y el deseo de curarse tienen mucha influencia sobre el resultado de la enfermedad así como estados emocionales negativos podrían empeorar el proceso e incluso causar la muerte. Si bien existen ciertas investigaciones acerca de la influencia de factores de personalidad y emocionales en la aparición y evolución del cáncer³³ no existe una evidencia clara a nivel científico³⁴.

Dicho discurso social que se transmite a través de los medios de comunicación y el entorno inmediato produce en estas mujeres paradójicamente sentimientos de intenso malestar, ya que la mayoría se encuentran tristes, sienten apatía, ansiedad y tienen miedo y no pueden hacer nada para dejar de experimentar estos sentimientos. Todo ello, les induce a pensar que sus reacciones no son normales, que están llevando a cabo un mal afrontamiento e incluso que están poniendo en peligro el proceso de tratamiento y sus vidas. En algunas publicaciones divulgativas sobre casos de personas conocidas que han sufrido esta enfermedad, parece transmitirse el mensaje de que para curarse basta con querer y poner mucho empeño en ello y poco más, confundiendo y exigiendo al paciente en un momento en que ello puede servir para culpabilizarlo o deprimirlo más³⁵. Holland y Lewis³⁶ usan el término “tiranía del pensamiento positivo” para explicarlo y dicen: “... para muchos pacientes, el cáncer es la experiencia más difícil y aterradora a la que se han enfrentado. Todas esas supercherías, que proclaman que si uno no tiene

una actitud positiva y está deprimido el tumor crece más rápidamente, invalidan las reacciones naturales y comprensibles de las personas ante algo que amenaza su vida”.

A nivel de los servicios sanitarios se sabe de la necesidad de información del paciente como uno de los déficits más comunes en la prestación de asistencia sanitaria, y entendiéndose que, para informar hay que saber comunicar³⁷. La incertidumbre, el miedo y la ausencia de expresión de sentimientos hacen que las pacientes y sus familiares estén ansiosos y sometidos a gran estrés. La mujer con cáncer de mama desea conocer y saber acerca de su enfermedad para poder controlar su vida, aclarar situaciones, resolver conflictos, terminar proyectos, dictar voluntades, disculparse e incluso despedirse en determinadas ocasiones; por lo que un buen manejo de la información por parte del personal sanitario, así como destreza y habilidad en comunicación, son fundamentales³⁸.

En la experiencia con mujeres con cáncer de mama, el profesional debe tener habilidades técnicas y de comunicación relacional que son básicas y en las que se fundamenta la relación médico-paciente³⁹.

A nivel de identidad se conoce que tanto la enfermedad como los tratamientos alteran el funcionamiento cotidiano y los roles establecidos además de la identidad personal, produciendo un duelo en múltiples aspectos. El cáncer puede situar a la persona en un espacio simbólico que le categoriza socialmente y le dota de características específicas hasta tal punto que, en ocasiones, la persona puede quedar socialmente resumida, reducida y anulada por la simple etiqueta diagnóstica⁴⁰.

Para muchas mujeres son los senos lo primero que las define como mujeres y la pérdida de un

pecho equivale a la pérdida de la feminidad⁴¹. Además, el pecho está relacionado fuertemente con la sexualidad y el atractivo físico además de con la maternidad y la lactancia⁴².

Frases como “esta no soy yo, quiero volver a ser la persona que era antes” son frecuentes en la consulta, frases que, hacen reflexionar sobre el papel que la identidad juega en los procesos de adaptación a la enfermedad. Se podría analizar cómo ha cambiado la visión que tienen de sí mismas las afectadas por cáncer como protagonistas de su mundo, abriendo la oportunidad de integrar en un mismo marco de experiencia dos eventos esenciales que puede generar la enfermedad: el sufrimiento y el crecimiento personal⁴⁰. Es precisamente en el discurso de nuestras pacientes donde se descubre esta nueva reconstitución de la identidad que se va co-construyendo en la dinámica grupal a través de sus interacciones y procesos personales.

De la literatura que se refiere a cambios tras la enfermedad se ha de tener en cuenta que el diagnóstico de cáncer no genera en sí mismo un cambio en sentido positivo, sino los procesos cognitivos asociados a la percepción de amenaza a la propia vida⁴³. Se podría decir que tras la enfermedad la persona confirma su fortaleza para superar dificultades por haber sobrevivido a lo peor, se siente más cercana y unida a los demás ante las dificultades, hay una voluntad para dejarse ayudar o utilizar el apoyo social que antes había ignorado. Muchas mujeres afirman que no consideran su vida más insatisfactoria que antes, sino que su vida actual es diferente. Esta forma de vida distinta tiene algunos aspectos que empeoran respecto a su calidad de vida previa, pero existen otros tantos aspectos que mejoran, como puede ser el cambio de valores y de sentido vital, que hacen que se perciba el mundo desde otro enfoque. En los períodos de confusión e incertidumbre que caracterizan al

cáncer, las personas pueden buscar activamente un significado en un intento de entender porque les ha ocurrido. La terapia facilita la reflexión de la propia vida, pudiéndose convertir la enfermedad en un punto de inflexión, a partir de la cual hacer cambios en un sentido positivo⁴⁴⁻⁴⁶. Esto es acorde al discurso de nuestras participantes y se extrae de sus verbalizaciones algunos cambios positivos tras la enfermedad. De las áreas referidas por Tedeschi y Calhoun⁴³ al menos cuatro coinciden en el discurso de las usuarias: mejora de las relaciones interpersonales, nuevas posibilidades, percepción de mayor fortaleza personal y apreciación por la vida.

En cuanto al análisis de la encuesta de satisfacción, las impresiones recogidas en la última sesión y en la consulta de valoración tras el desarrollo del grupo se pueden concluir varios aspectos.

Uno de los más importantes es que las pacientes consiguieron sentirse reflejada en el resto de participantes del grupo, lo que implica encontrar una validación a las propias emociones y experiencias. Se trata de “saber que una no es la única”, hay más personas que sufren esta enfermedad y sobre todo que se sienten de la misma manera. Todo ello parece llevar a una normalización del proceso, de forma que dejan de sentir que llevan a cabo un afrontamiento patológico. Así, las pacientes refieren encontrar en el grupo un nivel de comprensión que es difícil obtener fuera. El espacio grupal puede llegar a suponer una experiencia emocional correctiva⁴⁷ en lo que a relaciones interpersonales se refiere. Así, una mujer reconoce que le ha permitido volver a confiar en la gente, dado que tras malas experiencias en su entorno tras el diagnóstico, la sinceridad de las compañeras le permitió abrirse y comprobar que no la juzgaban. Parece que esto le está permitiendo actualmente “reinventarse” y reconstruir su vida y su futuro.

Sin embargo, las pacientes no solo recibieron del grupo validación y normalización, sino que las experiencias de las demás dieron lugar a una movilización de los recursos propios para enfrentarse a las situaciones. Una de ellas comenta que ver cómo las demás iban afrontando los problemas le hizo pensar que ella también podía hacerlo. En ocasiones, las soluciones aportadas en el grupo servían de guía para cada persona.

Además, relatan que el verse reflejadas en las demás dio lugar a un aumento de conciencia acerca de una misma y de sus estrategias, como por ejemplo una mujer que dice que la intervención le permitió “poder mirarse de forma más objetiva y ajustada”. Y por último, se observa que en el grupo se generaban dinámicas de cuidado y apoyo cuando alguna de ellas se encontraba peor (planteándole aspectos positivos, sugiriendo soluciones a su problema, etc.).

En general, se puede decir que el grupo ha servido para cambiar la relación con la enfermedad. La mayoría de las pacientes habían tenido experiencias previas con el cáncer, ya fuese en familiares o amigos. Esto hace que a la carga de significado social que la palabra cáncer tiene, se unan multitud de asociaciones personales. El poder hablar de todo ello e ir modificando en grupo los contenidos relacionados con la enfermedad, permitió a varias de las pacientes reducir su miedo al cáncer y a la recidiva

Para finalizar, se exponen a continuación algunas de las implicaciones clínicas de los resultados encontrados.

Como ya apuntaban trabajos previos⁹⁻¹², tras un proceso de enfermedad y tratamiento en el cáncer de mama se producen cambios drásticos en relación a la propia imagen y la identidad:

no sólo por cómo se ven las mujeres sino por cómo ellas sienten que las ven los demás. Acompañarlas con una actitud de respeto y cuidado en el proceso de enfrentarse a su nueva realidad corporal, en la pérdida de sus anteriores roles vitales, en la construcción de nuevos roles, así como hacer partícipes de este proceso a las personas que conforman su entorno íntimo, son temas que deben formar parte del tratamiento integral de las personas con cáncer de mama. Se confirman las alteraciones de las dinámicas relacionales apuntadas en otros estudios⁴⁸⁻⁵⁰, por lo que se torna fundamental detectar las posibles dificultades que surgen por miedos a la reacción de una misma o del otro y proporcionar espacios de encuentro y apoyo que posibiliten que todo esto pueda hablarse, elaborarse y enfrentarse con las personas de su entorno significativo.

Resulta fundamental manejar con cautela el discurso basado en el optimismo y el ánimo infundado con personas que sostienen una carga importante de malestar real. El intento de animar a personas que experimentan la necesidad de ser escuchadas en su malestar puede generar el efecto contrario al deseado: desalentar, culpabilizar o hacer enfadar a aquella persona a la que se intenta dar ánimos. El hecho de posibilitar conversaciones sobre el malestar y enfrentarse a la realidad del mismo puede generar efectos deseables (por ejemplo, de manera indirecta una actitud más positiva).

Según los cambios observados en las mujeres que participaron en este grupo terapéutico, y en congruencia con estudios previos^{51,8}, es positivo proporcionar espacios de encuentro entre mujeres con experiencias vitales similares para facilitar el apoyo mutuo, la comprensión y la normalización del malestar. Esto facilita el avance y afrontamiento conjunto de las dificultades inherentes al proceso oncológico.

Por lo general, las mujeres se sienten agradecidas y bien tratadas por los equipos sanitarios que están a su cargo. Sin embargo, les falta información fiable en relación a temas prácticos. La queja sobre la falta de cuidado de la privacidad y la intimidad de las pacientes durante las pruebas y el tratamiento, así como la descoordinación percibida entre los distintos profesionales de los equipos, repercuten negativamente en el bienestar de las pacientes. A pesar de los avances y el aumento de concienciación sobre la importancia del tratamiento integral del cáncer, la experiencia de estas mujeres advierte que aún queda trabajo por hacer. Sería interesante la elaboración de un breve protocolo informativo que abordase temas relevantes a considerar en los tratamientos oncológicos (la exposición al sol, la depilación, el uso de ropa interior, la sexualidad, etc.) que pudiera ser realizado por personal sanitario que estuviese en contacto con ellas antes de recibir dichos tratamientos. Por último, son necesarias reuniones entre profesionales de diferentes especialidades en las que estas necesidades puedan ser abordadas y se facilite así una verdadera atención conjunta a todas las esferas que puedan afectar a la calidad de vida de estas pacientes.

AGRADECIMIENTOS

A Javier Llamazares y María Eugenia Díez por haber compartido esta experiencia de Atención Continuada. A Sonia González, por la revisión del artículo que ha aportado ideas enriquecedoras y por haber sido una compañera y *R mayor* estu-penda.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés en la elaboración y publicación del presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Incidencia del cáncer de mama, actualizada en 2014. [Internet]. España. Disponible en: <https://www.aecc.es/sobreelcancer/cancerporlocalizacion/cancermama/paginas/incidencia.aspx>.
2. Cruzado JA, Olivares ME. Tratamiento psicológico de los pacientes con cáncer. Madrid: Pirámide; 2000.
3. Remor E, Arranz P, Ulla S. El psicólogo en el ámbito hospitalario. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2003.
4. Given C, Given B, Rahbar M, Jeon S, McCorkle R, Cimprich B, et al. Effect of a cognitive behavioural intervention on reducing symptom severity during chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2004; 22 (3): 507-16.
5. Lengacher CA, Johnson-Mallard V, PostWhite J, Moscoso, MS, Jacobsen PB, Klein TW, et al. Randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psychooncology*. 2009; 18 (12): 1261-72.
6. Rehse B, Pukrop R. Effects of psychosocial interventions on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Educ Couns*. 2003; 50 (2):179-86.
7. Smith SK, Hemdon JE, Lysterly HK, Coan A, Wheeler JL, Staley T, et al. Correlates of quality of life-related outcomes in breast cancer patients participating in the Pathfinders pilot study. *Psychooncology*. 2011; 20 (5): 559-64.
8. Rodríguez E, Font A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: Evolución de las emociones desadaptativas. *Psicooncología* 2013; 10 (2-3): 275-87.
9. Ochoa C, Sumalla E, Maté J, Castejón V, Rodríguez A, Blanco I, et al. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. *Psicooncología*. 2010; 7(1): 7-34.

10. Medín G. Supervivientes de cáncer infantil. Efectos en el tiempo. Un estudio cualitativo. *Psicooncología*. 2009; 6(2-3): 429-43.
11. Navarro E, Limonero J, Maté J, Gómez-Romero MJ. Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psicooncología*. 2010; 7(1): 127-41.
12. Hill-Schnipper H. Life after breast cancer. *J Clin Oncol*. 2001; 19(15): 3581-4.
13. Berterö C, Chamberlain M. Breast Cancer Diagnosis and Its Treatment Affecting the Self: A Meta-Synthesis. *Cancer Nurs*. 2007; 30(3): 194-202.
14. Narváez A, Rubiños C, Cortés-Funes F, Gómez R, García A. Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*. 2008; 5(1): 93-102.
15. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning in patients with breast cancer. *J Clin Oncol*. 1998; 16 (2):501-14.
16. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology*. 2006; 15 (7):579-94.
17. Die-Trill M, Die-Trill A. El cáncer de mama. En: Die Trill M, editor. *Psicooncología*. Madrid: ADES, 2003; p. 165-84.
18. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blomey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer*. 2000; 36(15):1938-43.
19. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et. al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma: a prospective study. *Cancer*. 2001; 92(5):1288-98.
20. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Gant PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*. 2000; 92(17):1422-9.
21. Sebastián J, Bueno MJ, Mateos N. Apoyo emocional y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. Factores psicosociales en cáncer de mama. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2002.
22. Frith H, Harcourt D, Fussell A. Anticipating an altered appearance: women undergoing chemotherapy treatment for breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2007; 11 (5):385-91.
23. Harcourt D, Frith H. Women's experiences of an altered appearance during chemotherapy: an indication of cancer status. *J Health Psychol*. 2008; 13 (5):597- 606.
24. Sumalla EC, Castejón V, Ochoa C, Blanco I. ¿Por qué las mujeres con cáncer de mama deben estar guapas y los hombres con cáncer de próstata pueden ir sin afeitar? *Oncología, disidencia y cultura hegemónica*. *Psicooncología*. 2013; 10(1): 7-56.
25. Barra C, Hidalgo M, Muñoz C, Reyes P, Ubilla P. Vivencia del diagnóstico y tratamiento en mujeres con cáncer de mama y su relación con el autoconcepto. [Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología]. Chile: Universidad San Sebastián. Facultad de Ciencias Sociales; 2008.

26. Arora N, Finney L, Gustafson D, Moser R, Hawkins R. Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends, and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psychooncology*. 2007; 16 (5): 474-486.
27. Carrasco P, Cea L. Construcción de significados asociados a los patrones de interacción familiar en mujeres con cáncer de mama, y su relación con el afrontamiento de la enfermedad. [Trabajo para optar al grado de Magíster en Psicología Clínica]. Santiago de Chile: Universidad Adolfo Ibáñez; 2007.
28. Luszczynska A, Mohamed N, Schwarzer R. Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psycho, Health & Med*. 2005; 10 (4): 365-375.
29. Tamblay A, Bañados B. Psicooncología del cáncer de mama. [Memoria para optar al Título de Psicólogo]. Chile: Universidad de Chile. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales; 2004.
30. Durá E, Hernández S. Los grupos de auto-ayuda como apoyo social en el cáncer de mama. Las asociaciones de mujeres mastectomizadas de España. *Bol de Psic*. 2003; 78: 21-39.
31. García F, Rincón P. Prevención de Sintomatología Postraumática en Mujeres con Cáncer de Mama: Un Modelo de Intervención Narrativo. *Ter psic*. 2011; 29 (2): 175-183.
32. Byrne R. *El secreto*. Barcelona: Urano; 2007.
33. Eysenck HJ. Cancer, personality and stress: prediction and prevention. *Adv Behav Res Ther*. 1994; 16(3): 167-215
34. Petticrew M, Bell R, Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*. 2002; 325 (7372): 1066-69.
35. Alonso C, Bastos A. Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Cli Cont*. 2011; 2 (2): 187-207.
36. Holland J, Lewis S. *La cara humana del cáncer. Vivir con esperanza, afrontar la incertidumbre*. Barcelona: Herder; 2003.
37. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A canadian and australian qualitative study. *BMJ*. 2004; 328 (7452): 1343.
38. Mallinger JB, Griggs JJ, Shields CG. Patient-centered care and breast cancer survivors' satisfaction with information. *Patient Educ Couns*. 2005; 57(3): 342-349.
39. Gámez GG. The nurse-patient relationship as a caring relationship. *Nurs Sci Q*. 2009; 22(2): 126-127.
40. Sumalla E, Ochoa C, Gil F, Blanco I. Sobretránsitos, identidades y crecimiento postraumático en cáncer hereditario. *Psicooncología*. 2009; 6(1): 7-25.
41. Carver CS, Pozo-Kaderman C, Price A, Noriega V, Harris S, Derhagopian RP, et al. Concerns about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosom Med*. 1998; 60 (2): 168-174.
42. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clín y Sal*. 2007; 18 (2): 137-161.
43. Calhoun LG, Cann A, Tedeschi G, McMillan J. A Correlational test of the relationship between posttraumatic growth, religion, and cognitive processing. *J Trauma Stress*. 2000. 13 (3): 521-7.
44. Bower JE, Meyerowitz B, Desmond KA, Benaards C, Rowland JH, Ganz PA. Perceptions of positive meaning and vulnerability following breast cancer: Predictors and outcomes among long-term breast cancer survivors. *Ann Behav Med*. 2005; 29 (3): 236- 45.

45. Schoen EG, Nicholas DR. Existential meaning through illness: the case of patients with breast cancer. *J Psychosoc Oncol.* 2004; 22: 61-76.
46. Tártaro J, Roberts J, Nosarti C, Crayford T, Luecken L, David A. Who benefits? Distress, adjustment and benefit-finding among breast cancer survivors. *J Psychosoc Oncol.* 2005; 23 (2-3): 45-64.
47. Alexander F, French TM. *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application.* New York: Ronald; 1946.
48. Holmberg S, Scott L, Alexy W, Fife B. Relationship Issues of Women With Breast Cancer. *Cancer Nurs.* 2001; 24 (1): 53-60.
49. Marcus Lewis F, Hammond MA, Woods NF. The family's functioning with newly diagnosed breast cancer in the mother: The development of an explanatory model. *J Behav Med.* 1993; 16(4): 351-70.
50. Takahashi M, Kai I. Sexuality after breast cancer treatment: Changes and coping strategies among Japanese survivors. *Soc Sci Med.* 2005; 61 (6):1278-90
51. Goodwin PJ, Leszcz M, Ennis M, Koopmans J, Vincent L, Guthrie H, et al. The Effect of Group Psychosocial Support on Survival in Metastatic Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2001; 345 (24):1719-26.

RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL DOCENTE DE ENFERMERÍA EN EL FOMENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

ETHICAL RESPONSIBILITY OF THE NURSING EDUCATOR IN THE PROMOTION OF THE QUALITY OF LIFE OF UNIVERSITY STUDENTS

TÍTULO CORTO: RESPONSABILIDAD ÉTICA DEL DOCENTE DE ENFERMERÍA

Tatiana González-Noguera¹, Berta Guevara-Rumbos²

Tipología: Artículo de Reflexión

Para citar este artículo: González-Noguera T, Guevara-Rumbos B. Responsabilidad ética del docente de enfermería en el fomento de la calidad de vida de estudiantes universitarios. *Duazary*. 2018 enero; 15 (1): 87 - 93.

Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2102>

Recibido en febrero 09 de 2017

Aceptado en abril 10 de 2017

Publicado en línea en septiembre 13 de 2017

RESUMEN

El interés central del presente documento es reflexionar sobre la responsabilidad ética del docente de enfermería en el fomento de la salud y calidad de vida de los estudiantes universitarios, teniendo en cuenta que la enfermería es considerada una profesión que actúa en beneficio de las personas con las que tiene una relación estrecha. Fomentar una buena salud en los estudiantes es una tarea que implica deberes éticos para la sociedad, para las instituciones de educación superior, de salud y esencialmente para enfermería. El profesional en enfermería es indispensable para producir cambios en el estilo de vida de los estudiantes, a través de los derechos y deberes éticos que emanan de la dignidad y que es esencial en la enseñanza de los más jóvenes. Como docentes universitarios hay que aceptar la responsabilidad de promover estilos de vida saludables que protejan la salud de los estudiantes y, por ende, la calidad de vida de los futuros profesionales integrales.

Palabras clave: Enfermería; Ética; Calidad de vida; Universitarios.

ABSTRACT

The main interest of this article is to reflect on the ethical responsibility of the nursing educator in the promotion of the health and quality of life of university students, taking into account that nursing is considered a profession that

1. Magister en Enfermería. Doctoranda en Enfermería. Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela. Docente Asociada. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Autor para correspondencia. Correo: tatygon@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-1095-1219>

2. Doctora en Enfermería. Docente de la Escuela de Enfermería. Universidad de Carabobo. Carabobo, Venezuela. Correo: b_j_guevara@hotmail.com - <http://orcid.org/0000-0002-2115-5779>

benefits the people in and around it. Promoting good health in students is a task that implies ethical duties of society, higher education institutions, health institutions and essentially of nursing. A nursing professional is instrumental in the transformation of student lifestyles embracing the rights and ethical duties tied to dignity and essential in the education of the youngest. As university educators, we must accept the responsibility of promoting healthy lifestyles that protect the health of students and, therefore, their quality of life as future integral professionals.

Keywords: Nursing; ethics; quality of life; university students.

INTRODUCCIÓN

Nightingale¹ escribe en sus *Notas sobre Enfermería*, que es y que no es: “La enfermería tiene el compromiso de cuidar la salud de las personas y colocar a las personas en la mejor condición” Conforme a estos preceptos, uno de los principales objetivos de la enfermería es el bienestar de las personas encomendadas a su cuidado, objetivo que puede cumplirse de manera independiente y es fundamental, según está planteado en el código deontológico de enfermería.

La enfermería se afianza como una disciplina consistente en conocimientos propios y un compromiso definido en el esmero de la salud de la población donde se desarrolla el trabajo profesional. Aún se nota una formación práctica de la enfermería dirigida hacia los cuidados curativos, en el esquema biomédico y hospitalario. Se separa esto del cimiento de la enfermería de la promoción de la salud², campo de acción estratégico, que busca el empoderamiento de los individuos, sensibilizándolos para la búsqueda constante en la recuperación de la calidad de vida de la comunidad.

Por otro lado, a la universidad se le asigna el compromiso de favorecer el progreso sostenible, integral y equilibrado de la sociedad, redescubriendo la relación entre lo que la universidad produce y lo que la comunidad aguarda de ella. Becerra-Heraud³ concluye

que la comunidad universitaria necesita una intervención y un compromiso institucional en fortalecer a la población con mayores riesgos, debido a que los factores de movilidad hacia grandes ciudades ocasionan impacto sobre la modificación de estilos de vida y tendencias al sedentarismo, nutrición poco balanceada, exposición y uso de sustancias psicoactivas y aislamiento familiar.

La enfermería debe facilitar el desarrollo de la calidad de vida de todos los individuos con las que tiene contacto, incluyendo los estudiantes universitarios, ya que en Colombia se acogen semestralmente estudiantes menores de edad, que entran a las aulas con múltiples expectativas traídas de sus ambientes educativos y socioculturales.

También, se exploró el modelo de promoción de la salud de Pender⁴, que considera la construcción de un modelo enfermero que respondiera al modo cómo los individuos acogen medidas acerca del mantenimiento de su propia salud, orientándolas hacia la obtención de comportamientos sanos. Este modelo se fundamenta en enseñar cómo esmerarse en poseer una vida saludable, economizando capital, dando autonomía a la gente y mejorando su salud.

Sin duda la carrera de enfermería requiere una exclusiva capacidad profesional y una dimensión ética, materializada en el código deontológico,

que establece los deberes relacionados con el ejercicio de la enfermería. Cualquier acción debe regirse por principios éticos que guíen el cuidado y la responsabilidad que conlleve al éxito de las prácticas en salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

En este estudio se reflexionará acerca de la responsabilidad ética del docente de enfermería. Usando como guía de análisis el paradigma del desarrollo endógeno formulado por Boisier⁵, quien se interesa por los escenarios de producción de toda la sociedad, no exclusivamente de la producción del capital y la acumulación de la fortuna territorial, sino de la condición de vida de los individuos.

Se realizó un análisis de bibliografía científica publicada en las bases de datos Scopus, Lilacs, Scielo, Redalyc y Medline. Sin limitación de fechas, en lengua portuguesa, inglesa y española. Para la selección se revisaron 80 artículos y proyectos obteniendo síntesis de cada uno para ser analizados decidiendo la inclusión en la revisión.

De la exploración, solamente 24 artículos proponían cuantitativa y cualitativamente el estudio del fenómeno. Los 56 artículos sobrantes quedaron eliminados debido a que sus explicaciones no estaban relacionadas con el artículo a realizar. Así mismo se descubrieron dos artículos no publicados relacionados con la temática.

Cabe señalar que se revisó el Código *Deontológico de Enfermería Colombiana, Modelos y teorías en enfermería* y políticas públicas sobre universidades colombianas, latinoamericanas y europeas en español afines con el tema. Una vez compilado este material se inició la categorización y ordenamiento en relación con el tema central.

Se llevó un análisis interpretativo y crítico para organizar y extractar los adelantos referidos al rol de enfermería en el modelo de promoción y prevención del fomento de la calidad de vida de estudiantes universitarios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Calidad de vida y bioética

Construir calidad de vida integral y armónica a partir de un concepto de autocuidado solo es posible después de comprender la interacción de los seres vivos con su medio ambiente y su mutua y profunda interdependencia. Esto es en sí un concepto bioético que implica el conocimiento y aceptación de derechos y deberes con y para los semejantes y el entorno natural. Con el fin de asegurar una mutua calidad de vida y desarrollar al ser humano como individuo y como especie⁶, al mismo tiempo que se protege el ecosistema para que la vida florezca y se desarrolle en todas sus formas. Enseñar esta noción de autocuidado requiere espacios civiles y políticos que deben partir de un pensamiento humanista⁷.

Boisier⁵ por su lado, apela a la solidaridad que surge de una colectividad y cuidado del otro, a los más débiles, solidaridad vista como cualidad moral y ética que garantiza la supervivencia de la especie. Esto implica una visión holística que comprende a la vida como lo común que subyace en sus múltiples manifestaciones y esto a su vez posibilita el desarrollo de las condiciones para que la vida misma continúe y se autoafirme⁸.

Es claro que la calidad de vida es un componente fundamental para el fortalecimiento humano holístico y esta es responsabilidad (moral, ética y política) de cada persona, familia, sociedad y del Estado, demostrado esto por indicadores cualitativos como cuantitativos. El autocuidado de la salud es requisito necesario para que

un ser humano prospere y logre las metas y proyecciones que anhela tanto en el ámbito personal como el social y ambiental. Solo la conciencia del autocuidado permite llegar a una vida de calidad⁹.

El inicio de la educación superior supone un proceso adaptativo a nuevos espacios, lo que implica cambios que, por supuesto, interfieren estilos de vida habituales, como entorno familiar, social, hábitos nutricionales y patrones de sueño, en consonancia con las actividades académicas universitarias, que difieren de la educación básica y media. En este proceso de adaptación universitaria se encuentra que los hábitos saludables dejan de ser rutinarios y con frecuencia son abandonados según lo manifestado por Pender⁴, inclusive en los estudiantes de ciencias de la salud.

La evolución de los métodos educativos ha cambiado el papel del educador. Se ha pasado de un proceso de transmisión unidireccional y de memorización de contenidos, con poca o ningún autonomía en los diseños curriculares, a un constante cambio e innovación educativa, con carácter individual y participativo, con responsabilidades sociales que impactan familias y comunidades, obligando a tener políticas educativas que propendan por un educador de calidad¹⁰.

Este nuevo docente se asume competente en su profesión, ética y socialmente, formado y capacitado para ser el nuevo protagonista que lidere la enfermería.

Siendo la universidad el centro donde convergen estudiantes, docentes y comunidades es natural que en la interacción se generen experiencias que permitan adquirir, adaptar y modificar la educación relacionada con el autocuidado físico y mental. Manteniendo, cambiando o

desarrollando patrones de vida sanos con el fin de garantizar condiciones óptimas de bienestar, trabajo, educación, actividad física, nutrición, descanso y recreación¹¹.

Este impacto que se genera en la educación, desde la interacción, se da en estudiantes, familias y en la sociedad, construyendo individuos y comunidades agentes de un cambio que propicia autoestima, creatividad, valores cívicos y morales que contribuyen al desarrollo de la calidad de vida¹².

Esta sencilla observación indica que la atención primaria en salud y las acciones específicas de promoción de la salud hacen énfasis en que el enfermero debe crear y mantener una comunicación fluida y continua con las personas en cuanto a las necesidades en sus áreas físicas, psicológicas, morales y espirituales y las condiciones adecuadas para que estos procesos se lleven a cabo¹³.

Esevidentequeunabuena promocióny educación en salud implica hábitos de vida saludable y que para esto se necesita la participación de los entes gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones cívicas que fomenten estilos de vida saludables, y desalienten las que no lo son, con el fin de facilitar el desarrollo de proyectos de vida exitosos¹⁴.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) opina que a pesar de los esfuerzos, la educación en salud sigue siendo deficiente y hace un llamado a los profesionales de la salud a ser mejores agentes de la salud educando en la promoción de estilos de vida saludable desde la infancia, en los distintos niveles familiares escolares, laborales y sociales¹⁵.

El profesional en enfermería es la persona más apta e idónea para desarrollar esta labor, dada su

preparación integral y su rol en la sociedad, que le permite intervenir, educar y ejecutar la promoción y atención en salud a la persona, familia, comunidad e instituciones de cualquier índole.

El modelo de promoción de la salud de Pender⁴, está compuesto por elementos cognitivos y perceptivos los cuales son transformados por agentes externos e internos de la persona. Se convierten así en comportamientos protectores para la salud que pueden ser: el valor que se le dé a la salud, la intervención sobre su salud y la ausencia de la enfermedad al máximo bienestar contribuyendo a la transformación de sus costumbres.

Por ser la salud un valor, su significado o importancia cambia de acuerdo a la experiencia y comprensión, generando actitudes y decisiones pertinentes al comportamiento beneficioso.

Un profesional de enfermería tiene preparación, destrezas y aptitudes que le permiten solucionar problemas, mediante procedimientos costo/eficiencia, enseñando a las personas como elegir las mejores opciones. Es esta su principal función, porque logra que la persona tome las decisiones que mejoren el cuidado de su salud.

La salud es un valor que debe ser enseñado en los distintos niveles educativos siguiendo los principios generales de la bioética: no maleficencia, justicia, equidad y autonomía valores universales independientes de las diferencias individuales, sociales políticas y religiosas. La beneficencia es actuar por el bien común, no solo respetando sus decisiones y protegiéndola del daño, sino también esforzándose en asegurar el bienestar de los universitarios, siendo la enfermería la llamada a liderar estrategias a nivel particular y colectivo^{16,17}.

Es urgente el trabajo en conjunto de las Instituciones Educativas (IE) y de salud para

buscar el desarrollo físico, psicológico, social y espiritual en el marco de la promoción de la salud. Esta implementación apoyada en los procesos de educación para la salud, comunicación social, alianzas estratégicas, intersectorialidad, interdisciplinariedad y establecimiento.

Es necesaria la capacitación permanente de los docentes haciéndolos competentes para aplicar y transmitir los conocimientos que permitan fomentar estilos de vida saludables.

El resultado es que a una mayor cercanía con el estudiante en sus procesos educativos, se identifique de mejor manera los procedimientos y estrategias que estimulen la salud y por ende la calidad de vida, mostrando beneficios a corto, mediano y largo plazo.

Autores como Meda et al¹⁸ expresaron que la promoción de la salud constituye un extraordinario valor agregado en el ámbito de la institución educativa. Una cada vez mayor y reciente oleada de estudios evidencian la relación entre estilos de vida y riesgos de morbilidad y mortalidad.

La Universidad Saludable tiene como objetivo formar estudiantes críticos, con autoconocimiento, capaces de expresarse, adaptarse y responder a las presiones sociales manteniendo sus capacidades de auto desarrollo e integración^{19,20}.

La educación, como elemento directriz de la promoción de la salud y cuidado de enfermería, en su misión de contribuir a humanizar la atención, espera una postura profesional ética con una actitud de respeto, flexible, justa y legítima hacia las personas que consultan²¹ Se procura así el respeto al estudiante como individuo y como componente social; es decir, una persona que participe de sus decisiones y sea facilitador de los procesos de salud²².

La humanización debe ser el marco general de la educación en salud, cambiando la actual práctica profesional, requiriendo de cada persona y de cada institución cambios en la actitud y procedimientos que formen sólidamente en una ética personal y laboral.

La educación en salud parte del propio medio ambiente del estudiante, constituyéndose en un recurso diario que implica grupos cercanos, familiares y sociales. La autovaloración, valoración de los otros y toma de decisiones para ejercer el control de su vida²³. Esto es posible en entidades educativas orientadas con valores y principios de vida saludable que mejoren el entorno estudiantil²⁴.

La presencia de enfermería en el campus universitario ha implicado una perspectiva distinta que involucra a la comunidad en el estudio epidemiológico y social de la salud, favoreciendo políticas focalizadas en las destrezas para la vida y la convivencia.

CONCLUSIÓN

Después del análisis basado en la teoría de Pender y las teorías de la bioética, es significativa la importancia que tiene el profesional en enfermería en la prevención y promoción del autocuidado. Este modelo explica la hoja de ruta para promover estilos de vida saludables. Se debe orientar la práctica hacia la educación en salud basada en modelos que involucren el medio ambiente y el desarrollo de valores y propósitos de cada individuo y de la sociedad.

La garantía de calidad es una responsabilidad profesional implícita en el cuidado, resultado de tener una base bioética y moral que regule las acciones de la enfermería, propósito e interés de los estamentos de las distintas universidades

para una formación integral según la propuesta de la OMS. Este es un proceso en fase de consolidación que involucra a todos los actores de la enseñanza en salud.

El profesional en enfermería debe desarrollar aptitudes para enseñar y practicar la promoción de la salud, cambiar paradigmas educativos propugnando modelos preventivos acordes con su espíritu científico de adoptar cuidados oportunos y adecuados para modificar conductas de riesgo remplazándolas por conductas saludables apoyándose en los valores bioéticos, que transformen personas y sociedades en busca de una mejor calidad de vida aumentando las garantías de éxito.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nightingale F. Notas sobre Enfermería. Qué es y Qué no es. Barcelona: Elsevier España; 2009.
2. Costa MS, Silva MJ. Tendencias da temática qualidade de vida na produção científica de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2004; 57(2):208-11.
3. Becerra-Heraud S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. Revista de Psicología. 2013; 31(2):287-314.
4. Aristizábal-Hoyos GP, Blanco-Borjas DM, Sánchez-Ramos A, Ostiguín-Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Enferm. univ. 2011; 8(4): 16-23

5. Boisier S. Desarrollo local ¿De qué estamos hablando? En: Vásquez Baquero y O. Madoery, compiladores. Transformaciones globales, instituciones y políticas de desarrollo local. Buenos Aires: Homo Sapiens ediciones; 2001. p. 17.
6. Asnariz LT. Calidad de vida y Bioética. Bogotá: Editorial Gente Nueva Ltda; 2002.
7. García G. El Concepto biológico de vida: El mecanismo y el vitalismo. En: El horizonte Bioético de las Ciencias. Santafé de Bogotá: La Ceja; 1996.
8. Lara N, Saldaña Y, Fernández N, Delgadillo HJ. Salud, calidad de vida y entorno universitario en estudiantes mexicanos de una universidad pública. *Hacia promoción de la salud*. 2015; 20(2): 102-17.
9. Franco-Peláez ZR. La promoción de la salud en el marco de la Bioética y el desarrollo humano. *Hacia la promoción de la salud*. 2006; 11: 39-49.
10. Tedesco JC, Tenti E. Reformas educativas y el rol de los docentes. *Revista Prelac*. 2005; (1): 6-12.
11. Martínez JF. Combinación de mediciones de la práctica y el desempeño docente: consideraciones técnicas y conceptuales para la evaluación docente. *Pensamiento Educativo*. 2013; 50(1):14-20.
12. Espinoza L, Rodríguez RF. Hábitos de alimentación y actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Chilena Nutrición*. 2011; 38 (4):458-65
13. Tol A, Tavassoli E, Reza Shariferad G, Davoud S. Estilos de Vida promotores de salud y calidad entre los estudiantes de pregrado de la Facultad de Salud. *Journal Promot Educ Salud*. 2013; 2(11):2-8.
14. Arratia A. La Bioética y sus implicaciones en la Educación para la Salud. [Tesis doctoral]. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina; 1999.
15. Gallego GP. Una estrategia de enfermería escolar en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Aquichán*. 2003; 3(1):42-7.
16. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 4th edition. New York: Oxford University Press; 1994.
17. Schmidt-Ludwig H. El hombre como ser-ecosocial. *Bioética Latinoamericana*. 2011; 8(1):18-35.
18. Meda R, Moreno B, Morales M, Torres P, Lara B, Nava G. Creencias de salud-enfermedad en estudiantes universitarios. *Educación y Desarrollo* 2004; 3:31-7.
19. Ferrel F, Ortiz A, Forero L, Herrera M, Peña Y. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del Distrito de Santa Marta, Colombia. *Duazary*. 2014 Dic; 11(2):105-14
20. Arroyo H, Rice M. Una nueva mirada al movimiento de universidades promotoras de la salud en las américas. En Becerra S. (Ed.), *Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante*. Lima: Revista de Psicología. 2009. pp. 289-31.
21. Toro-Arango JB, Rojas CP. La educación desde las éticas del cuidado y la compasión. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2005.
22. Grimaldo MP. Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de postgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*. 2010; 8(15): 17-38.
23. Vílchez-Barboza V. Construcción del concepto de Promoción de la Salud en la Práctica Transdisciplinaria. *Enfermería actual de Costa Rica*. 2010; (19): 1-16
24. Heraud S. Universidades saludables: una apuesta a una formación integral del estudiante. *Revista de Psicología*. 2013;31 (2):289-314.

GUÍA DE AUTORES

Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud, es la publicación científica cuatrimestral editada por la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena- Colombia, cuyo objetivo es difundir investigaciones originales e inéditas que contribuyan con la comprensión del proceso salud-enfermedad en el ámbito local, nacional e internacional. Publica artículos aprobados por su Comité Editorial, previo arbitraje doble ciego, a fin de asegurar la calidad de sus contenidos y se acoge a la normativa internacional contenida en la publicación: *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication*, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) Actualización 2016. Disponibles en: <http://www.icmje.org/>

La revista *Duazary* (ISSN 1794 - 5992) surgió en el 2004 y en ella se publica información científica sobre temas de Salud, desde perspectivas amplias y generales de la salud pública, hasta temas especializados y concretos de áreas clínicas. Se aceptan manuscritos realizados en cualquier parte del mundo, siempre y cuando sean temas comunes con la región Caribe o de interés para el contexto del Caribe Colombiano y sus alrededores. Además, se reciben manuscritos en español o inglés. Se encuentra disponible en versión digital con acceso libre (<http://revistaduazary.unimagdalena.edu.co/>) y en versión impresa, la cual se distribuye en bibliotecas especializadas de instituciones académicas, gubernamentales y no gubernamentales.

ENVÍO DE LOS MANUSCRITOS

La recepción de los manuscritos es permanente. Los autores que deseen publicar en *Duazary* deberán registrarse en el Open Journal System (<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/user/register>) y enviar desde allí el manuscrito y la carta remisoria de manuscritos o de originalidad. Como alternativa el autor podrá remitir esta misma información a través del correo electrónico: revistaduazary@unimagdalena.edu.co

Toda contribución está sujeta a revisión inicial por parte del Comité Editorial y su envío no implica aceptación inmediata ni obligación de *Duazary* para que sea publicada.

Los autores deben tener en cuenta que al envío de un manuscrito están garantizando que todas las personas que aparezcan como autores avalan y están de acuerdo con su contenido. Por ello, para cada manuscrito se deberá adjuntar la carta remisoria de manuscritos, firmada por todos los autores en donde se aprueba su publicación e indica el tipo de contribución (Ver aparte de Tipos de Artículos). Además, en esta se enuncia que el documento no ha sido enviado, ni publicado en ninguna otra revista científica, Por consiguiente, en caso de comprobarse que se encuentra en proceso editorial o ha sido publicado en otra revista, el autor será suspendido por cinco (5) años o más según lo determine el comité editorial para el envío de manuscritos, de igual forma se le notificara a él o a ellos y a la revista en cuestión (todas las partes involucradas).

La responsabilidad por el contenido de los artículos recae sobre los autores y no sobre los editores, el comité editorial o la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Magdalena.

TIPOS DE ARTICULOS ACEPTADOS EN *DUAZARY*

Con base en el Documento Guía del Servicio Permanente de Indexación de Revistas de Ciencia, Tecnología e Innovación Colombianas de Colciencias (<http://publindex.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/informacionCompleta.pdf>) *Duazary* ha establecido que los manuscritos que se sometan a publicación deberán corresponder a una de las tipologías descritas a continuación:

a. Artículos de investigación científica y tecnológica (Originales): Documento que presenta, de manera detallada, los resultados originales de proyectos terminados de investigación. La estructura generalmente utilizada contiene cinco apartes importantes: introducción, materiales y métodos, resultados discusión y conclusión. Los artículos dentro de esta categoría tendrán un máximo de 6000 palabras, máximo 7 tablas y/o figuras. Además, tendrán mínimo 20 referencias bibliográficas. La estructura de éste tipo de artículos se presentan en el siguiente aparte.

b. Artículo de revisión. Documento resultado de una investigación terminada donde se analizan, sistematizan e integran los resultados de investigaciones publicadas o no publicadas, sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por presentar una cuidadosa revisión bibliográfica de por lo menos 50 referencias bibliográficas. Y para *Duazary* tendrá una extensión máxima de 7000 palabras. La estructura de éste tipo de artículos se presentan en el siguiente aparte.

c. Artículo de reflexión. Documento que presenta resultados de investigación terminada desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales. Su extensión será de máximo 5000 palabras y 20 referencias bibliográficas. La estructura de éste tipo de artículos se presentan en el siguiente aparte.

d. Reporte de casos clínicos: Corresponden a manuscritos que reportan uno o varios casos y que hacen una revisión breve de la literatura especializada una condición clínica. Para que sea considerado por la revista deberá anexar copia del consentimiento informado firmado por el o los pacientes participantes y/o el certificado de ética de la institución bajo la cual firma el autor principal. El caso presentado deberá ser suficientemente complejo como para plantear asuntos de interés clínico, diagnóstico, terapéutico o de investigación, y no debe ser tan raro como para no atraer a los lectores de la revista. Máximo 2000 palabras, 15 referencias y 6 fotos (figuras). Si su manuscrito corresponde a este tipo de artículos continúe en el numeral.

e. Editorial: Documento escrito por el editor, un miembro del comité editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

Se aclara que en el número de palabras se encuentran incluidas las referencias bibliográficas, textos en tablas, figuras, etc.

ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

Los autores deberán enviar sus artículos siguiendo estrictamente las pautas para autores, dependiendo del tipo de contribución que deseen someter a la revista. Todos los documentos deberán estar en Arial 12, a una sola columna, con interlineado 1, márgenes de 2 cm en todos los lados y alineación justificada.

Para los artículos que se encuentran descritos a las tipologías a, b o c, la estructura será la siguiente:

1. Título. Claro, descriptivo y corto, máximo 15 palabras (en caso de ser mayor deberá justificarse). Se solicita en español e inglés. El título del trabajo y los títulos de las secciones principales del manuscrito deben ubicarse en posición central y en mayúsculas; los títulos de segundo rango deben ubicarse en posición izquierda en minúsculas. Todos los títulos y subtítulos deben ir en negrita.

2. Autor(es). En caso de varios autores, el primer nombre debe ser el del autor principal, es decir, aquella persona que ha estado en todo el proceso investigación, desde la idea originaria, hasta los análisis finales. De cada autor debe aparecer la siguiente información Nombre (s) y apellidos y con un número arábigo en superíndice deberá aparecer la presentación de dicho autor colocando: máximo nivel de formación, cargo e institución a la cual está vinculado, **Orcid (identificador único de investigadores)** y correo electrónico para correspondencia. Esta información debe estar completa para todos los autores.

Ejemplo: Ubaldo Rodríguez de Ávila¹

Magister en Educación, docente tiempo completo-ocasional, Universidad del Magdalena. Colombia.
Correo: rodriguez.ubaldo@gmail.com

Nota: Declaración sobre conflictos de intereses

Los manuscritos incluirán antes de las referencias bibliográficas y como título principal una declaración en la que los autores manifestarán que son independientes con respecto a las instituciones financiadoras y de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no han incidido intereses o valores distintos a los que usualmente tiene la investigación. Sólo se considerarán manuscritos en los cuales los autores no tienen ningún conflicto de interés.

En algunos casos será necesario que los autores especifiquen los apoyos recibidos (financieros, equipos, en personal de trabajo, en especie, etc.) de personas o de instituciones públicas o privadas para la realización del estudio, así como las relaciones personales o institucionales que pueden incidir en la conducción, los resultados, la interpretación de los mismos y la redacción del manuscrito.

3. Para citar este artículo: Se deberá indicar la forma de citar el artículo, manteniendo el estilo Vancouver

Ejemplo:

Para citar este artículo: Pérez-Anaya O, Ceballos-Ospino G, González-Gélvez D, Suescún-Arregocés J. Análisis bibliométrico de la revista Duazary en el quinquenio 2012-2016. Duazary. 2017 julio; 14 (2): 122-130. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1973>

4. Resumen. En español. No deberá exceder las 200 palabras. En él se deben plantear claramente los objetivos del trabajo, una descripción concisa de los materiales y métodos, principales resultados y conclusiones generadas. No se debe incluir referencias bibliográficas y debe escribirse en un solo párrafo sin subtítulos.

5. Palabras clave. Después del resumen se colocarán de 3 a 6 palabras clave separadas por punto y coma, que identifiquen el manuscrito. Para salud deberán referenciarse según los Decs <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

6. Abstract. El Abstract debe ser la traducción al inglés del resumen en español.

7. Keywords. Se incluirá la traducción al inglés de cada una de las palabras clave. Para salud se deben referenciar según MeSH <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh> o los Decs presentados anteriormente.

8. Introducción. Debe indicarse claramente la importancia del tema, la justificación y los antecedentes relevantes que fundamenten las hipótesis o el problema de investigación. El último párrafo debe contener explícitamente el objetivo de la investigación.

9. Materiales y Métodos. Se deberá incluir, en forma detallada, clara y concisa, la forma como se desarrolló el estudio. Diciendo cómo se calculó la muestra (cuando corresponda) y cómo se seleccionaron los sujetos, o en los casos de revisiones se deberá explicar cómo se hizo la búsqueda de documentos, en cuáles bases bibliográficas y con cuáles descriptores. Además, se deben mencionar los instrumentos utilizados y de dónde han sido obtenidos, así como la validez de los mismos. Pueden utilizarse apartados diferentes bajo subtítulos adecuados (**tipo de estudio, población y muestra, instrumentos, procedimiento, técnicas, análisis estadístico y declaración sobre aspectos ético**). Debe escribirse en pasado y en forma impersonal.

Para estudios cualitativos: es necesario especificar los participantes en el estudio y los criterios de selección o identificación de los mismos, los escenarios o ambientes del estudio, los criterios de observación y métodos utilizados (por ejemplo: entrevistas o grupos focales), las fuentes de información secundaria y los métodos de control de calidad de la información obtenida para asegurar la confiabilidad (por ejemplo, triangulación de fuentes).

10. Declaración de aspectos éticos. Como último subtítulo de los materiales y métodos, se mencionarán los procedimientos seguidos en el estudio para garantizar el cumplimiento de los principios y normas éticas de la Declaración de Helsinki de 1975 y sus posteriores revisiones y de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. En todo caso se debe indicar cómo se protegieron los derechos de los participantes y si se les entregó un consentimiento o autorización de procedimientos. No se deben usar los nombres de los pacientes, iniciales o números hospitalarios, especialmente en material ilustrativo con la imagen del paciente se debe allegar con el artículo la autorización del mismo. Cuando se utilicen animales de laboratorio indique la calidad del trato humanitario otorgado a los especímenes.

11. Resultados. Los resultados deben presentarse en forma clara y precisa, incluyendo tablas, figuras, cuando sea pertinente gráficos o mapas, que figurarán bajo el rótulo de figura.. Las tablas o figuras deben mencionarse en el cuerpo del documento dentro del aparte de resultados y deben seguir las siguientes recomendaciones.

Recomendaciones para Tablas:

- Deben elaborarse en procesador de tablas de MS Word. No utilice la barra espaciadora o la tecla de tabulación.
- Las tablas deberán ser numeradas de acuerdo a su secuencia en el texto, en orden correlativo con números arábigos y llevarán una leyenda descriptiva y breve en la parte superior, que será la referencia de la tabla. Se recomienda que la leyenda sea clara e informativa, de manera que se evite consultar el texto para entender la tabla.
- Cada tabla debe presentarse en una página al final del manuscrito. Aunque en algunas ocasiones se le podrá solicitar su inserción dentro del texto.
- Las tablas deben diseñarse usando líneas horizontales y verticales.
- Los encabezados de las columnas deben ser breves, pero explicativos. No usar negrillas. Las abreviaturas estándar de las unidades de medida deben colocarse entre paréntesis.
- Cualquier explicación adicional para el entendimiento de la tabla debe incluirse como una nota de pie de tabla. Además se debe colocar la fuente de la información que aparece en la tabla (ejemplo, Fuente: elaboración propia)
- La información presentada en las tablas no debe aparecer repetida en las figuras y viceversa.
- El comité editorial se reserva el derecho de ubicar las tablas en función del espacio disponible y durante el proceso editorial, podrá solicitar al autor la realización de cambios para lograr una mejor calidad de la misma y en procura de una mejor organización y economía del espacio.

Recomendaciones para Figuras (Fotos, gráficos o mapas):

- Leyendas de las Figuras. Al final del texto del documento y en hoja aparte se hará una lista con el texto de las leyendas de las figuras.
- No deben utilizarse negrillas y se acentuarán tanto las minúsculas como las mayúsculas.
- Se recomienda que las leyendas sean informativas para que el lector no necesite consultar el texto para entender lo que muestra la figura.

- Se recomienda que las explicaciones o las descripciones que se consideren necesarias se escriban en la misma leyenda para evitar texto dentro de las figuras.
- Figuras: Las figuras (dibujos, mapas, láminas, esquemas, gráficas de computador, fotografías e imágenes, radiografías, electrocardiogramas, histología) deben ser enviadas en archivos independientes, en formato de alta calidad (tiff, bmp, jpg o gif), con una resolución mínima de 300 ppp. De ser posible, se recomienda enviar archivos gráficos de tipo vectorial guardados con extensión EPS, a color o en escala de grises.
- Cada figura debe estar numerada y seguido a ello una leyenda corta y explicativa, que se colocarán en la inferior de la misma.
- Las figuras que se incluyan deben tener suficiente resolución para que puedan verse claramente. Su tamaño original debe permitir una reducción del 50%, sin pérdida de claridad.
- Incluya solo aquellas figuras que presenten los datos más significativos de su estudio. La información presentada en las figuras no debe aparecer repetida en las tablas.
- El nombre del archivo correspondiente a la figura sea el del primer autor seguido por el número de la figura, e.g. Rivas fig.1.jpg.
- Las figuras compuestas con varias imágenes, se enumeraran correlativamente. Ej. Fig. 1a, 1b, 1c, etc.
- Cuando se incluyan figuras o fotografías microscópicas se deberá incluir la escala y especificar el método de tinción empleado.
- Los dibujos deben tener una escala comparativa para determinar el aumento.
- Si debe suministrar una escala, use escala de barras en lugar de escalas numéricas que cambian con la reducción.
- Las fotografías de pacientes, no deberán incluir información que permita la identificación del sujeto.
- Usualmente, las ilustraciones a color pueden ser incluidas para la reproducción digital en el sitio de Internet de *Duazary*, pero serán impresas en blanco y negro, a menos que el costo de su reproducción sea asumido por el autor.
- El comité editorial se reserva el derecho de ubicar las figuras en función del espacio disponible y durante el proceso editorial, podrá solicitar al autor la realización de cambios para lograr una mejor calidad de la misma, así como procurar una mejor organización y economía del espacio.
- En todas las figuras y tablas se deberá aclarar la fuente en la parte inmediatamente inferior. Si la figura o tabla, incluida no ha sido publicada anteriormente y los datos no fueron tomados de ninguna

fuerza externa, se colocará “Fuente: elaboración propia”. En caso de modificar una figura o tabla ya publicada, o de extraer datos de distintas fuentes, se colocará “Fuente: elaboración propia basada en...” y a continuación los nombres de los autores o instituciones siguiendo el mismo sistema de citación que en el cuerpo del texto, incluyendo los datos completos de publicación y de localización en el listado final de Referencias bibliográficas. En el caso de reproducir una figura o tabla publicada anteriormente, debe mencionarse la fuente original y contar con la autorización respectiva, del propietario de los derechos de autor. Excepto en casos de imágenes o materiales de dominio público.

12. Discusión. Esta parte debe explorar el significado de los resultados del trabajo, no repetirlos. Compare los hallazgos propios con los de otros estudios, los cuales deberán estar debidamente citados. Además, se pueden hacer nuevas hipótesis que expliquen resultados no esperados o contrarios a los que la literatura científica evidencia. Se deben evitar citas extensas de las fuentes consultadas. Se sugiere discutir la teoría actualizada sobre el tema investigado. El último párrafo debe incluir la conclusión del estudio.

13. Referencias bibliográficas: Seguirán el estilo Vancouver. Deben ir numeradas en orden a lo largo del texto y organizadas al finalizar en las referencias bibliográficas siguiendo el mismo orden. Las referencias serán citadas en el texto con números consecutivos, en superíndice, por ejemplo: autores han encontrado que...^{1,2} o investigaciones previas no identificaron relación...³⁻⁸

Cuando una misma fuente sea utilizada más de una vez, no se vuelve a numerar sino que se reitera el mismo número ya asignado. Se aconseja a los autores consultar artículos publicados en *Duazary* sobre el tema para que los incluyan en sus análisis.

Ejemplos: (tener especial atención en la puntuación)

Autores estándar de artículos de revista en versión impresa (físico)

Para citar este artículo: Pérez-Anaya O, Ceballos-Ospino G, González-Gélvez D, Suescún-Arregocés J. Análisis bibliométrico de la revista *Duazary* en el quinquenio 2012-2016. *Duazary*. 2017 julio; 14 (2): 122-130. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1973>

Cuando son **más de 6** autores se mencionarán los seis primeros y se colocará “et al” para los restantes:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. *Brain Res*. 2002;935(1-2):40-6.

Número sin volumen

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin Orthop*. 2002;(401):230-8.

Autor colectivo de artículos de revista en versión impresa

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

Autores estándar de artículos de revista en Internet

Salazar A, Alvarez L. Los efectos del material particulado 10 (PM 10) y de las variables climatológicas en las admisiones hospitalarias por enfermedades respiratorias en niños en la ciudad de Santa Marta, Colombia, 2008-2009. *Duazary* [revista en la Internet]. 2011 [citado 2013 Jul 21]; 8(2): 129-142. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/210/186>

Libros y obras monográficas

Salazar A, Álvarez L. Manual de sometimiento a publicación de casos clínicos y estudios transversales. Primera edición. Santa Marta: Editorial Unimagdalena; 2012

Libro de autor corporativo

Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2007.

Documentos legales

Colombia. Ministerio de la Protección Social. Ley 911 de 2004 por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 45693 (Oct. 6 2004).

Bases de datos en Internet

Departamento Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total municipal por área [Internet]. Bogotá: DANE [citado 18 sep 2013]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>

No incluya como referencias:

- Documentos o resúmenes no publicados, incluso si han sido presentados en conferencias o congresos.
- Artículos enviados para publicación que no han sido aceptados
- Reseñas de libros
- Páginas WEB y/o Blogs

Si tiene alguna duda adicional consulte el documento: *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica*. Disponible en: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf. A partir de la página 25

14. Abreviaciones: Se escriben la primera vez que aparecen entre paréntesis, completas y en su idioma de origen las palabras ha abreviar. Se limitara la utilización de siglas que no sean universalmente reconocidas.

15. Nomenclatura científica: los nombres científicos de géneros y especies deben escribirse en letra cursiva. Cuando se mencionan la primera vez, se colocan completos, incluso en el título y el resumen, para luego solo emplearse la letra inicial del género en mayúscula, seguida del nombre completo de la especie en cursiva.

Los números decimales en español deben separarse de los números enteros por comas, no por puntos. Cuando se mencionen números que van de 0 a 9 deben escribirse en letras, a excepción de aquellos que indiquen decimales, porcentaje o unidades métricas.

Tenga en cuenta que todos los manuscritos deben ser escritos de forma impersonal o en tercera persona. Las excepciones tendrán que consultarse al Editor de la revista.

Para los artículos que se encuentran descritos a la tipología d. Casos Clínicos, la estructura será la siguiente:

La estructura de presentación es similar a la anterior:

a. **Título** en español e inglés, Dirección de los autores con su identificación completa, Resumen, palabras claves, abstract, keywords.

b. **Introducción:** Se debe dar cuenta de la patología o problema de salud que se tratará en el artículo.

c. **Presentación del caso:** se debe describir claramente el caso o casos que se presentaron, estado inicial, tratamientos y manejos que se hicieron y desenlace. Dentro del texto se deben incluir las fotos en los momentos que los autores consideren. En este tipo de artículos los formatos de consentimiento informado de pacientes o individuos se deben adjuntar una para el envío y dentro del texto se debe explicitar que se hizo el procedimiento ético y se contó con el permiso respectivo del paciente o su responsable. Las fotos deberán seguir estrictamente los parámetros presentados en el numeral 11 de las tipologías anteriores.

d. **Discusión:** es similar a la de los anteriores tipos de artículos.

e. **Referencias bibliográficas:** deben estar en el estilo presentado para Artículos de investigación científica y tecnológica.

Para mayor información se recomienda revisar la siguiente guía: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/elaborar-caso.pdf

DERECHOS DE AUTOR

- Cuando el autor cite el trabajo de otro o reproduzca una figura o una tabla de un libro o un artículo de revista, debe asegurarse que no está violando derechos de producción (Derechos de autor).
- Aunque en general un autor puede reproducir tablas, fotografías u otras ilustraciones deberá obtener permiso del propietario de los derechos. Si el propietario de los derechos no es el autor del material citado o reproducido, se recomienda obtener también el permiso del autor.
- Los autores son los responsables de obtener los permisos necesarios para la reproducción de textos, figuras, tablas, fotografías u otras ilustraciones, publicadas previamente.
- El material extraído de cartas y manuscritos no publicados no será aceptado a menos que se obtenga el permiso correspondiente.
- El autor siempre debe hacer un reconocimiento apropiado de cualquier material que le sea suministrado.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Antes de enviar un artículo a la revista *Duazary* asegúrese de cumplir con las instrucciones para autores, además, cada autor debe garantizar que su manuscrito no se ha postulado simultáneamente a otras revistas, es original e inédito. Lo anterior impacta directamente en los tiempos del proceso editorial del mismo.

La recepción de un manuscrito no implica la obligación para su aceptación, ni compromiso respecto a la publicación. Todos los trabajos recibidos con intención de ser publicados en la revista, serán revisados inicialmente por el equipo editorial, el cual tiene un plazo de dos semanas para verificar el cumplimiento de las normas específicas de los artículos, así como la idoneidad y calidad del mismo. Si el manuscrito no cumple con las pautas le será devuelto al autor para que las aplique a cabalidad.

Los manuscritos que cumplan con la totalidad de las pautas expuestas en las instrucciones para autores, se enviarán a pares evaluadores anónimos nacionales e internacionales (preferiblemente ajenos a la institución editora), de reconocida experiencia, quienes adelantarán el proceso de evaluación doble ciego. El evaluador emitirá su concepto sobre el manuscrito y podrá realizar recomendaciones o solicitar aclaraciones. La revista remitirá los conceptos de evaluación en un plazo no mayor a tres meses, tiempo que inicia a partir de la notificación al autor de que su escrito ha ingresado a dicha fase. El proceso de dictamen exige anonimato.

En caso de presentarse una evaluación positiva y otra negativa, el editor dirimirá en dicha controversia, ya sea enviándolo a un tercer evaluador o remitiéndolo al comité editorial, con el propósito de dar

un veredicto definitivo. A continuación se presentan los posibles resultados, luego de los eventuales veredictos.

Par evaluador uno	Par evaluador dos	Resultado
Publicar	Publicar con modificaciones	Se acepta con modificaciones
Publicar	Publicar	Publicable
No Publicar	Publicar con modificaciones	Tercer par
No Publicar	Publicar	Tercer par
Publicar con modificaciones	Publicar con modificaciones	Se acepta con modificaciones
No Publicar	No Publicar	No publicable

Si el manuscrito es aceptado para publicación se remitirá a los autores el formato de cesión de derechos patrimoniales de artículos, que deberán diligenciar y firmar todos los autores; para el caso de la existencia de ilustraciones, retratos, fotografías, etc., se diligenciará otros formatos disponibles en la plataforma de la revista. Los artículos aceptados pasarán por un proceso de corrección de estilo y diagramación por parte del equipo de edición. Cuando se tenga la prueba de galeras de la revista, se enviará a los autores el manuscrito para su revisión, este paso, es previo a la impresión de la revista, cabe aclarar que el proceso de publicación en la revista no presenta costo económico alguno para los autores. Esta fase puede tardar hasta tres meses a partir de la aprobación para publicación del documento.

La ética en la investigación y publicación es fundamental para la revista, por lo tanto, en caso de comprobación de plagio o de violación de derechos de autor, los editores ordenarán cancelar los procesos de revisión, preparación editorial o impresión, según el caso.

Para mayor detalle consulte la guía de ética y buenas prácticas editoriales ubicada en la siguiente url: http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/guia_de_buenas_practicas_editoriales

GUIDE FOR AUTHORS

Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud, is the scientific publication is the Three times per year published by the Faculty of Health Sciences at the Universidad del Magdalena- Colombia, aimed at disseminating original and unpublished research which contributes to the understanding of health and disease process at the local, national and international scope. It publishes articles approved by the Editorial board prior double-blind reviewing, to ensure the quality of its content and to attend international standards contained in the publication: *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) Updated 2016*. Available on: <http://www.icmje.org/>

DUAZARY Journal (ISSN 1794 - 5992) was born in 2004 and it publishes scientific information on health issues, from broad and general perspectives of public health to specialized and specific issues of clinical areas. Manuscripts made anywhere in the world are accepted as long as they are common topics with the Caribbean region or relevant to the context of the Colombian Caribbean and its surroundings. In addition, manuscripts in Spanish or English are received. It is available in digital version with free access (<http://revistaduazary.unimagdalena.edu.co/>) and in print versions, which is distributed in specialized libraries of academic institutions, governmental and non-governmental organizations.

SUBMISSION OF MANUSCRIPTS

The receipt of manuscripts is permanent. Authors who wish to publish in Duazary Journal must register on the Open Journal System (<http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/user/register>) and send from there the manuscript and the introductory or manuscript originality letter. Alternatively, the author may submit the same information via this e-mail: revistaduazary@unimagdalena.edu.co

Any contribution is subject to initial review by the Editorial Board and sending an article does not imply immediate acceptance or obligation to Duazary to publish.

Authors should take into account that the sending of a manuscript is ensuring that all people who appear as authors endorse and agree with its contents. Therefore, for each manuscript, it must be attached the manuscript introductory letter signed by all authors where publication is approved and indicates the type of contribution (See Types separate articles). In addition, it is stated that the document has not been sent or published in any other scientific journal. Therefore, if it is found that in the editorial process that it has been published in another journal, the author will be suspended for five (5) years or more as determined by the editorial board, all involved parties will be notified in such a case. The responsibility for the content of the articles falls on the authors and not on the editors, the editorial committee or the Faculty of Health Sciences of the Universidad del Magdalena.

TYPES OF ARTICLES ACCEPTED BY DUAZARY JOURNAL

Based on the Document Permanent Service Guidance of indexation for Colombian scientific journals, Technology and Innovation Colciencias, (<http://publindex.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/informacionCompleta.pdf>) Duazary has established that the manuscripts submitted for publication should correspond to one of the types described below:

a. Scientific and technological research Articles (Original): It is a document that presents in detail the original results of completed research projects. The structure generally used contains four important sections: introduction, materials and methods, results discussion and conclusion. Articles in this category have a maximum of 6000 words, 7 tables and/or figures, graphs or maps. In addition, it has at least 20 references. The structure of these items are presented in the following section.

b. Review article. This is a document which is the result of research completed where are analyzed, systematized and integrated research results published or unpublished on a field of science or technology, in order to account for the progress and development trends. It is characterized by presenting a careful bibliographic review of at least 50 references. And Duazary will have a maximum of 7000 words. The structure of these items are presented in the following section.

c. Reflection article. It is a document which presents completed research results from an analytical, interpretative or critical perspective from the author, on a specific subject, resorting to original sources. Its maximum length is 5000 words and 20 references. The structure of these types of articles are presented in the following section.

d. Clinical cases report: These are manuscripts which report one or more cases and make a brief review of the specialized literature of a clinical condition. To be considered by the journal, it must be attached a copy of informed consent signed by the participants or patients and/or the certificate of ethics of the institution under which the main author signs. The case presented must be complex enough to raise issues of clinical interest, diagnostic, therapeutic or research, and it should not be very rare as to not attract readers of the journal. It must contain 2000 words at the most, 15 references and 6 pictures (figures). If your manuscript corresponds to these type of articles continue in the next section.

e. Editorial: This is a document written by the editor, a member of the editorial board or a guest researcher on orientations in the subject domain of the journal.

It is important to clarify that in the number of words are including the references, text in tables, figures, etc.

STRUCTURE OF MANUSCRIPTS

Authors must submit their articles strictly following the guidelines for authors, depending on the type of contribution they wish to submit to the journal. All documents must be in Arial 12, a una sola columna, with line spacing 1 and 2 cm of margins on all sides and justified alignment.

For articles which are described typologies a, b or c, the structure is as follows:

1. Title. It should be clear, descriptive and short, with a maximum of 15 words (In case of being greater it must be justified). It is requested in Spanish and English. The title of the work and titles of the main sections of the manuscript should be located in a central position and in capitals, and the titles of second rank should be located left in lowercase. All titles and subtitles must be in bold.

2. Author(s). In case of multiple authors, the first name should be the lead author, a person who has been around the research process, from the original idea to the final analysis. From each author there must appear the following information: Name(s) and surname(s) should appear with an Arabic numeral in superscript, it must appear presentation of the author by typing the highest level of education, position, Orcid (unique identifier of researchers) and institution to which it is linked and their e-mail correspondence. This information must be complete for all authors.

Example: Ubaldo Rodríguez de Ávila¹

Master's in education, full time professor, Universidad del Magdalena. Colombia. E-mail: rodriguez.ubaldo@gmail.com

Note: Conflict of Interest Statement

The manuscripts will included, before the bibliographic references and main title, a statement where the authors manifest that they are independent with respect to the funding and support Institutions, and that during the execution of work or the writing of the manuscript, there have not been interests or values different from research. Only manuscripts in which the authors have no conflict of interest are considered.

In some cases, it will be necessary that authors specify the support received (financial, equipment, personnel work, in kind, etc.), persons or public or private institutions for the study, as well as personal and institutional relationships which can affect driving, the results, their interpretation and writing of the manuscript.

3. To cite this article: It should be noted the citation style of the article, maintaining the Vancouver style

Exemplo:

Pérez-Anaya O, Ceballos-Ospino G, González-Gélvez D, Suescún-Arregocés J. Análisis bibliométrico de la revista Duazary en el quinquenio 2012-2016. Duazary. 2017 julio; 14 (2): 122-130. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.1973>

4. Resumen (Abstract in Spanish). This will be in Spanish. It should not exceed 200 words. It must be clearly stated the objectives of the work, a concise description of materials and methods, main results and conclusions generated. Do not include references and it should be written in a single paragraph without subtitles.

5. Palabras clave (Keywords in Spanish). After the abstract (Resumen), there will be three to six keywords separated by semicolons, to identify the manuscript. To Health, they must be referenced according decs: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

6. Abstract. The Abstract must be translation into English of the Spanish “Resumen”.

7. Keywords. After the abstract (Resumen), there will be three to six keywords separated by semicolons, to identify the manuscript. To Health, they must be referenced according decs <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>

8. Introduction. They must be clearly indicated the importance of this topic, justification and relevant background information to support the hypothesis or research question. The last paragraph should explicitly include the objective of the investigation.

9. Materials and Methods. It must include, in detail, clearly and concisely, how the study was conducted. It must be stated how the sample was calculated (where applicable) and how subjects were selected, or in cases of reviews, it should be explained how they made the search for documents, in which bibliographic databases and what descriptors. In addition, it should be mentioned the instruments used, where they have been obtained and their validity. It can be used different sections under appropriate headings (type of study, population and sample, tools, techniques). It should be written in impersonal past tense.

For qualitative studies: it is necessary to specify the participants in the study and the selection criteria or identification of them, scenarios or environments of study, observation criteria and methods used (e.g. interviews or focus groups), secondary information sources and methods of quality control of the information obtained to ensure reliability (e.g. triangulating sources).

10. Statement of Ethical Issues. As the last subtitle of the materials and methods, they will be referred the procedures followed in the study to ensure compliance with the principles and ethical standards of the Helsinki Declaration of 1975 and its subsequent revisions and Resolution 8430 of 1993 the Ministry of Health from Colombia. In any case, it should be indicated how the rights of participants are protected and if they were given a consent or authorization procedures. Do not use patient names, initials or hospital numbers, especially in illustrative material with the image of the patient should be presented along with the Article the authorization. When laboratory animals are used, indicate the quality of humanitarian treatment accorded to specimens.

11. Results. The results should be clearly and precisely, including tables, figures, where appropriate charts or maps, which will appear under the figure label.. Tables or figures must be mentioned in the document body within of the results section and they should follow these recommendations.

Recommendations for Tables:

- The tables should be developed in the tables processor of MS Word. Do not use the space bar or the tab key.

- Tables should be numbered according to their sequence in the text, consecutively with Arabic numerals, and with a descriptive and brief caption at the top which will be the reference of the table. It is recommended that the caption is clear and informative, in order to avoid consultations to the text to understand the table.
- Each table should be presented on a page at the end of the manuscript. Although sometimes, you might be asked to insert them in the text.
- Tables should be designed using horizontal and vertical lines.
- The column headings should be brief, but explanatory. Do not use bold font. Standard abbreviations of measurement units must be placed in parentheses.
- Any additional explanation for understanding of the table should be included as a footnote of table. Furthermore, it should be placed the source of the information in the table (e.g. Source: own development).
- The information presented in tables should not appear repeatedly in the figures and vice versa.
- The editorial board reserves the right to place the tables depending on the space available and during the editorial process, the author may be requested to make changes to achieve better quality of it and in search of a better organization and economy of space.

Recommendations for Figures (Photos, graphics or maps):

- Figure captions. It will be done a list with the text of the figure captions at the end of the text of the document and in a separate sheet.
- Fonts in bold should not be used and in the case of Spanish they are accentuated both lower and uppercase.
- It is recommended that captions are informative so that the reader do not have to consult the text to understand what the figure shows.
- It is recommended that the explanations or descriptions which are considered necessary are written in the same caption to avoid text within figures.
- Figures: Figures (drawings, maps, prints, drawings, computer graphics, photographs and images, x-rays, electrocardiograms, histology) should be sent in separate files, in high quality format (tiff, bmp, jpg or gif), with a minimum resolution of 300 dpi. If possible, it is recommended to send vector graphics files saved with EPS extension type, color or grayscale.
- Each figure must be numbered and followed by a short explanatory caption, which is placed at the bottom in the same.

- The figures included must have enough resolution so that they can be clearly seen. Its original size should allow a reduction of 50% without loss of clarity.
- Include only those figures that have the most significant data of the study. The information presented in the figures should not appear repeatedly in the tables.
- The name of the file which corresponds to the figure is the first author's name, followed by the figure number, e.g. Rivas fig.1.jpg.
- Compound figures with multiple images, are listed consecutively. E.g. Fig. 1a, 1b, 1c, etc.
- When figures or microscopic photographs are included, it should be included the scale and specify the staining method used.
- Drawings must have a comparative scale to determine the increase.
- If it is necessary to provide a scale, use bar scale instead of numerical scales which change reduction.
- Photographs of patients should not include information which permits identification of the subject.
- Usually, color illustrations can be included for digital playback on the website of Duazary, however they will be printed in black and white, unless the cost of reproduction is assumed by the author.
- The editorial board reserves the right to place the figures taking into account available space and during the editorial process, the author may be requested to make changes to achieve better quality as well as ensure better organization and economy of space.
- In all figures and tables it is necessary to clarify the source at the bottom. If the figure or table included has not been published previously and the data were not taken from any external source, include "Source: own development". In case of having modified a figure or table which was already published or extracted data from different sources, include "Source: own development based on..." and then the names of the authors or institutions following the same citation style in the body of text, including the complete data of publication and localization in the final list of References. In case of reproducing a previously published figure or table, it must be mentioned the original source and count on an appropriate authorization from the owner of the copyright. Except in cases of images or public domain materials

12. Discussion. This part should explore the significance of work results, not repeat them. Compare own findings with those of other studies, which should be properly cited. Furthermore, it is possible to make new hypotheses to explain unexpected or inconsistent results to the scientific literature evidence. Avoid extensive citations from the sources. It is suggested to discuss the current theory on the subject researched. The last paragraph should include the conclusion of the study.

13. Citations and References: They will follow the Vancouver style. They must be numbered in order along the text and organized at the end of the references in the same order. References will be cited in the text with consecutive numbers in superscript, for example: authors who have found that...^{1,2} or previous research failed to identify relationship between...³⁻⁸

When one source is used more than once, it is not renumbered but the same number already assigned is repeated. Authors are advised to consult articles published in Duazary on the subject to include them in their analysis. When in the work body it is desired to cite a publication and it contains more than two authors, it is necessary to place the last name of the first author followed by *et al*, on the contrary, when they are only two authors the name of each of the authors is recorded separated by a &.

Examples: (Give special attention to punctuation)

Publication with two authors

Pérez y Castro¹ or Pérez-Suarez & Castro-Torres¹

Publication with more than two authors

Pérez et al¹ or Pérez-Suarez et al¹

Standard authors of journal articles in print (physical version)

Alvarez L, Ariza M. Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Santa Marta, Magdalena y Colombia (2005 – 2009). Duazary. 2011 Jun; 8(1):17-23. Doi: <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.247>

When there are **more than 6** authors mentioned the first six and type «et al» for the remaining:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation of interstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury. Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

Issues with volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. Clin Orthop. 2002;(401):230-8.

Collective author of journal articles in printed versión

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension. 2002;40(5):679-86.

Standard authors of journal articles on the Internet

Salazar A, Alvarez L. Los efectos del material particulado 10 (PM 10) y de las variables climatológicas en las admisiones hospitalarias por enfermedades respiratorias en niños en la ciudad de Santa Marta, Colombia, 2008-2009. *Duazary* [Internet journal]. 2011 [citado 2013 Jul 21]; 8(2): 129-142. Available on: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/210/186>

Books and monographic Works

Salazar A, Álvarez L. Manual de sometimiento a publicación de casos clínicos y estudios transversales. First Edition. Santa Marta: Editorial Unimagdalena; 2012

Corporate book autor

Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2007.

Legal Documents

Colombia. Ministry of Social Protection. Law 911 of 2004 for which provisions are issued regarding ethical responsibility for the exercise of the nursing profession in Colombia; it established the corresponding disciplinary rules and other provisions. *Diario Oficial*, 45693 (Oct. 6 2004).

Internet databases

National Department of Statistics. Estimates on population 1985 - 2005 and population projections 2005 - 2020 total per area [Internet]. Bogotá: DANE [citado 18 sep 2013]. Available on: <http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>

Do not include as references:

- Unpublished papers or abstracts, even if they have been presented at conferences or congresses.
- Articles submitted for publication that have not been accepted.
- Websites and/or Blogs.

If you have any further questions see the document: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and editing preparation of a biomedical publication. (Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica.) Available on: http://www.metodo.uab.cat/docs/Requisitos_de_Uniformidad.pdf. From page 25.

14. Abbreviations: The first occurrence should be written in parentheses, complete and in their original language. The use of acronyms which are not recognized or known is limited.

15. Scientific Nomenclature: the scientific names of genera and species should be written in italics. When they are mentioned for the first time, type them complete, even in the title and abstract, and then only use the abbreviation of the genera capitalized, followed by the full name of the species in italics.

Decimal numbers in Spanish should be separated from whole numbers by commas, not by points. When numbers from 0 to 9 are mentioned, they should be written in letters, except for those that indicate decimals, percentage or metric units.

Keep in mind that all manuscripts must be written impersonally or in third person. The exceptions will have to be consulted to the Editor of the journal.

For articles which are described in the type “d.” Clinical cases, the structure is as follows:

The presentation structure is similar to:

a. **Title:** in Spanish and English, the authors’ address their complete identification, Abstract (or Resumen in Spanish), keywords (In Spanish), abstract (in English), keywords (In English).

b. **Introduction:** It must account for the pathology or health problem which is discussed in the article.

c. **Case Presentation:** It should be clearly described the case or cases, initial state, treatments and handlings which were made and outcome were presented. Within the text, it must be included photos in moments that the authors consider. In this type of article, formats for informed consent of patients or individuals must be attached a for sending and within the text it should be made explicit that the ethical procedure and counted with the respective permission of the patient or responsible. The photos should strictly follow the parameters set out in paragraph 11 of the previous types.

d. **Discussion:** It is similar to the above types of articles.

e. **Bibliographic references:** They must be in the style articles presentado for scientific and technological research articles.

For more information it is recommended to check the following guidelines:http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/elaborar-caso.pdf

COPYRIGHT

- When the author cites the work of another or reproduce a figure or a table of a book or a journal article, it is important to make sure that it is not a violation of production rights (Copyright).

-Although in general an author can reproduce tables, photographs or other illustrations it must be obtained permission from the copyright holder. If the owner of the rights is not the author of the citation or reproduction it is recommended to also obtain permission from the author.

- The authors are responsible for obtaining the necessary permission to reproduce text, figures, tables, photographs or other illustrations, which were previously published.
- The material extracted from unpublished letters and manuscripts will not be accepted unless appropriate permission is obtained.
- The author should always make proper acknowledgement of any material that is supplied.

REVIEW PROCESS

Before sending an article to Duazary journal be sure to follow the instructions for authors, in addition, each author must ensure that his manuscript has not been postulated simultaneously to other journals, is original and unpublished. This impact directly on the times of the editorial process of the same.

The receipt of a manuscript does not imply the obligation for its acceptance, or commitment with respect to the publication. All works received with the intention of being published in the journal, will be initially reviewed by the editorial team, which has a period of two weeks to verify compliance with the specific norms of the articles, as well as the suitability and quality of the same. If the manuscript does not comply with the guidelines, it will be returned to the author for full application.

Manuscripts that comply with all the guidelines set forth in the authors' instructions will be sent to national and international anonymous peers (preferably from outside the publishing institution), who are recognized experts, who will advance the double-blind evaluation process. The evaluator will issue his concept about the manuscript and may make recommendations or request clarification. The journal will submit the concepts of evaluation within a period of no more than three months, starting from the notification to the author that his writing has entered this phase. The opinion process requires anonymity.

In case of a positive evaluation and a negative evaluation, the editor will settle in said controversy, either by sending it to a third evaluator or by forwarding it to the editorial committee, for a final verdict. Then the possible results are presented, after possible pairs verdicts.

Pair evaluator one	Pair evaluator two	Result
Publish	Publish with modifications	Accepted with modifications
Publish	Publish	publishable
No to publish	Publish with modifications	Third pair
No to publish	Publish	Third pair
Publish with modifications	Publish with modifications	Accepted with modifications
No to publish	No to publish	Not publishable

If the manuscript is accepted for publication, authors will be sent the format of assignment of patrimonial rights of articles, which must be completed and signed by all authors; For the case of the existence of illustrations, portraits, photographs, etc., will be completed other formats available in the platform of the journal. Accepted articles will undergo a process of correction of style and layout by the editing team. When the journal's galley proof is taken, the manuscript will be sent to the authors for review, this step, prior to the printing of the journal, it should be clarified that the publication process in the journal does not present any economic cost to the authors. This phase can take up to three months from the approval for publication of the document.

Ethics in research and publication is essential for the journal, therefore, in case it is proved plagiarism or copyright violation, publishers will cancel the review process, editorial or printing preparation, according to the case.

For more detail, consult the ethics guide and good editorial practices located in the following url: http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/guia_de_buenas_practicas_editoriales

