



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SEMSEPDH



CALIDAD DE SUEÑO Y SALUD MENTAL EN PERIODISTAS, DEFENSORES DE DERECHOS HUMANOS Y/O SUS FAMILIARES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN MÉXICO

Informe técnico

29 de noviembre de 2019



Prefacio

La violencia ejercida contra periodistas y personas defensoras de derechos humanos en México a través de agresiones como intimidación a su labor mediante acoso, amenazas, violencia física hasta delitos como privación de su libertad y crímenes en su contra es un problema público multifactorial que demanda brindarles una atención integral por parte de las autoridades de la Ciudad para la restitución de sus derechos humanos.

Reconociendo este problema, la Secretaría Ejecutiva del Mecanismo de Seguimiento y Evaluación del Programa de Derechos Humanos de la Ciudad de México impulsó la realización de una estrategia diagnóstica, mediante un convenio de colaboración entre la Clínica de Sueño y Neurociencias de la Universidad Autónoma Metropolitana y esta Secretaría e involucrando al Mecanismo de Protección Integral de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas de la Ciudad de México, por ser la instancia responsable de generar las condiciones necesarias para que las personas defensoras de derechos humanos y periodistas que habiten o transiten por la Ciudad cuenten con el apoyo de todo el aparato gubernamental a fin de salvaguardar su seguridad e integridad.

Para invitar a participantes al estudio, el proyecto de la Clínica del Sueño y Neurociencias presentó la propuesta en el Espacio de Participación sobre derecho a defender derechos humanos, donde acuden organizaciones de la sociedad civil e instancias públicas como el Mecanismo de Protección Integral de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas, la Procuraduría General de Justicia, el Congreso, el Tribunal Superior de Justicia y la Secretaría de Seguridad Ciudadana, todas de la Ciudad de México. Asimismo, se presentó en la Casa Refugio Citlaltépetl, para invitar a más personas a participar y con ello, reafirmar el rol crucial que desempeñan las personas defensoras de derechos humanos y periodistas en la sociedad.

El presente estudio es un diagnóstico de la salud mental, la calidad de sueño y las habilidades sociales y emocionales de periodistas, personas defensoras de derechos humanos y sus familiares que se encuentran bajo protección del Estado Mexicano, por haber sufrido amenazas y otro tipo de violencias.

El presente documento contiene un análisis que incluyó una amplia revisión documental de material sobre salud mental, violencia y agresiones a periodistas en el país y la protección institucional para personas defensoras de derechos humanos en México, así como la aplicación de evaluaciones psicométricas y análisis de resultados e interpretación.

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que la mayoría de periodistas y personas defensoras de derechos humanos manifiestan trastornos asociados a la experiencia directa o indirecta de situaciones violentas como depresión, ansiedad y estrés postraumático, lo que se traduce en una mala calidad de sueño.

Sirvan estas líneas para agradecer a las y los integrantes de la Clínica del Sueño: la Dra. Guadalupe Giovanna Terán Pérez, la Dra. Araceli Martínez Moreno, Dr. Roberto Emmanuele Mercadillo Caballero y a Luis Guillermo Guerrero Méndez por la realización de este estudio.

Se agradece también a la Directora General del Mecanismo de Protección Integral de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas de la Ciudad de México, Mtra. Tobbyanne Ledesma Rivera y su equipo, por posibilitar el acercamiento e invitación a las y los participantes al estudio. Mención especial merece Ricardo Alonso Pavón Marín, Subdirector de Medidas de Protección por el acercamiento entre las y los participantes con el equipo de la Clínica del Sueño.

De igual forma, agradecemos a la Directora de Casa Refugio Citlaltépetl, María Cortina Icaza y su equipo, que albergaron la presentación del proyecto en el marco de los trabajos del Espacio de Participación sobre Derecho a defender derechos humanos.

Al equipo de esta Secretaría Ejecutiva se extiende un reconocimiento por los esfuerzos para la realización del estudio: Alejandra Morales Collins, Claudia Alejandra Quiroz Flores, Subdirectora de Políticas de Transversalización; Mariana Hernández Flores, Coordinadora del Espacio de Participación sobre Derecho a defender derechos humanos y Carmen Medina Padilla por su labor de apoyo en el desarrollo del estudio.

Especial agradecimiento merecen Sergio Javier Ceyca Uriarte y Martín Alberto Durán Romero por enlazar, en el ejercicio de su labor como periodistas, con colegas interesados en participar en el estudio. Asimismo, se agradece a Marlen Torres Balbas, Óscar Flores Hernández las gestiones administrativas.

El presente estudio representa una oportunidad de sentar las bases para la construcción de una política pública en salud mental para este sector de la población.

Atentamente

Secretario Ejecutivo



Dr. Froylán Vladimir Enciso Higuera

Elaborado por:

Araceli Martínez Moreno

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa

Guadalupe Giovanna Terán Pérez

Centro de Sueño y Neurociencias



Los índices de violencia en México han ido en aumento durante los últimos años. Uno de los sectores afectados y considerado como prioridad para el Estado mexicano son los defensores de derechos humanos y los periodistas.

La exposición a circunstancias violentas favorece el desarrollo de depresión, ansiedad y estrés postraumático, además de afectar la regulación emocional y las actitudes empáticas necesarias para mantener relaciones interpersonales. Los trastornos de sueño suelen ser un criterio diagnóstico para estos desórdenes psiquiátricos.

El Estado mexicano ha hecho esfuerzos importantes para atender y proteger a los periodistas y defensores de derechos humanos víctimas de violencia. Sin embargo, es escaso el conocimiento sobre la salud mental y las necesidades psicológicas y sociales que permitan una atención integral a este sector.

Este proyecto evaluó la presencia de desórdenes psiquiátricos, de trastornos de sueño y de habilidades sociales y emocionales en una muestra de 24 periodistas y defensores de derechos humanos y/o sus familiares que han sido víctimas de violencia.

La mayoría de los participantes mostraron:

- Síntomas graves de depresión, ansiedad y estrés postraumático típicamente asociados a la experiencia de situaciones violentas, en los cuales las mujeres parecen ser más susceptibles.
- Mala calidad de sueño y presencia de varios trastornos del dormir asociados a estrés postraumático, depresión y ansiedad.
- Adecuadas actitudes empáticas para mantener sus relaciones interpersonales y favorecer su regulación emocional.

Se propone:

- Que la atención ofrecida debe incluir el tratamiento integral de la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático.
- Intervenciones basadas en terapia de sueño para mejorar la sintomatología asociada a la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático sin que sea necesario indagar profundamente en experiencias que podrían involucrar re-victimización.

CALIDAD DE SUEÑO Y SALUD MENTAL EN PERIODISTAS, DEFENSORES DE DERECHOS HUMANOS Y/O SUS FAMILIARES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Índice de Paz en México 2019, los niveles de violencia en el país han aumentado durante los últimos tres años. Por ejemplo, en el 2018 se reportó un incremento del 14% en el número de homicidios en comparación con 2017, lo cual implica aproximadamente 34,000 víctimas.

Algunas organizaciones no gubernamentales, en colaboración la Procuraduría General de la República, estimaron que para 2018 existían 33,000 víctimas de desaparición, muchas de las cuales involucran desaparición forzada; ser víctima de violencia no se restringe a las personas desaparecidas, sino también a sus familiares, en quienes se observan las consecuencias económicas, sociales y de salud como efecto de la desaparición. Por eso, la Convención Interamericana de Personas Desaparecidas y la Ley General de Víctimas consideran a los familiares como víctimas de violencia. De esta forma, si se considera que una familia mexicana promedio está integrada por cuatro familiares directos, las víctimas de violencia asociadas a la desaparición se estimarían hasta 155,000.

Uno de los sectores que están expuestos a situaciones de violencia y que son considerados como prioridad para el Estado mexicano son los defensores de derechos humanos y los periodistas. Como ejemplo, en 2017 se registraron 507 casos de agresiones contra periodistas y durante el primer semestre del 2018 se registraron 389 ataques, es decir, 40% más que en el mismo periodo del año anterior (Índice de Paz de México 2019).

Varias investigaciones en poblaciones de diferentes países, incluyendo México, señalan que la exposición constante a circunstancias de violencia favorece la aparición, desarrollo y prevalencia de deterioros en la salud mental (Andrade et al, 2012; Benjet et al, 2019; Medina-Mora et al, 2005; Peen et al, 2010). Cuando las personas han vivido eventos violentos, sobre todo de manera recurrente, presentan un cuadro clínico de desórdenes co-ocurrentes, en el cual los trastornos de depresión, de ansiedad y de estrés postraumático son los más frecuentes (Andrade et al, 2012; Brady et al, 2000; Foa et al, 2006; Kole & Dendukuri, 2003¹; Medina-Mora et al, 2005). En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión V (DSM-V), la depresión se comprende como un trastorno del estado de ánimo que incluye un sentimiento constante de tristeza, ánimo decaído y falta de motivación que afecta la realización de actividades que previamente provocaban placer a la persona; la ansiedad se comprende como una respuesta anticipatoria de un daño o desgracia futura acompañada de un sentimiento de disforia desagradable, síntomas somáticos, detención o conductas evitativas; el estrés postraumático se comprende como una condición clínica que surge tras haber

¹ Citados en: Djelantik AAAMJ, Robinaugh DJ, Kleber RJ, Smid GE, Boelen PA. 2019. Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 6 Feb. doi: 10.1002/da.22880.

experimentado, presenciado o compartido la experiencia de un evento que pone en riesgo la vida o la integridad de un ser humano y se caracteriza por síntomas de evitación y re-experimentación del evento, hiperactivación y síntomas físicos y mentales que incluyen trastornos del sueño, como pueden ser pesadillas e insomnio (American Psychiatric Association, 2013). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2018), los trastornos mentales más incapacitantes en América Latina son la depresión y la ansiedad. En México, el trastorno más frecuente es la ansiedad, presente en el 14% de la población alguna vez en su vida, seguida de los trastornos por uso de sustancias presentes en el 9.2% y los trastornos afectivos presentes en el 9.1% de la población (Medina-Mora et al, 2005).

Uno de los procesos más importantes para mantener una adecuada salud mental es el sueño, el cual se comprende como un estado activo, recurrente y reversible en el que baja el nivel de vigilancia, disminuye la percepción y la capacidad de respuesta a los estímulos ambientales. Una adecuada calidad de sueño diaria favorece la restauración física y mental de la persona, además de estados afectivos óptimos que facilitan su regulación emocional y sus relaciones interpersonales. Los trastornos de sueño suelen ser un criterio diagnóstico para ciertos desórdenes psiquiátricos e incluso algunos de estos trastornos incrementan el riesgo de desarrollar condiciones psiquiátricas, en particular, el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de estrés postraumático, la esquizofrenia y el alcoholismo. Dentro de los trastornos de sueño más comunes en personas con condiciones psiquiátricas se encuentran el *insomnio de inicio* caracterizado por la dificultad para iniciar o mantener el sueño, el *insomnio tardío* en el cual las personas despiertan antes de lo deseado siendo incapaces de volver a dormir, las *pesadillas* o sueños que generan angustia o ansiedad y un despertar súbito, el *síndrome de apnea obstructiva del sueño* o pausas respiratorias durante el dormir, y el *trastorno de movimientos periódicos de las extremidades* caracterizado por la presencia de movimientos involuntarios periódicos y repetidos que generan fragmentación de sueño (American Academy of Sleep Medicine, 2014; American Psychiatric Association, 2013; Krystal, 2012).

Si bien, como se mencionó arriba, los trastornos del sueño pueden favorecer ciertas condiciones psiquiátricas, por sí solos también tienen una repercusión en la calidad de vida, ya que quienes los padecen están incapacitados para realizar sus actividades cotidianas durante el día, mantener relaciones personales o ser eficientes en sus trabajos, además de incrementar el riesgo de accidentes laborales y automovilísticos. Por eso, el sueño se considera un proceso vital y necesario para el desarrollo íntegro de una persona. Cuando el sueño está afectado, por ejemplo, debido a una restricción o por la presencia de algún trastorno, se incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina, vulnerabilidad a enfermedades virales o infecciosas o trastornos gastrointestinales. Quienes no duermen adecuadamente pueden manifestar errores de juicio, impulsividad, incapacidad para reconocer una amenaza, para empatizar y para regular las propias emociones (Clum et al, 2001; Germain, 2013; Germain, Buysse &

Nofzinger, 2008; Koren et al, 2002; Kramer et al, 2003; Maher, Rego & Asnis, 2006; Nappi, Drummond & Hall, 2012; Rothbaum & Mellman, 2001).

* * *

No existen investigaciones reportadas en la literatura científica que expongan el estado de salud mental y la calidad de sueño en defensores de derechos humanos y periodistas. Sin embargo, con base en la información antes expuesta, es probable que los defensores de derechos humanos y periodistas que han experimentado situaciones de violencia, manifiesten alteraciones en el sueño y ciertas condiciones psiquiátricas que deben ser atendidas para re-establecer su salud mental.

En México, la atención y la protección de víctimas de violencia está a cargo de diferentes instituciones. Por ejemplo, la Comisión Ejecutiva de Atención a Víctimas, la Fiscalía Especial para la Atención de Delitos Cometidos Contra la Libertad de Expresión, el Mecanismo para la Protección de los Defensores de Derechos Humanos y Periodistas o la Comisión Nacional de Búsqueda. Si bien estas instituciones representan un avance para la atención de víctimas de violencia por parte del Estado mexicano, los mecanismos de protección cuentan con recursos limitados para el adecuado diagnóstico sobre las necesidades psicológicas y sociales que permitan una atención integral.

Este proyecto expone una estrategia diagnóstica para conocer el estado de salud mental, la calidad de sueño y las habilidades sociales y emocionales de periodistas, defensores de derechos humanos y/o sus familiares que se encuentran bajo la protección del Estado mexicano. Dicha necesidad ha sido ya planteada por expertos en neurociencias en colaboración con científicos sociales y autoridades del gobierno mexicano durante la Segunda Conferencia Anual sobre Violencia y Paz celebrada en el Senado de la República en 2017 (Mercadillo & Enciso, 2018).

El objetivo se centró en describir la salud mental y la incidencia de trastornos del sueño en una muestra de periodistas, defensores de derechos humanos y/o sus familiares contactadas por medio de la Secretaría Ejecutiva del Mecanismo de Seguimiento de Evaluación del Programa de Derechos Humanos y del Mecanismo de Protección Integral de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas de Ciudad de México. En particular, se evaluó la presencia de desórdenes psiquiátricos, la presencia de trastornos de sueño y las habilidades sociales y de regulación emocional que influyen en la forma de relacionarse con las demás personas.

MÉTODO

PARTICIPANTES Y ESTRATEGIA DE RECLUTAMIENTO

Con la mediación y apoyo de la Secretaría Ejecutiva del Mecanismo de Seguimiento de Evaluación del Programa de Derechos Humanos (SEMSEPDH) y del Mecanismo de Protección Integral de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas (MPIPDDHyP) de Ciudad de México, los miembros del grupo de investigación del Centro de Sueño y Neurociencias realizaron actividades para invitar a personas potencialmente interesadas en participar en el proyecto y que han sido víctimas directas o indirectas de violencia.

Los investigadores acudieron a la Quinta Reunión de Trabajo del Espacio de Participación sobre el Derecho a Defender Derechos Humanos celebrada el 15 de octubre en Casa Refugio Citlaltépetl, al Conversatorio sobre Libertad de Expresión y Desplazamiento celebrado el 22 de octubre en el Centro Cultural de España, y al Taller de Activismo Digital celebrado el 29 de octubre en Casa Refugio Citlaltépetl. En esos espacios, realizaron una presentación para explicar a los asistentes la importancia del sueño para la salud, así como los factores que lo afectan y los trastornos que pueden presentarse (ver Imágenes 1, 2 y 3). Después de la presentación, se invitó a los asistentes a participar en el proyecto de investigación, se resolvieron dudas y se entregaron trípticos con la información de contacto y objetivos del proyecto (ver Anexo 1). Como resultado de estas invitaciones, algunos participantes acudieron al Centro de Sueño y Neurociencias para realizar las evaluaciones correspondientes.

Imagen 1. Presentación en Casa Refugio Citlaltépetl





Imagen 2. Conversatorio en el Centro Cultural España



Imagen 3. Evaluación de un grupo de participantes



También, la SEMSEPDH y el MPIPDDHyP convocaron a personas que han sido víctimas directas o indirectas de violencia interesadas en participar en el proyecto para llevar a cabo las evaluaciones del mismo en las siguientes fechas:

Lunes 18 de octubre a las 14:00 hrs. en las instalaciones de la SEMSEPDH y del MPIPDDHyP.

Jueves 7 de noviembre las 14:30 hrs. en las instalaciones de Casa Mandarina.

Jueves 14 de noviembre a las 17:00 hrs. en las instalaciones del MPIPDDHyP.

Otro grupo de participantes invitado y coordinado por el Centro de Sueño y Neurociencias fue evaluado el 21 noviembre en las instalaciones del Centro de Derechos Humanos Fray Francisco de Vitoria.

Las estrategias de reclutamiento resultaron en 24 participantes (edad= 35.9 ± 10.31, mín. 23, máx. 62) que realizaron por completo las evaluaciones solicitadas: 15 mujeres (edad= 33.7 ± 11.48, mín. 21, máx. 62) y 9 hombres (edad 39.5 ± 7.14, mín. 31, máx. 50) con escolaridad de secundaria (n= 1), preparatoria (n= 1), carrera técnica (n= 1), carrera trunca (n= 2), licenciatura (n= 15) y maestría (n= 4), estado civil casado (n=1), soltero (n= 21) y en unión libre (n=2), de ocupación periodista (n= 3), defensor de derechos humanos (n=19) (ver Tabla 1-A,B,C,D).

Tabla 1. Datos generales de la muestra evaluada. A. Género; B. Estado civil; C. Escolaridad; D. Ocupación.

A			B	
Género	N	Edad (M ± D.E.)	Estado civil	N
Hombres	9	39.5 ± 7.14	Casado	1
Mujeres	15	33.7 ± 11.48	Soltero	21
Total	24	35.9 ± 10.31	Unión libre	2

C		D	
Escolaridad	N	Ocupación	N
Secundaria	1	Periodista	3
Preparatoria	1	Defensor de DH	19
Carrera técnica	1	No Especificado	2
Carrera trunca	2		
Licenciatura	15		
Maestría	4		

Toda la información utilizada en este proyecto contó con la aprobación del participante cuyos datos personales son protegidos dando cumplimiento a la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México y la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados en la Ciudad de México, siguiendo los protocolos de confidencialidad utilizados por la Secretaría Ejecutiva del Mecanismo de Seguimiento de Evaluación del Programa de Derechos

Humanos y por el Mecanismo de Protección Integral de Personas Defensoras de Derechos Humanos y Periodistas de Ciudad de México.

Cada participante concedió su consentimiento informado e impreso, el cual se extendió por triplicado para que una copia fuera entregada al SEMSEPDH, otra al participante y una más al Centro de Sueño y Neurociencias (ver Anexo 2).

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Se utilizaron siete instrumentos para evaluar constructos de interés para los objetivos del proyecto: presencia de estrés postraumático, presencia de ansiedad y depresión, índices de higiene y calidad de sueño, actitudes empáticas y habilidades de regulación emocional. La selección de los instrumentos consideró su relativa rápida aplicación en formato lápiz-papel, la claridad de los enunciados, su validez y uso en poblaciones de habla hispana, y su tipo de escala que permitiera análisis estadísticos descriptivos y de correlación:

Escala de Estrés Postraumático Validada al Español (EGSR). Consiste en una entrevista estructurada de 21 reactivos basada en los criterios diagnósticos del DSM-V para evaluar la gravedad de los síntomas de estrés postraumático. El rango del puntaje global es de 0 a 63 con un punto de corte de 20, el cual permite distinguir entre personas que manifiestan y no manifiestan síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. La escala evalúa cuatro factores: re-experimentación (rango 0-15) y evitación (rango de 0-9), ambas con un punto de corte de 4; alteraciones cognitivas / estado de ánimo (rango de 0-21) e hiperactivación psicofisiológica (rango de 0-18), ambas con punto de corte de 6 (Echeburúa et al., 2016). El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Evalúa niveles de ansiedad, conformado por 21 reactivos en un rango de 0 a 63 en el cual el rango 0-7 indica nivel mínimo, 8-15 nivel leve, 16-25 nivel moderado y 26-63 nivel grave (Beck et al., 2006). El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos.

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Evalúa la presencia de síntomas de depresión, conformado por 21 reactivos en un rango de 0 a 63 en el cual el rango 0-13 indica nivel mínimo, 14-19 nivel leve, 20-28 nivel moderado y 29-63 nivel grave (Beck et al., 2006). El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos.

Cuestionario de Higiene de Sueño (EPHS). Explora las medidas de higiene de sueño que la persona ha realizado el mes previo a la evaluación. Está compuesto por 30 reactivos. Cada reactivo es respondido en una escala de frecuencia tipo Likert de 0 “siempre” a 5 “nunca” que otorga un puntaje de 0 a 150. Un puntaje 0-30 indica pésima higiene de sueño, 31-60 mala calidad en higiene de sueño, 61-90 regular higiene de sueño, 91-120 buena higiene de sueño, 121-150 excelente higiene de sueño (Zarcone, 2000). Su tiempo aproximado de aplicación es de 10 minutos.

Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (CPCS). Evalúa la presencia de los trastornos del sueño más comunes, tales como, somnolencia, insomnio, apnea obstructiva, parálisis del dormir, enuresis, sonambulismo, bruxismo, somniloquio, piernas inquietas y pesadillas. Está conformado por 10 reactivos y proporciona un estimado de la calidad de sueño con puntuaciones que van de 0 (sin problemas para dormir) a 21 (con problemas severos para dormir) e indica un punto de corte de 6 para distinguir entre personas que duermen bien y quienes presentan un sueño deficiente (Jiménez-Genchi et al., 2008). Su tiempo de aplicación es de 10 minutos.

Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). Consiste en un instrumento conformado por 28 reactivos que evalúan actitudes o disposiciones a la empatía a partir de una perspectiva multidimensional distribuida en cuatro factores: Toma de Perspectiva, Fantasía, Preocupación Empática y Angustia Personal. Cada reactivo es respondido en una escala tipo Likert de 0 a 4, en la cual 0 representa que el enunciado “no describe a la persona” y 4 representa que la “describe muy bien”. El puntaje para cada factor se sitúa en un rango de 0-28, en el cual a mayor puntuación se asumen más actitudes empáticas representadas por ese factor (Pérez-Albéniz et al., 2003). El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos.

Cuestionario de Autorregulación Emocional. Evalúa la capacidad de Re-evaluación Emocional como un medio eficaz y saludable para una regulación emocional efectiva. Se conforma de 10 reactivos distribuidos en dos factores que indican dos estrategias de regulación emocional bien diferenciadas: Re-evaluación Cognitiva y Supresión Expresiva. Los reactivos se responden en una escala tipo Likert de 1 a 7, en la cual “1” representa que la persona “está totalmente en desacuerdo” con la descripción ofrecida y “7” representa que está “totalmente de acuerdo”. El puntaje para ambos factores va de 1-7, en el cual, mientras mayor sea su puntuación, indica que las personas presentan mayor nivel de ese factor (Rodríguez-Carvajal et al., 2006). El tiempo aproximado de aplicación es de 20 minutos.

Para responder la evaluación, a cada participante se le otorgó un cuadernillo que contenía una hoja de instrucciones generales, información demográfica y situación laboral (nombre/identidad, edad, género, estado civil, nivel de escolaridad, situación laboral), y los siete instrumentos (ver Anexo 3). Los investigadores responsables del proyecto condujeron la aplicación en cada una de las sesiones e indicaron las instrucciones para cada uno de los instrumentos.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los puntajes crudos de los reactivos correspondientes a cada instrumento fueron vertidos, calificados y categorizados de acuerdo a los lineamientos psicométricos establecidos por sus autores en bases de datos elaboradas en el programa R (Venables & Smith, 2010) y en el programa Graph Pad Prism 7 para Windows (GraphPad Software, La Jolla California USA).

Para observar la distribución de los puntajes en la población evaluada se realizaron estadísticos descriptivos de tendencia central (media, desviación estándar y mediana). Considerando la muestra de 24 participantes y las pruebas normalidad no superadas por los instrumentos, se ejecutaron correlaciones de Spearman para observar las relaciones entre los puntajes de las escalas.

RESULTADOS

Los 24 participantes habitan en Ciudad de México, pero aproximadamente la mitad de ellos son originarios de otros estados del país e incluso de otros países: Ciudad de México= 13, Estado de México= 3, Guerrero= 3, Sinaloa= 2, Michoacán= 1, Estados Unidos= 1, Honduras= 1. Los casos de personas originarias de lugares diferentes a la Ciudad de México implican modificaciones de espacios físicos, de hábitos y de rutinas laborales, familiares y sociales que son necesarias considerar para su intervención en salud mental y calidad de sueño.

Durante el proceso de reclutamiento, la mayoría de quienes aceptaron participar en el proyecto fueron mujeres, lo cual sugiere que ellas constituyen una población más dispuesta a colaborar en actividades encaminadas a conocer los efectos de su situación sobre su salud y tomar acciones para ser atendidas. Sin embargo, todos y todas indicaron haber experimentado situaciones de violencia en las cuales fueron expuestos(as) de forma directa o indirecta por lo menos tres años previos a la evaluación. Algunas personas indicaron haber experimentado esa situación en una sola ocasión (evento único), mientras que otras la experimentaron de manera frecuente (continuada). La mayoría de los casos (n= 17) indicaron una frecuencia continuada de exposición a situaciones violentas, principalmente de forma directa (n= 11) (ver Tabla 2-A y 2-B).

Tabla 2. A. División de la muestra de participantes de acuerdo con la forma y frecuencia de la situación violenta experimentada. B. Intersección de los casos de acuerdo a la forma de exposición y frecuencia del evento. *Exposición indirecta significa que el o la participante fue testigo por referencia, por ejemplo, que la víctima fue una persona significativa para él o ella, o bien, que intervino profesional o particularmente en actividades o tareas de emergencia para atender víctimas de violencia.

A 

Forma y frecuencia de la situación violenta		Número de casos		
		Hombres	Mujeres	Total
Forma de exposición	Directa	5	8	13
	*Indirecta	4	7	11
Frecuencia	Evento único	3	4	7
	Continuada	6	11	17

B

	Exposición directa			Exposición indirecta		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Evento único	0	2	2	3	2	5
Frecuencia continuada	5	6	11	1	5	6

Los puntajes obtenidos en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) indican que la mayoría de las y los participantes (n=19) muestran síntomas graves asociados a este trastorno. Sólo cinco participantes no muestran tales síntomas y se ubican en una proporción mayor para el caso de los hombres (ver Tabla 3). Estos resultados sugieren que el factor de atención primordial se situaría en el tipo de violencia experimentada, ya que tanto la exposición directa como indirecta, así como un evento único o continuado provocaron síntomas similares asociados al TEPT en los participantes.

Tabla 3. Puntajes de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno Estrés Postraumático para cada participante. Se indica el género, la forma exposición a la situación violenta (Dir.= directa; Ind.= indirecta), la frecuencia de exposición (Única / Cont.=continuada). Los casos señalados en color naranja indican la presencia de síntomas de estrés postraumático: Rexp.= re-experimentación. Un puntaje mayor a 4 indica re-experimentación o recuerdos, alucinaciones, ilusiones, flashbacks o pesadillas asociadas a la situación experimentada; Evi. = evitación. Un puntaje mayor a 4 indica evitación de personas, lugares, pensamientos o conversaciones asociadas a la situación experimentada; AC/EA= alteraciones cognitivas o del estado de ánimo. Un puntaje mayor a 6 indica dificultades para recordar aspectos importantes asociados a la situación experimentada, expectativas negativas sobre sí mismo, sobre su futuro o sobre los demás; HipAc= hiperactivación. Un puntaje mayor a 6 indica la presencia de trastornos del sueño tales como, insomnio, hipervigilancia, sobresaltos, problemas de concentración o irritabilidad; PG= puntaje global. Un puntaje mayor a 20 indica la presencia de síntomas graves.

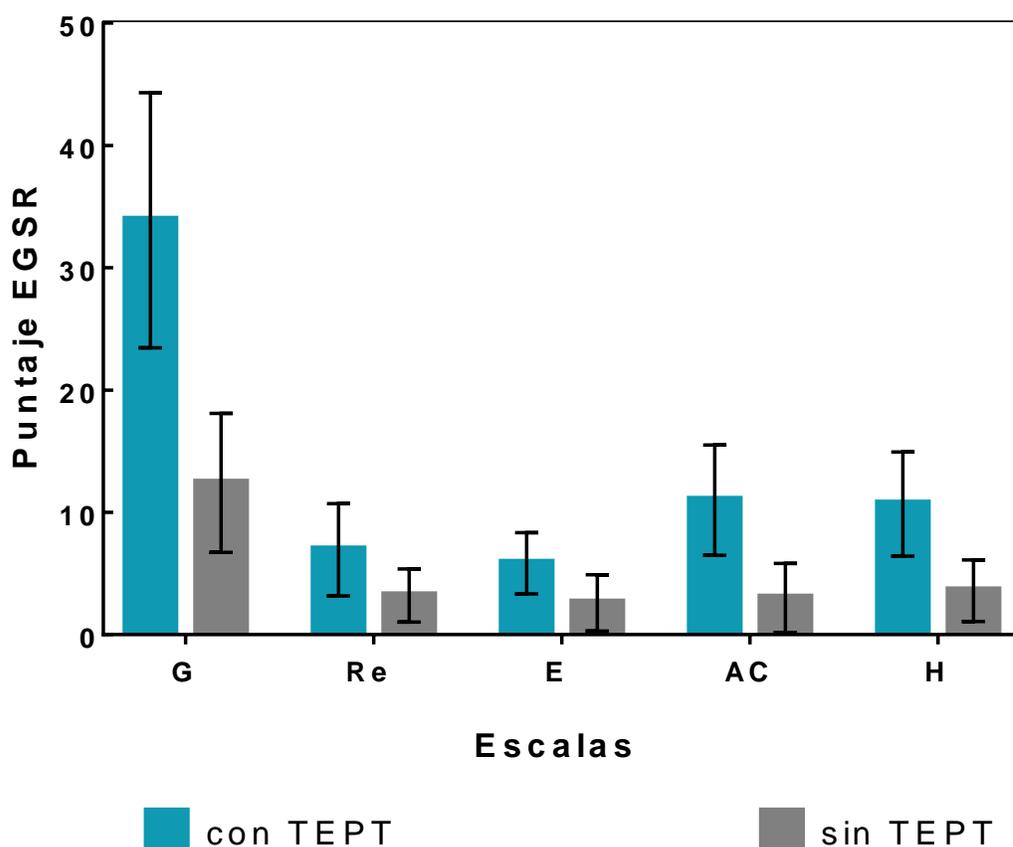
Caso	Género	Exposición		Síntomas de Estrés Postraumático			
		Forma	Frecuencia	Rexp.	Evi.	AC/EA	HipAc
3	Mujer	Dir.	Cont.	7	6	7	6
4	Mujer	Ind.	Cont.	0	0	1	2
5	Mujer	Dir.	Cont.	15	8	13	12
6	Mujer	Ind.	Cont.	11	9	15	13
9	Mujer	Ind.	Única	4	3	2	2
10	Mujer	Dir.	Cont.	3	4	8	6
12	Mujer	Dir.	Cont.	10	9	19	18
13	Mujer	Dir.	Cont.	6	4	3	10
15	Mujer	Ind.	Cont.	6	4	3	12
18	Mujer	Ind.	Cont.	6	6	10	8
19	Mujer	Ind.	Única	7	9	17	12
20	Mujer	Dir.	Cont.	4	7	7	8
21	Mujer	Ind.	Cont.	6	9	11	6
22	Mujer	Dir.	Única	7	2	10	10
23	Mujer	Ind.	Única	6	6	14	10
1	Hombre	Ind.	Única	4	6	9	8
2	Hombre	Dir.	Cont.	5	6	2	3
7	Hombre	Dir.	Cont.	15	2	16	8
8	Hombre	Dir.	Cont.	1	3	9	10
11	Hombre	Dir.	Cont.	5	1	2	8
14	Hombre	Dir.	Cont.	10	9	16	23
16	Hombre	Ind.	Cont.	5	3	9	14
17	Hombre	Ind.	Única	3	5	13	9
24	Hombre	Dir.	Única	2	3	8	3

El Puntaje Global y los puntajes para cada síntoma que indican la presencia grave de estrés postraumático en la muestra total de participantes se exponen en la Tabla 4 y se ilustran en la Gráfica 1.

Tabla 4. Medias, Desviación Estándar (D.E.) y Medianas de los puntajes de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno para el grupo de participantes que manifestó síntomas graves del TEPT (n= 19) y para el grupo que no manifestó síntomas (n=5). Puntaje Global de síntomas graves; Re-exp.= re-experimentación o recuerdos, alucinaciones, ilusiones, flashbacks o pesadillas asociadas a la situación experimentada; Evitación= evitación de personas, lugares, pensamientos o conversaciones asociadas a la situación experimentada; AC/EA= alteraciones cognitivas o del estado de ánimo o dificultades para recordar aspectos importantes asociados a la situación experimentada, expectativas negativas sobre sí mismo, sobre su futuro o sobre los demás; Hiperactivación= presencia de trastornos del sueño tales como, insomnio, hipervigilancia, sobresaltos, problemas de concentración o irritabilidad.

	Puntaje de gravedad de síntomas	Grupo con síntomas graves de TEPT (n=19)		Grupo sin síntomas graves de TEPT (n=5)	
		Media ± D.E.	Mediana	Media ± D.E.	Mediana
Puntaje Global	Mayor a 20	33.89 ± 10.42	30	12.4 ± 5.68	16
Re-exp.	Mayor a 4	6.94 ± 3.77	6	3.2 ± 2.16	4
Evitación	Mayor a 4	5.84 ± 2.50	6	2.6 ± 2.30	3
AC / EA	Mayor a 6	11 ± 4.50	10	3 ± 2.8	2
Hiperactivación	Mayor a 6	10.68 ± 4.25	10	3.6 ± 2.5	3

Gráfica 1. Ilustración de la distribución media y desviación estándar de los puntajes de la Escala de Gravedad de Síntomas (EGSR) para el grupo de participantes que manifestó síntomas graves del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (n= 19) y para el grupo que no manifestó síntomas (n=5). G= puntaje global. Un puntaje mayor a 20 indica la presencia de síntomas graves. Re= re-experimentación. Un puntaje mayor a 4 indica re-experimentación o recuerdos, alucinaciones, ilusiones, flashbacks o pesadillas asociadas a la situación experimentada; E = evitación. Un puntaje mayor a 4 indica evitación de personas, lugares, pensamientos o conversaciones asociadas a la situación experimentada; AC= alteraciones cognitivas o del estado de ánimo. Un puntaje mayor a 6 indica dificultades para recordar aspectos importantes asociados a la situación experimentada, expectativas negativas sobre sí mismo, sobre su futuro o sobre los demás; H= hiperactivación. Un puntaje mayor a 6 indica la presencia de trastornos del sueño tales como, insomnio, hipervigilancia, sobresaltos, problemas de concentración o irritabilidad.

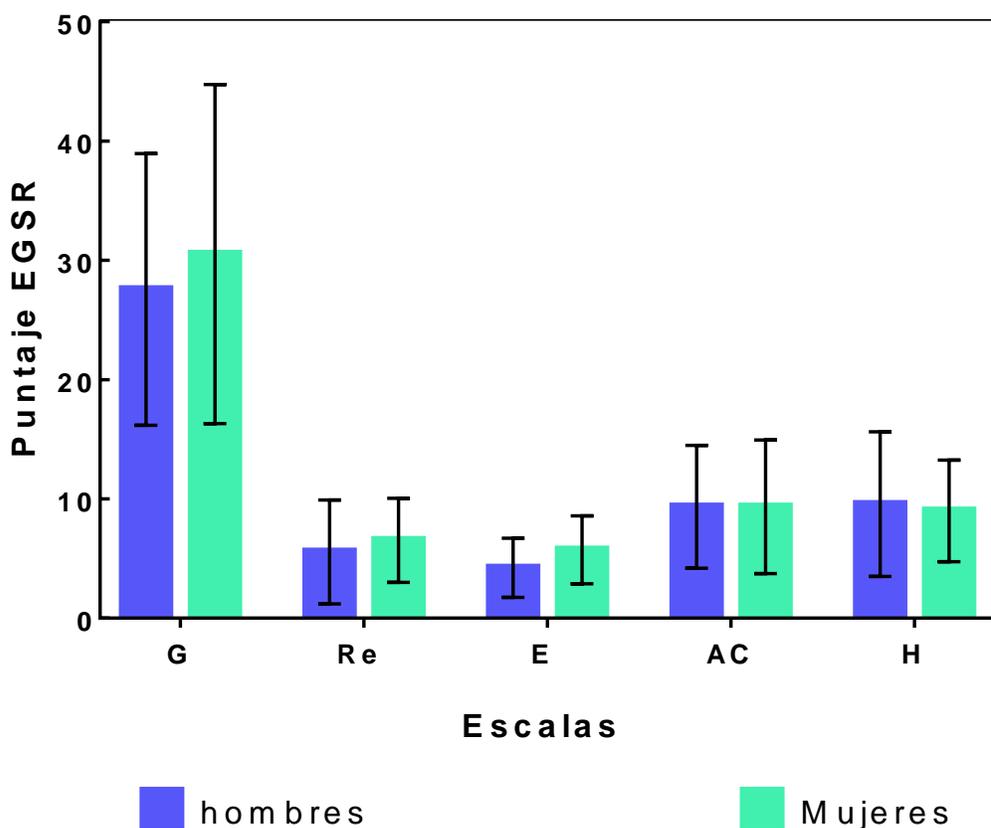


La presencia de síntomas graves asociados al Trastornos de Estrés Postraumático no parece atender a diferencias de género, ya que tanto hombres como mujeres muestran puntajes globales y para cada síntoma similares (ver Tabla 5 y Grafica 2).

Tabla 5. Medias, Desviación Estándar (D.E.) y Medianas de los puntajes de la Escala de Gravedad de Síntomas divididas por género en hombres y mujeres manifestaron síntomas graves del TEPT. Puntaje Global de síntomas graves; Re-exp.= re-experimentación o recuerdos, alucinaciones, ilusiones, flashbacks o pesadillas asociadas a la situación experimentada; Evitación= evitación de personas, lugares, pensamientos o conversaciones asociadas a la situación experimentada; AC/EA= alteraciones cognitivas o del estado de ánimo o dificultades para recordar aspectos importantes asociados a la situación experimentada, expectativas negativas sobre sí mismo, sobre su futuro o sobre los demás; Hiperactivación= o presencia de trastornos del sueño tales como, insomnio, hipervigilancia, sobresaltos, problemas de concentración o irritabilidad.

??	??	Mujeres (n= 15)		Hombres (n= 9)	
		Media ± D.E.	Mediana	Media ± D.E.	Mediana
Puntaje Global	Mayor a 20	30.53 ± 14.21	29	27.55 ± 4.36	27
Reexp.	Mayor a 4	6.53 ± 3.52	6	5.55 ± 2.48	5
Evitación	Mayor a 4	5.73 ± 2.84	6	4.22 ± 5.14	3
AC / EA	Mayor a 6	9.33 ± 5.60	10	9.33 ± 6.06	9
Hiperactivación	Mayor a 6	9 ± 4.25	10	9.55 ± 4.36	8

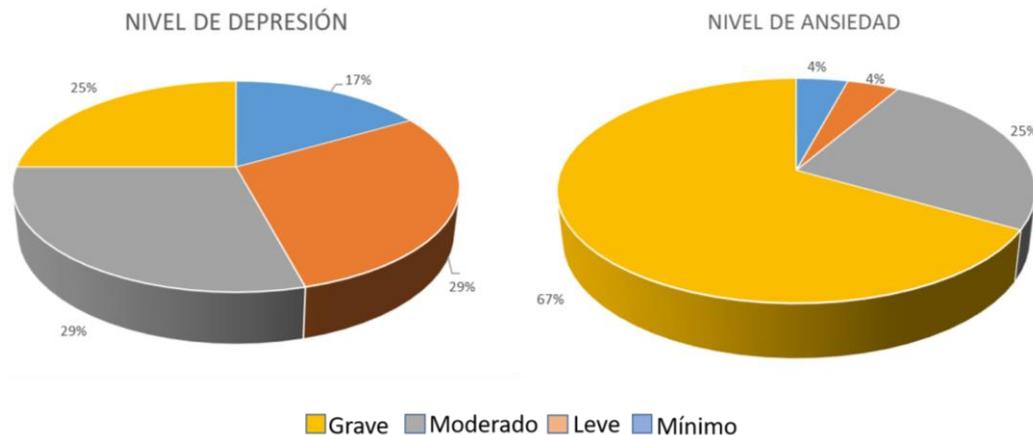
Gráfica 2. Ilustración de la distribución media y desviación estándar de los puntajes de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGSR) para hombres (n= 9) y mujeres (n= 15) que manifestaron síntomas graves. G= puntaje global. Un puntaje mayor a 20 indica la presencia de síntomas graves. Re= re-experimentación. Un puntaje mayor a 4 indica re-experimentación o recuerdos, alucinaciones, ilusiones, flashbacks o pesadillas asociadas a la situación experimentada; E = evitación. Un puntaje mayor a 4 indica evitación de personas, lugares, pensamientos o conversaciones asociadas a la situación experimentada; AC= alteraciones cognitivas o del estado de ánimo. Un puntaje mayor a 6 indica dificultades para recordar aspectos importantes asociados a la situación experimentada, expectativas negativas sobre sí mismo, sobre su futuro o sobre los demás; H= hiperactivación. Un puntaje mayor a 6 indica la presencia de trastornos del sueño tales como, insomnio, hipervigilancia, sobresaltos, problemas de concentración o irritabilidad.



Respecto a los resultados obtenidos en los Inventarios de Depresión y de Ansiedad de Beck, 25% (n= 6) de la población manifestó niveles graves de depresión, 29% (n=7) niveles moderados (n= 7), 29% (n=7) niveles leves y 17% (n=4) niveles mínimos. En tanto, el 67% (n= 16) manifestó niveles graves de ansiedad, 25% (n= 6) niveles moderados, 4% (n= 1) niveles leves y 4% (n= 1) niveles mínimos (ver Gráfica 3). Estos resultados, sumados a la presencia de TEPT mostrada en la gráficas previas, coinciden con reportes que señalan que las personas que han vivido o viven situaciones violentas presentan un cuadro clínico

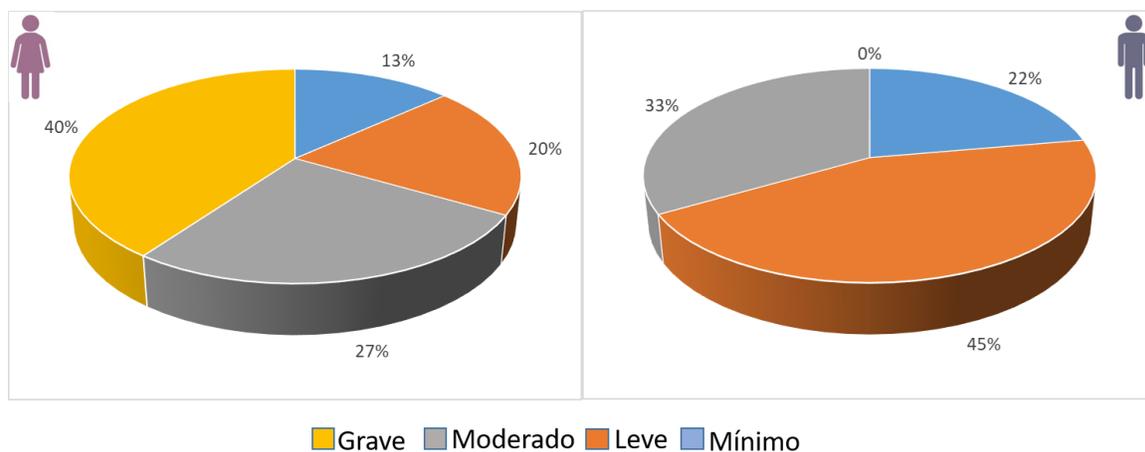
configurado por depresión, ansiedad y estrés postraumático (Andrade et al, 2012; Brady et al, 2000; Foa et al, 2006; Kole & Dendukuri, 2003²; Medina-Mora et al, 2005).

Gráfica 3. Porcentaje de participantes que manifestaron niveles graves, moderados, leves y mínimos de Ansiedad y Depresión en el total de la muestra de participantes.



Una proporción mayor de mujeres manifestaron niveles graves (40%, n= 6) y moderados (27%, n= 4) de depresión, en tanto que 33% (n= 3) de los hombres manifestaron niveles de depresión moderados y 45 % (n= 4) niveles leves (ver Gráfica 4).

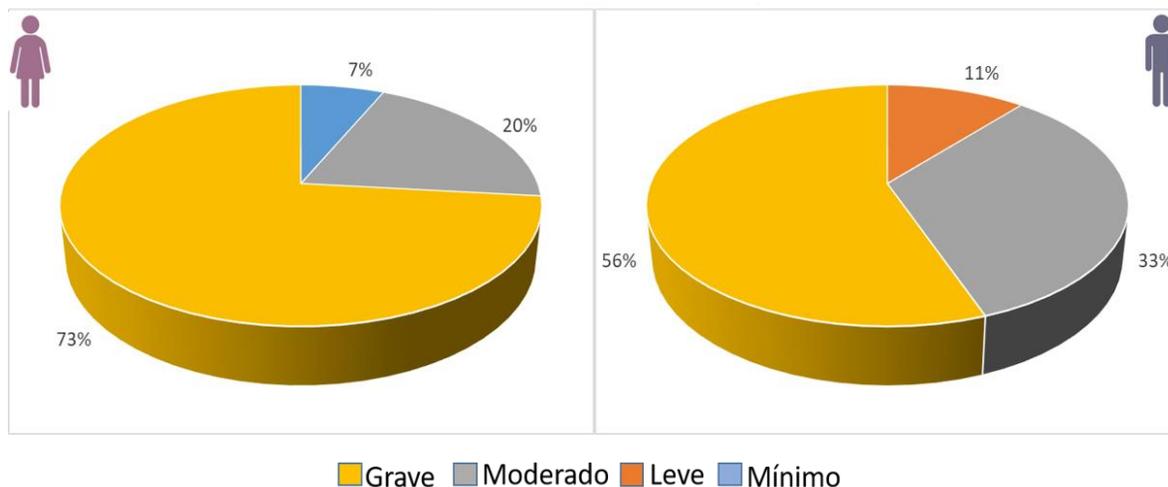
Gráfica 4. Porcentaje de mujeres y hombres que manifestaron niveles de graves, moderados, leves y mínimos depresión de acuerdo con el Inventario de Depresión de Beck.



También en el caso de la ansiedad, una proporción mayor de mujeres manifestaron niveles graves (73%, n= 11), en tanto que 56% (n= 5) de los hombres manifestaron niveles graves y 33 % (n= 3) niveles moderados (ver Gráfica 5).

² Citados en: Djelantik AAAMJ, Robinaugh DJ, Kleber RJ, Smid GE, Boelen PA. 2019. Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 6 Feb. doi: 10.1002/da.22880.

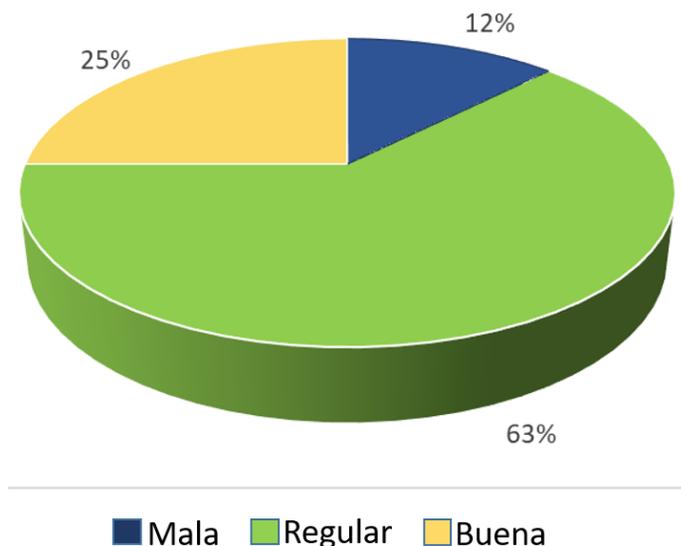
Gráfica 5. Porcentaje de mujeres y hombres que manifestaron niveles de graves, moderados, leves y mínimos ansiedad de acuerdo con el Inventario de Ansiedad de Beck.



Tanto mujeres como hombres mostraron niveles graves o moderados de depresión y ansiedad que indican la necesidad de atención psicológica y/o psiquiátrica. Sin embargo, la mayor proporción de mujeres con depresión y ansiedad grave, sugiere que la atención para ambos trastornos debe ser diferenciada por género e indagar factores biológicos y psicosociales, por ejemplo, la influencia de la función hormonal o el rol dentro de la familia, que podrían incrementar el riesgo de desarrollar estos trastornos en las mujeres.

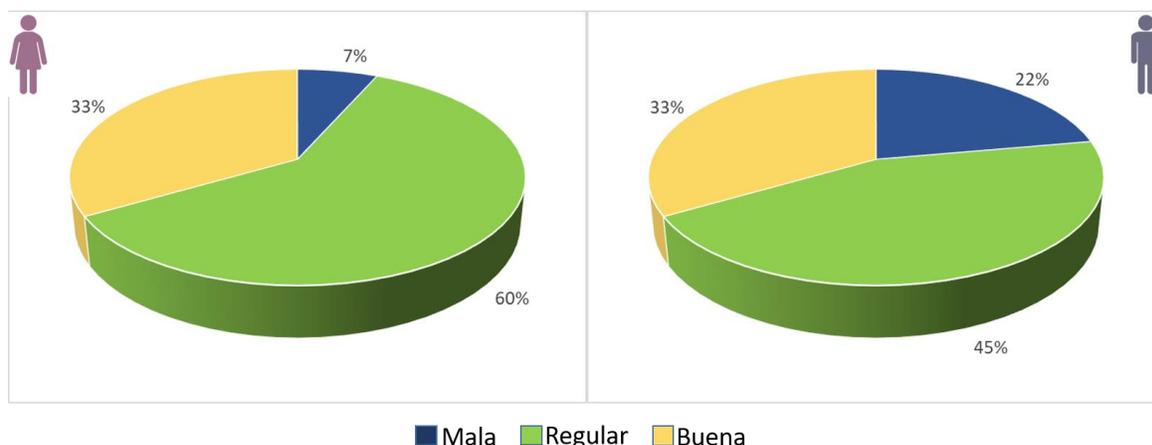
Respecto a sus hábitos y estrategias de higiene de sueño evaluadas con el Cuestionario de Higiene de Sueño, la mayor parte de los participantes (63%, n= 15) indicaron tener higiene sueño regular, lo cual significa que llevan a cabo las prácticas necesarias para dormir adecuadamente, por ejemplo, procurar un ambiente confortable y cumplir rutinas y horarios para iniciar el sueño y el despertar, evitar actividades que dificultan el dormir tales como, ver la televisión, utilizar dispositivos electrónicos o no consumir bebidas estimulantes o alcohol. Sólo una proporción menor de participantes manifestó una mala higiene de sueño (12%, n= 3) (ver Gráfica 6).

Gráfica 6. Porcentaje participantes que indican hábitos y estrategias asociados a una buena, regular y mala Higiene de Sueño.



El género no parece constituir un factor que influya en la higiene de sueño, ya que si bien una proporción mayor de mujeres (60%) indicó hábitos o estrategias asociadas a una higiene de sueño regular, también una proporción similar de mujeres (33%, n= 5) y hombres (33%, n= 3) indicaron hábitos o estrategias asociadas a una buena higiene de sueño (ver Gráfica 7).

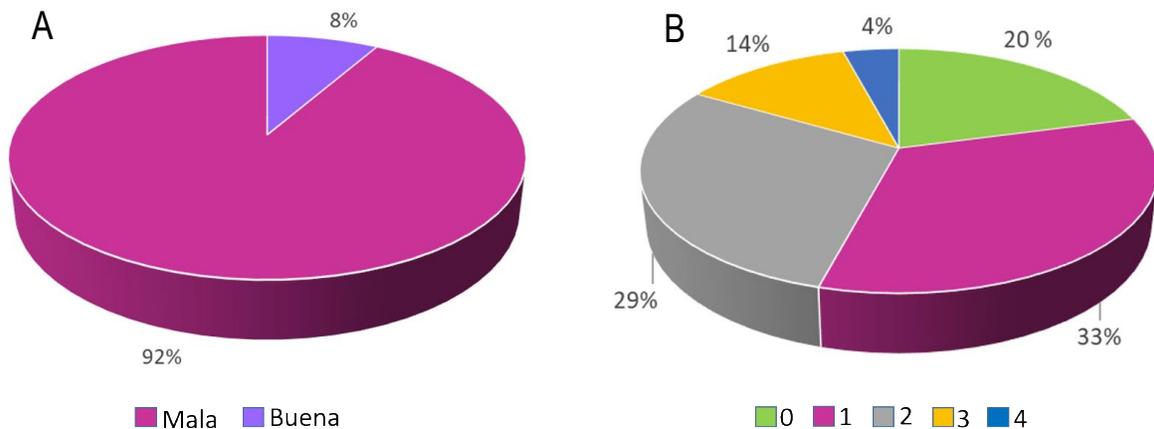
Gráfica 7. Porcentaje de mujeres y de hombres que indican hábitos y estrategias asociados a una buena, regular y mala Higiene de Sueño.



La calidad de sueño evaluada con Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh indica que el 92% de los participantes presentan una mala calidad de sueño y solo 8% manifiesta una buena calidad de sueño (Gráfica 8-A). La mala calidad de sueño puede estar asociada a la presencia de distintos trastornos, tales como, insomnio, apnea obstructiva del sueño, parálisis del dormir, sonambulismo, bruxismo, somniloquios, piernas inquietas y/o

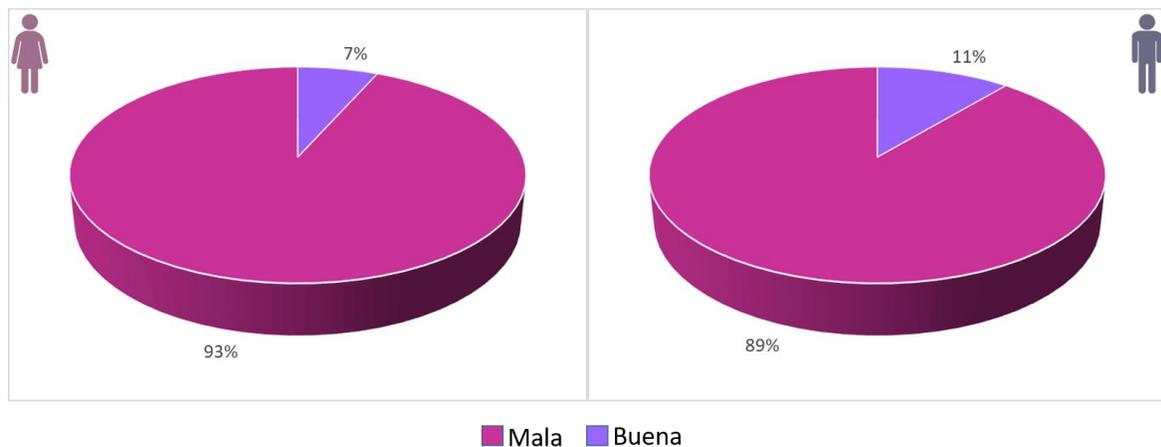
pesadillas (Jiménez-Genchi et al., 2008). En relación a esto, se observó la mayoría de los participantes (80%, n= 19) manifestaron síntomas correspondientes a por lo menos un trastorno de sueño (Gráfica 8-B).

Gráfica 8. Calidad de sueño evaluada con Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. A. Porcentaje de participantes que manifestaron buena o mala calidad de sueño. B. Porcentaje de participantes que manifestaron 4 ó 3 ó 2 ó 1 ó ningún trastorno del sueño.



La mala calidad de sueño se presenta en proporciones similares para mujeres (mala calidad: 96%, n= 14, buena calidad: 7%, n=1) y hombres (mala calidad: 89%, n= 8; buena calidad: 11%, n= 1) (ver Gráfica 9).

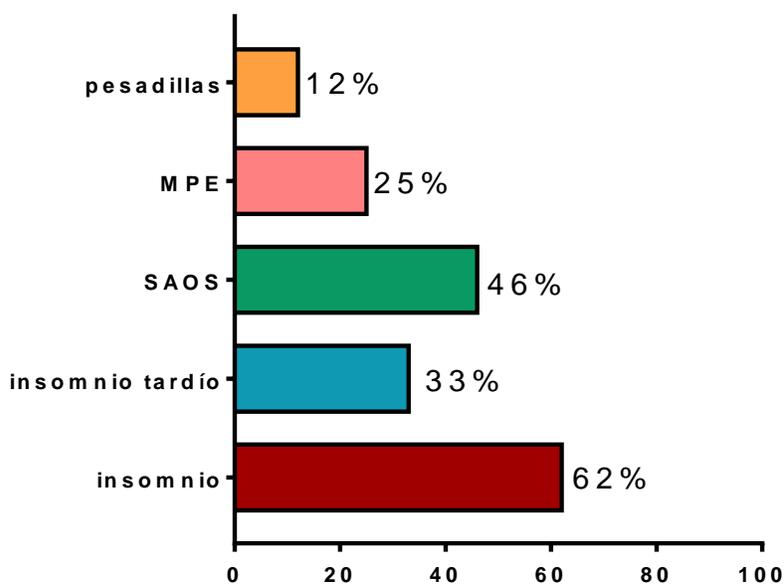
Gráfica 9. Porcentaje de mujeres y de hombres que manifestaron buena o mala calidad de sueño evaluada de acuerdo con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh.



Los resultados indican que la mayoría de los participantes mantienen una buena o regular higiene de sueño, pero esta higiene no evita la mala calidad de sueño observada en la mayoría de los participantes. La mala calidad significa la interrupción y/o fragmentación del sueño, comúnmente causada por la presencia de trastornos del dormir, los cuales son parte de la sintomatología del trastorno del estrés postraumático, de la depresión y de la ansiedad (American Psychiatric Association, 2013), presentes en

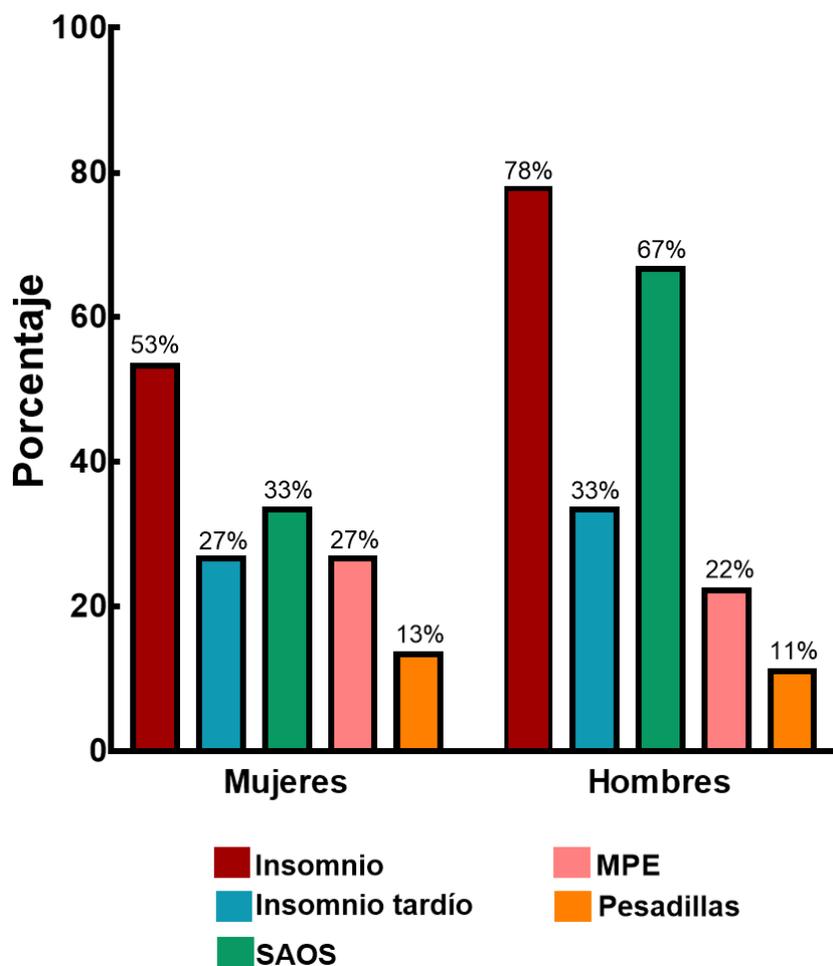
los participantes. De hecho, de los 19 participantes que manifestaron trastornos de sueño, los más frecuentes fueron insomnio (62%, n= 15), insomnio tardío (33%, n= 8), síndrome de apnea obstructiva del sueño (46%, n= 11), movimientos periódicos de las extremidades (25%, n= 6) y pesadillas (12 %, n= 3) (ver Gráfica 10).

Gráfica 10. Porcentaje de participantes que manifestaron los trastornos de sueño más frecuentes evaluados con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Insomnio: reducción de la capacidad para dormir; Insomnio tardío: despertar precoz o temprano; SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. Pausas respiratorias que interrumpen en proceso de sueño; MPE: Movimientos Periódicos de las Extremidades. Espasmos o movimientos de brazos o piernas que interrumpen el proceso de sueño; Pesadillas: sueños con contenido aversivo que inducen despertares con sobresaltos.



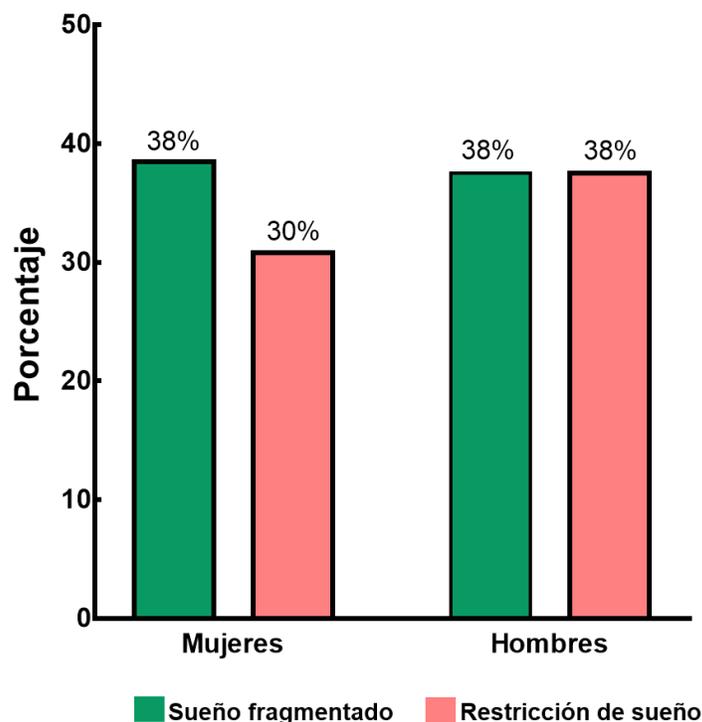
Aunque una proporción mayor de hombres manifestó insomnio (78%, n= 7) y síndrome de apnea obstructiva del sueño (67%, n= 6), las proporciones de mujeres y hombres que manifestaron insomnio tardío, movimientos periódicos de las extremidades y pesadillas fueron similares (ver Gráfica 11).

Gráfica 11. Porcentaje de hombres y de mujeres que manifestaron los trastornos de sueño más frecuentes evaluados con el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh. Insomnio: reducción de la capacidad para dormir; Insomnio tardío: despertar precoz o temprano; SAOS: Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño. Pausas respiratorias que interrumpen en proceso de sueño; MPE: Movimientos Periódicos de las Extremidades. Espasmos o movimientos de brazos o piernas que interrumpen el proceso de sueño; Pesadillas: sueños con contenido aversivo que inducen despertares con sobresaltos.



Además, de las 14 mujeres que manifestaron mala calidad de sueño (ver Gráfica 9), 38% (n= 5) manifestó sueño fragmentado y 30% (n= 4) manifestó restricción de sueño. Esta proporción fue similar a la de los 8 hombres que manifestaron mala calidad de sueño (ver Gráfica 9), en los cuales 38% (n= 3) manifestó sueño fragmentado y 38% (n= 3) manifestó restricción de sueño. La proporción de hombres y mujeres que manifestaron sueño fragmentado y restricción de sueño de ilustra en las Gráfica 12.

Gráfica 12. Porcentaje de mujeres y de hombres que manifestaron sueño fragmentado y restricción de sueño.

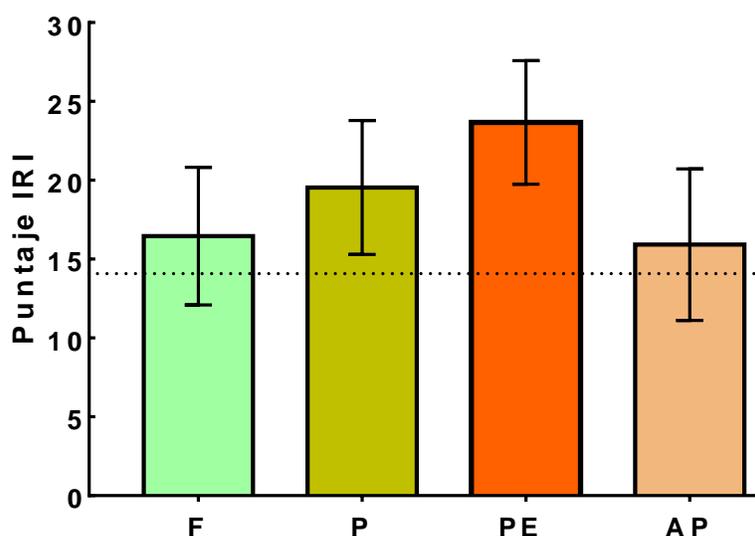


Se ha propuesto que la restricción y la mala calidad del sueño influye en procesos empáticos y actitudes hostiles que pueden afectar las relaciones interpersonales (Gordon et al. 2017). Sin embargo, de acuerdo con los resultados del Índice de Reactividad Interpersonal, los participantes manifiestan actitudes empáticas que indican preocupación por las desgracias o situaciones de otras personas. El total de la muestra presentó puntajes por encima de la línea media para cada uno de los factores: Fantasía o tendencia a transponerse imaginativamente en situaciones ficticias; Toma de Perspectiva o capacidad para entender la perspectiva de otras personas; Preocupación Empática por los demás; Angustia personal o sentimientos de miedo, aprensión e incomodidad frente a situaciones aversivas en otras personas (Pérez-Albéniz et al., 2003). Las mujeres mostraron puntajes más altos en los factores Toma de perspectiva y Preocupación empática (ver Tabla 6, Gráfica 13 y Gráfica 14).

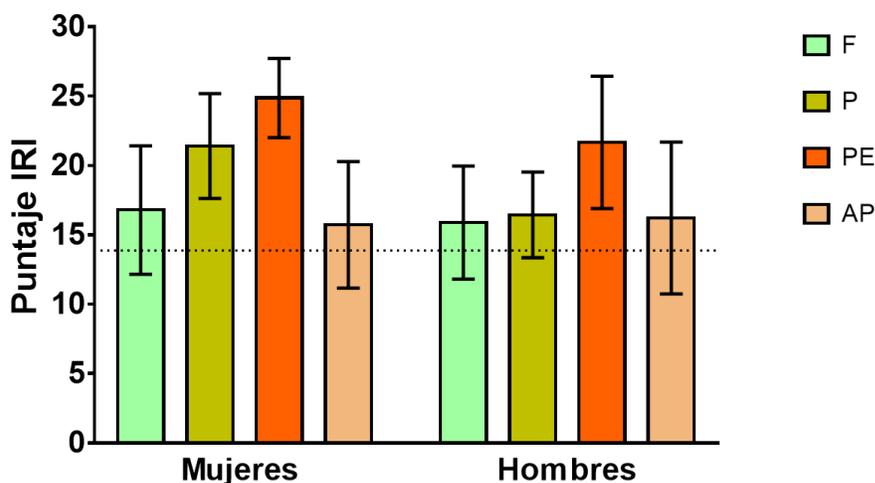
Tabla 6. Puntajes para cada uno de los factores que conforman el índice de Reactividad Interpersonal obtenidos para el total de la muestra, para mujeres y para hombres. Este índice otorga una calificación de 0 a 28, en la cual un puntaje de 14 indica actitudes empáticas medias y puntajes superiores indican actitudes empáticas superiores al promedio. Fantasía= tendencia a transponerse imaginativamente en situaciones ficticias; Toma de Perspectiva= capacidad para entender la perspectiva de otras personas; Preocupación Empática= preocupación por el estado de los demás; Angustia Personal= sentimientos de miedo, aprensión e incomodidad frente a situaciones aversivas en otras personas

Factores	Total		Mujeres			Hombres			
	Media	DE	Media	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana
Fantasía	16.1	4.52	16.5	16.8	4.63	17	15.88	4.07	17
Toma de Perspectiva	20	4.35	19	21.4	3.77	21	16.44	3.08	16
Preocupación Empática	24.7	2.67	25	24.86	2.85	26	21.66	4.76	24
Angustia Personal	16.2	4.96	17	15.73	4.55	17	16.22	5.47	17

Gráfica 13. Representación de los puntajes para cada uno de los factores que conforman el índice de Reactividad Interpersonal (IRI) obtenidos para el total de la muestra. Este índice otorga una calificación de 0 a 28, en la cual un puntaje de 14 indica actitudes empáticas medias y puntajes superiores indican actitudes empáticas superiores al promedio. Puntajes para cada uno de los factores que conforman el índice de Reactividad Interpersonal obtenidos para el total de la muestra, para mujeres y para hombres. Este índice otorga una calificación de 0 a 28, en la cual un puntaje de 14 indica actitudes empáticas medias y puntajes superiores indican actitudes empáticas superiores al promedio. F= Fantasía o tendencia a transponerse imaginativamente en situaciones ficticias; P= Toma de Perspectiva o capacidad para entender la perspectiva de otras personas; PE= Preocupación Empática o preocupación por el estado de los demás; AP= Angustia Personal o sentimientos de miedo, aprensión e incomodidad frente a situaciones aversivas en otras personas



Gráfica 14. Representación de los puntajes para cada uno de los factores que conforman el índice de Reactividad Interpersonal obtenidos para mujeres y hombres. Este índice otorga una calificación de 0 a 28, en la cual un puntaje de 14 indica actitudes empáticas medias y puntajes superiores indican actitudes empáticas superiores al promedio. Puntajes para cada uno de los factores que conforman el índice de Reactividad Interpersonal obtenidos para el total de la muestra, para mujeres y para hombres. Este índice otorga una calificación de 0 a 28, en la cual un puntaje de 14 indica actitudes empáticas medias y puntajes superiores indican actitudes empáticas superiores al promedio. F= Fantasía o tendencia a transponerse imaginativamente en situaciones ficticias; P= Toma de Perspectiva o capacidad para entender la perspectiva de otras personas; PE= Preocupación Empática o preocupación por el estado de los demás; AP= Angustia Personal o sentimientos de miedo, aprensión e incomodidad frente a situaciones aversivas en otras personas

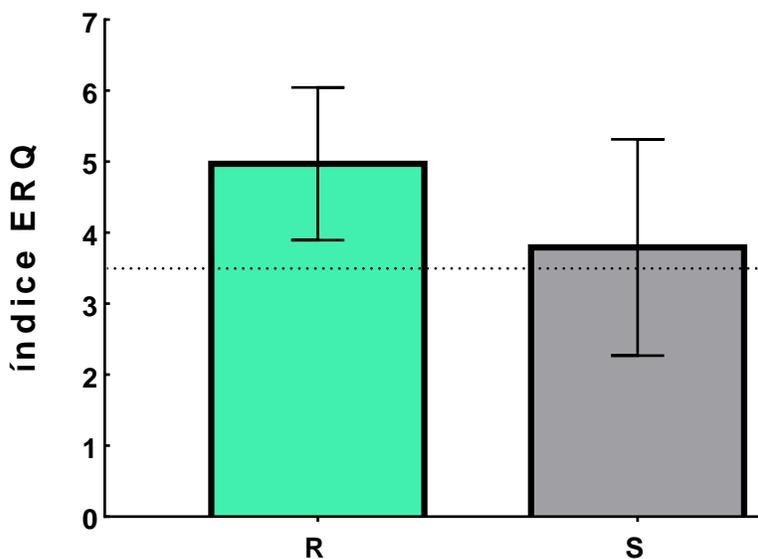


El Cuestionario de Autorregulación Emocional evalúa la capacidad de Re-evaluación Emocional como un medio eficaz y saludable para una regulación emocional efectiva (Rodríguez-Carvajal et al., 2006). La tendencia central en los participantes para este cuestionario indicó niveles similares de Reevaluación y Supresión, aunque las mujeres parecen hacer más uso de la Re-evaluación y no de la Supresión como una estrategia para regular sus estados emocionales (ver Tabla 7, Gráfica 15 y Gráfica 16). Lo anterior podría explicar su mayor disposición a colaborar en actividades para conocer su estado de salud y tomar acciones correspondientes, como se observó en el reclutamiento de este estudio.

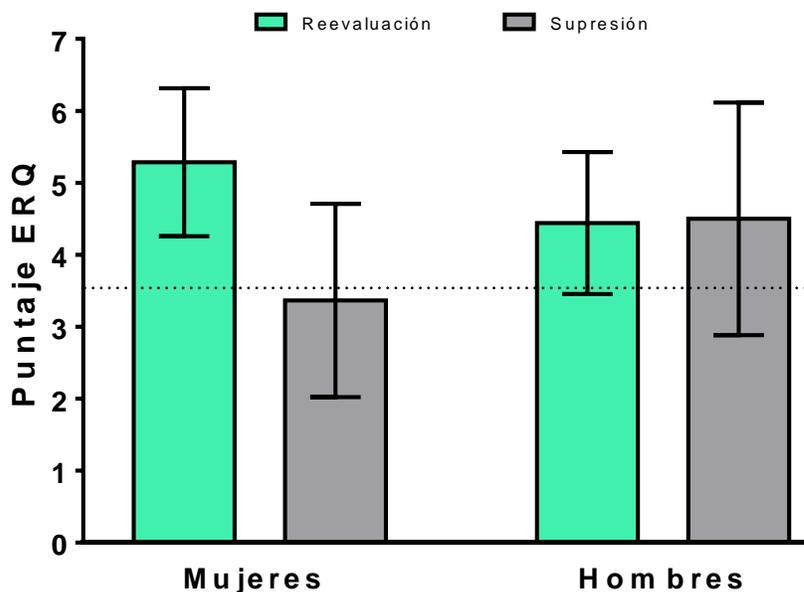
Tabla 7. Puntajes para cada uno de los factores que conforman el Cuestionario de Autorregulación Emocional obtenidos para el total de la muestra, para mujeres y para hombres. Este cuestionario otorga una calificación de 0 a 7, en la cual un puntaje superior de 3.5 indica que la persona hace más uso de la re-evaluación o de la supresión para regular sus estados emocionales.

	Total		Mujeres			Hombres			
	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana	Media	DE	Mediana
Reevaluación	4.84	1.10	4.83	5.28	1.02	5.33	4.44	0.98	4.66
Supresión	4.07	1.48	4.375	3.36	1.34	3.00	4.50	1.61	4.75

Gráfica 15. Ilustración de los puntajes para cada uno de los factores que conforman el Cuestionario de Autorregulación Emocional (ERQ) obtenidos para el total de la muestra. Este cuestionario otorga una calificación de 0 a 7, en la cual un puntaje superior de 3.5 indica que la persona hace más uso de la re-evaluación (R) o de la supresión (S) para regular sus estados emocionales.



Gráfica 16. Ilustración de los puntajes para cada uno de los factores que conforman el Cuestionario de Autorregulación Emocional (ERQ) obtenidos para mujeres y para hombres. Este cuestionario otorga una calificación de 0 a 7, en la cual un puntaje superior de 3.5 indica que la persona hace más uso de la re-evaluación o de la supresión para regular sus estados emocionales.

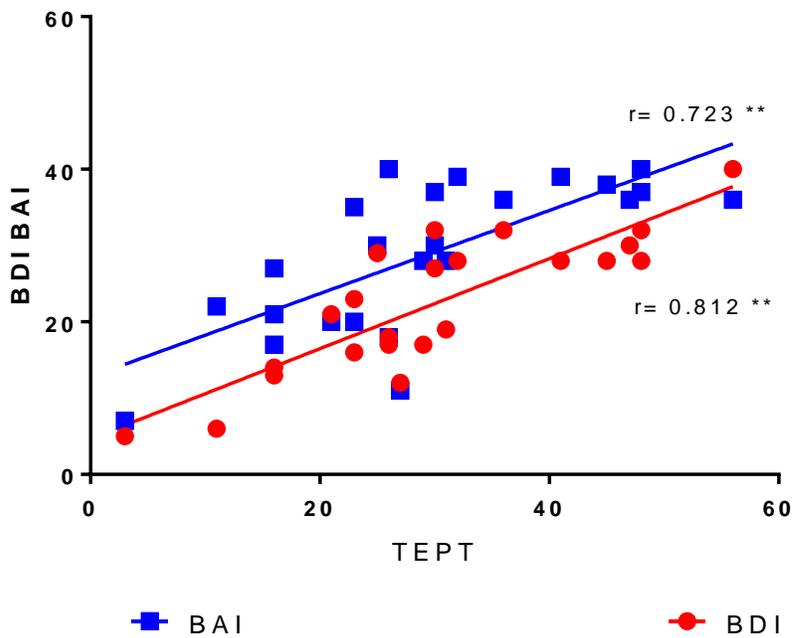


Los análisis relacionales indicaron una correlación positiva entre la gravedad de los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático y los síntomas de depresión ($R= 0.812$, $p < 0.001$). También se observó una correlación positiva con los síntomas de ansiedad ($R= 0.723$, $p < 0.001$) (ver Gráfica 17). Estas relaciones confirman un cuadro de trastornos co-ocurrentes en personas que han experimentado situaciones de violencia.

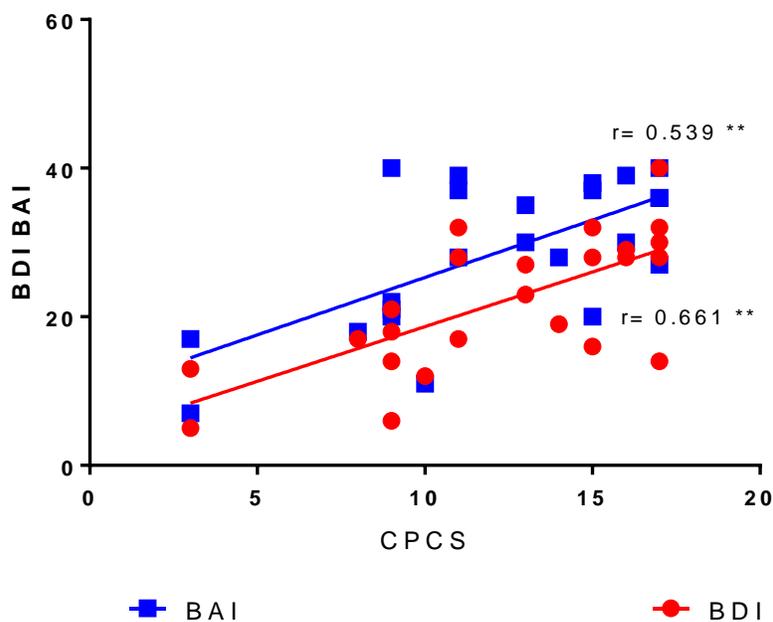
También se identificaron correlaciones positivas entre la calidad de sueño y la gravedad de los síntomas de depresión ($R= 0.539$, $p < 0.001$) y de ansiedad ($R= 0.661$, $p < 0.001$) (ver Gráfica 18). Es decir, la mala calidad de sueño puede ser provocada por la presencia de depresión y ansiedad.

La calidad de sueño también se correlacionó positivamente con la gravedad de los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático ($R= 0.635$, $p < 0.001$) (ver Gráfica 19), lo cual confirma que la sintomatología de este trastorno afecta el sueño adecuado de los participantes.

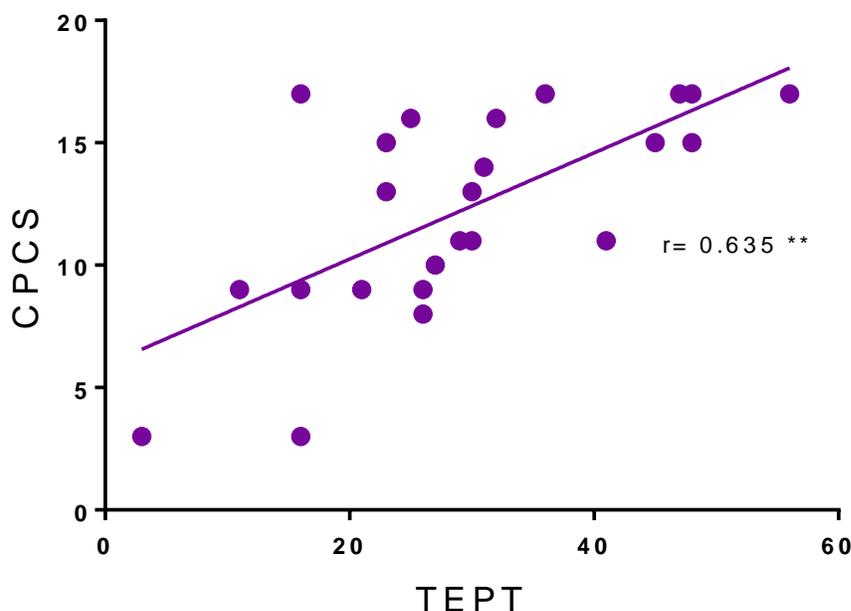
Gráfica 17. Ilustración de la correlación entre los puntajes obtenidos en la Escala de Estrés Postraumático y los obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (en rojo) y el Inventario de Ansiedad de Beck (en azul). Para ambos casos, la correlación fue positiva y significativa a una $p < 0.001$.



Gráfica 18. Ilustración de la correlación entre los puntajes obtenidos en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh y los obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck (en rojo) y el Inventario de Ansiedad de Beck (en azul). Para ambos casos, la correlación fue positiva y significativa a una $p < 0.001$.



Gráfica 19. Ilustración de la correlación entre los puntajes obtenidos en el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (CPCS) y los obtenidos en la Escala de Estrés Postraumático (TEPT). La correlación fue positiva y significativa a una $p < 0.001$.



CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

La mayoría de los periodistas y defensores de derechos humanos que participaron en este estudio, manifiestan síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático típicamente asociados a la experiencia de situaciones violentas.

La mayoría mantiene prácticas adecuadas de higiene sueño. Sin embargo, la gran parte muestra una mala calidad de sueño y la presencia de varios trastornos del dormir asociados a estrés postraumático, depresión y ansiedad.

Las actitudes empáticas de los participantes parecen adecuadas para mantener sus relaciones interpersonales y favorecer su regulación emocional.

Ser mujer u hombre parece no influir en el desarrollo de los síntomas asociados al trastorno de estrés postraumático, pero sí a la depresión y la ansiedad, en las cuales las mujeres parecen ser más susceptibles.

Los resultados y las interpretaciones deben considerar la muestra de 24 participantes y las diferencias muestrales entre hombres y mujeres que evitó la ejecución de pruebas estadísticas inferenciales. Además, los instrumentos utilizados indagaron síntomas y actitudes generales, cuya presencia debe ser completada con un conocimiento más profundo de la historia de cada participante.

Para lograr una indagación de mayor profundidad e impacto, se sugiere ampliar la muestra con equivalencia de hombres y mujeres. Además, sería necesaria la exploración cualitativa y sensible de la experiencia de los participantes y de los eventos violentos experimentados, así como una historia clínica para conocer las causas más finas de sus síntomas y las estrategias que ellas o ellos utilizan para atenderlos. Por ejemplo, el rol de género que mantienen en su familia o las causas y consecuencias del desplazamiento para quienes no son originarios de Ciudad de México.

Aún con estas limitaciones, el proyecto aporta información crucial sobre el estado de salud mental, trastornos de sueño y habilidades sociales y emocionales en periodistas y defensores de derechos humanos que han padecido situaciones de violencia en el país. De esta información, se desprende que la atención ofrecida a este sector debe incluir el tratamiento integral de la depresión, la ansiedad y el TEPT. Dadas las delicadas condiciones psicosociales e institucionales que estas personas presentan, así como la amplia presencia de trastornos del sueño, se propone que una intervención viable consistiría en terapia de sueño, ya que se ha demostrado que ésta mejora de manera importante la sintomatología asociada a la depresión, la ansiedad y el estrés postraumático (Germain et al. 2012; Krystal, 2012; Manber et al., 2008) sin que sea necesario indagar profundamente en experiencias que podrían involucrar re-victimización.

Para realizar la intervención en sueño, sería necesaria una investigación más prolongada de aproximadamente 12 meses, para hacer uso de técnicas finas de polisomnografía, de intervención terapéutica y de seguimiento de los efectos de la intervención.

REFERENCIAS

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders*. 3rd Ed. Darien, IL, American Academy of Sleep Medicine.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5 th Ed). Washington, DC.

Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, Nishimura R, Anthony JC, Gattaz WF, Kessler RC, Viana MC. (2012). Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2).

Beck AT, Steer RA, Brown GK. (2006). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Benjet C, Sampson L, Yu S, Kessler RC, Zaslavsky, A, Evans-Lacko S, Martins SS, Andrade LH, Aguilar-Gaxiola S, Cía A, Medina-Mora ME, Stagnaro JC, Torres de Galvez MY, Viana MC, Galea S. (2019). Associations between neighborhood-level violence and individual mental disorders: Results from the World Mental Health surveys in five Latin American cities. *Psychiatry Research*, 2 (282), 112607.

Djelantik AAAMJ, Robinaugh DJ, Kleber RJ, Smid GE, Boelen PA. (2019). Symptomatology following loss and trauma: Latent class and network analyses of prolonged grief disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in a treatment-seeking trauma-exposed sample. *Depression and Anxiety*, 6 Feb. doi: 10.1002/da.22880.

Casanova Rodas L, Aguilar-Gaxiola S. (2005). Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Relatoría Especial para la Libertad de Expresión. Naciones Unidas de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado. (2017). Observaciones preliminares del Relator Especial de la ONU sobre la libertad de expresión y el Relator Especial sobre libertad de expresión de la CIDH después de su visita conjunta en México, 27 de noviembre – 4 de diciembre 2017.

Echeburúa E, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I, Holgado-Tello FP, Muñoz JM. 2016. *Terapia Psicológica*, 34 (2), 111-128.

Germain A, Buysse DJ, Nofzinger E. (2008). Sleep-specific mechanisms underlying posttraumatic stress disorder: integrative review and neurobiological hypotheses. *Sleep Medicine Reviews*, 12(3), 185 - 95.

Germain A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: where are we now? *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 372-82.

Gordon AM, Berry Mendes W, Prather AA. (2017). The Social Side of Sleep: Elucidating the Links Between Sleep and Social Processes. *Current Directions in Psychological Science*, 26(5): 470-475.

Índice de Paz de México 2019: Identificar y medir los factores que impulsan la paz, Sídney, abril de 2019. Disponible en: indicedepazmexico.org.

Jiménez-Genchi A, Monteverde-Maldonado E, Nenclares-Portocarrero A, Esquivel-Adame G, De la Vega-Pacheco A. (2008). Confiabilidad y análisis factorial de la versión en español del índice de calidad de sueño de Pittsburgh en pacientes psiquiátricos. *Gaceta Médica de México*, 144(6):491-6.

Koren D, Arnon I, Lavie P, Klein E. (2002). Sleep complaints as early predictors of posttraumatic stress disorder: a 1-year prospective study of injured survivors of motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 855-7.

Krystal, AD. Psychiatric Disorders and Sleep. (2012). *Neurologic Clinics*, 30(4): 1389–1413.

Maher MJ, Rego SA, Asnis GM. (2006). Sleep disturbances in patients with post-traumatic stress disorder: epidemiology, impact and approaches to management. *CNS Drugs*, 20(7), 567-90.

Medina-Mora Ma. E, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47 (1), 8-22.

Mercadillo, RE & Enciso F. (2018). Cultivemos paz. Una reflexión colectiva desde la ciencia, el desarrollo sustentable y el periodismo. Instituto de Belisario Domínguez / Senado de la República. Ciudad de México.

Nappi CM, Drummond SP, Hall JMH. (2012). Treating nightmares and insomnia in posttraumatic stress disorder: A review of current evidence. *Neuropharmacology*, 62, 576-585

Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Peen J, Schoevers RA, Beekman AT, Dekker J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121: 84-93.

Pérez-Albéniz A, de Paúl J, Etxeberría J, Montes MP, Torres E. 2003. Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15 (2), 267-272.

Rodríguez-Carvajal R, Moreno-Jiménez B, Garrosa E. (2006). Cuestionario de Regulación Emocional. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross y John, 2003). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Zarcone VP. (2000). Sleep hygiene. In MH Kryger T Roth & WC Dement (Eds.). Principles and practice of sleep medicine, (3rd ed, pp 657-661). Philadelphia: Saunders.