

Aportaciones a la psicología social

Carolina Armenta Hurtarte
Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa
Cinthia Cruz del Castillo
COMPILADORAS

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Aportaciones a la psicología social

Aportaciones a la psicología social

Carolina Armenta Hurtarte
Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa
Cinthia Cruz del Castillo
COMPILADORAS

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA CIUDAD DE MÉXICO.
BIBLIOTECA FRANCISCO XAVIER CLAVIGERO

[LC] HM 1033 A66.2021

[Dewey] 302 A66.2021

Aportaciones a la psicología social / Carolina Armenta Hurtarte, Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa, Cinthia Cruz del Castillo, compiladoras; [autores] Sofía Rivera Aragón... [et al.]. – México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México, 2021 – Publicación electrónica. – ISBN: 978-607-417-842-5

1. Psicología social – México. 2. Psicología social – Investigación – México. 3. Parejas – Psicología – México. 4. Familias – Aspectos psicológicos – México. 5. Violencia – Aspectos psicológicos – México. 6. Resiliencia (Rasgos de personalidad) – Aspectos sociales – México. 7. Medicina y psicología – México. I. Armenta Hurtarte, Carolina. II. Domínguez Espinosa, Alejandra del Carmen, 1974-. III. Cruz del Castillo, Cinthia. IV. Rivera Aragón, Sofía. V. Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Psicología.

Esta obra fue dictaminada por evaluadores externos a la Universidad Iberoamericana por el método de doble ciego.

D.R. © 2021 Universidad Iberoamericana, A.C.
Prol. Paseo de la Reforma 880
Col. Lomas de Santa Fe
Ciudad de México
01219
publica@ibero.mx

Primera edición: diciembre 2021

ISBN: 978-607-417-842-5

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización del editor. El infractor se hará acreedor a las sanciones establecidas en las leyes sobre la materia. Si desea reproducir contenido de la presente obra, escriba a: publica@ibero.mx

Hecho en México

ÍNDICE

Presentación	11
<i>Carolina Armenta Hurtarte, Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa, Cinthia Cruz del Castillo</i>	

PAREJA Y FAMILIA

El significado del mantenimiento en la relación de pareja.	17
<i>Sofía Rivera Aragón, Mirna García Méndez, Claudia Ivethe Jaen Cortés, Fernando Méndez Rangel, Angélica Romero Palencia, Pedro Wolfgang Velasco Matus, Rolando Díaz-Loving</i>	

El significado del rompimiento del noviazgo en adolescentes: el efecto de los celos.	37
<i>Fernando Méndez Rangel, Sofía Rivera Aragón, Mirta Margarita Flores Galaz, María Emilia Lucio Gómez Maqueo, Pedro Wolfgang Velasco Matus</i>	

Efecto de la infidelidad relacionada con autoestima y celos en jóvenes universitarios.	55
<i>María Fernanda Cataño Orozco, Carolina Armenta Hurtarte, Sandra A. León Laguna</i>	

Satisfacción de pareja, estilo de poder y familismo en relación con funcionalidad familiar	73
<i>Fuensanta López Rosales, José Luis Jasso Medrano, Juan Ramón Becerra Guajardo, Rolando Díaz-Loving</i>	

RELACIONES SOCIALES

- Cohesión familiar y expectativas de éxito académico de madres adolescentes 97
José Manuel García Cortés, Ana Teresa Rojas Ramírez, Mirna García Méndez
- La función parental percibida por hombres y mujeres adolescentes en situación de riesgo psicosocial en Saltillo, Coahuila 115
Esmeralda Jacqueline Tapia García, Laura Karina Castro Saucedo, César Arnulfo de León Alvarado
- Percepción de la crianza y el apoyo social en familias monoparentales. 133
Mirta Margarita Flores Galaz, María de Lourdes Cortés Ayala
- Estilo de vida y conductas de riesgo en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. 151
Rafael Peñaloza Gómez, María del Pilar Méndez Sánchez, Mirna García Méndez, José Carlos Jaenés Sánchez
- La interacción trabajo-familia y su relación con la justicia organizacional que viven los trabajadores mexicanos 167
Nancy Montero Santamaria, Rosa Flores Herrera, Mirna García Méndez, Sofía Rivera Aragón
- Sucesos de vida en la adolescencia: una comparación entre hombres y mujeres de Mérida, Yucatán 185
María Teresa Morales Manrique, María José Campos Mota, Mirta Margarita Flores Galaz
- Reactividad interpersonal en jóvenes de Colombia y Brasil 201
Janivys Andrea Niebles-Charris, Diana Carolina Pérez-Pedraza, Emanuele Gomes Dos Santos Dantas, José González Tovar, Iris Rubi Monroy Velasco, Karla Valdés García, Alicia Hernández Montañó
- Inteligencia emocional, dureza emocional e indicadores de conducta antisocial y prosocial en adolescentes de contextos adversos 215
Blanca Estela Barcelata Eguiarte, Ana Laura Álvarez Ortega

Traducción y adaptación del Inventario de Redes de Relaciones
en adolescentes mexicanos: versión pareja 237
Claudia Ivethe Jaen Cortés, Sofía Rivera Aragón,
Pedro Wolfgang Velasco Matus

Actitudes hacia la estadística en estudiantes de psicología 253
Laura Fernanda Barrera Hernández, Maxim Ortiz Valenzuela,
Mirsha Alicia Sotelo Castillo, Dora Yolanda Ramos Estrada

VIOLENCIA Y AGRESIÓN

¿Es posible terminar el círculo de violencia? 271
Blanca Inés Vargas Núñez, María Sughey López Parra,
Eduardo Cortés Martínez

Consecuencias psicológicas en tres casos de mujeres víctimas
de violencia 289
Mayra Daniela Cedillo Alvarado, Sofía Lorena Constante De La Peña,
Ana Berenice De La Peña Aguilar

Manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales en mujeres
víctimas de violencia 303
Yuvisela Analy Saucedo Malacara, Karla Patricia Valdés García,
Hiram Reyes Sosa

Poder y violencia de género en instituciones de Ciudad Juárez 321
Alicia Moreno Cedillos, Juan Hernán III Ortiz, José Torres Gasca

APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN LA SALUD

Individualismo-colectivismo y salud mental positiva: una comparación
entre mujeres y hombres universitarios 335
Mónica Lolbé Barrera Guzmán, Mirta Margarita Flores Galaz

Comparación del nivel de autoestima en adolescentes provenientes
de familias nucleares o extensas 355
Daniela Alejandra Varo Amézquita, Xolyanetzin Montero Pardo,
María Guadalupe Pardo Benítez, Marla Naivi Toiber Rodríguez,
Victor Santos Higuera Castro

Comportamiento de autolesión no suicida en escuelas secundarias del estado de Sonora	371
<i>José Ángel Vera Noriega, Karen Guadalupe Duarte Tánori, Gildardo Bautista Hernández</i>	
Autoestima corporal y su relación con ansiedad y depresión en los jóvenes mexicanos	383
<i>Isis Arguindegui Valverde, Stefany de los Santos Ramírez, Elda Madaí Lara Acosta, José González Tovar, Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza, Joel Zapata Salazar</i>	
Modelos predictivos de insatisfacción corporal en hombres y mujeres.	401
<i>Rebeca Guzmán Saldaña, Lilian Elizabeth Bosques Brugada, Karina Reyes Jarquín, Angélica Romero Palencia, Gloria Solano Solano, Abel Lerma Talamantes</i>	
Imagen corporal, calidad de sueño e índice de masa corporal. ¿La calidad de sueño influye en la satisfacción corporal?.	417
<i>Gisela Pineda García, Estefanía Ochoa Ruiz, Gilda Gómez-Peresmitré, Silvia Platas Acevedo, Lizzett López Yee</i>	
Conducta alimentaria de riesgo y ansiedad en jóvenes universitarios	437
<i>Silvia Platas Acevedo, Gilda Gómez-Peresmitré, María Emilia Álvarez Silva, Gisela Pineda García, Rodrigo León Hernández</i>	
Autocuidado de la salud y conductas de riesgo en adultos	455
<i>Jana Petrzelová Mazacová, Mayra Chávez Martínez, Alejandra Orozco Cosío</i>	
Personalidad sexual y sexting en estudiantes universitarios.	473
<i>Jimena Pavón Bonilla, Jessica Guadalupe Cen Balam, Mirta Margarita Flores Galaz, Nancy Marine Evia Alamilla</i>	
Propiedades psicométricas del Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) en adultos mexicanos con asma	489
<i>Isaías Vicente Lugo González, Cynthia Zaira Vega Valero</i>	

RESILIENCIA

- Resiliencia en niños y adolescentes 525
*Karla María Urías Aguirre, Liliana Jazmín Salcido Cibrián,
 Xolyanetzin Montero Pardo*
- Estrés, resiliencia y bienestar en niños con y sin depresión..... 541
*Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, Martha Adelina
 Torres Muñoz, Ana Olivia Ruiz Martínez, Sergio González Escobar*
- Espiritualidad como factor de protección para la resiliencia
 ante situaciones estresantes en personas mayores..... 561
*Ricardo Díaz-Castillo, Sergio González-Escobar,
 Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes, María Montero-López Lena*
- Resiliencia en mujeres con cáncer de mama 579
*María Azucena Hernández-Silva, Ana Olivia Ruiz-Martínez,
 Sergio González-Escobar, Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes,
 Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel, Óscar Galindo Vázquez*

INVESTIGACIONES SOCIALES

- Propuesta de intervención Terapia Cognitiva Conductual para la sobrecarga
 emocional del cuidador primario informal de pacientes con demencia 599
Marcela Iliana Hernández Cruz, José González Tovar
- Deterioro cognitivo en adultos mayores de Saltillo, Coahuila..... 615
*Diana García Jaramillo, Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza,
 Isis Arguindegui Valverde*
- El sufrimiento de la población indígena guaraní kaiowá de Mato Grosso
 del Sur, Brasil 627
Sonia Grubits
- El consumo ambiental sustentable en residentes de la Ciudad de México 645
Cristina Barrientos Durán, Javier Pérez Durán
- Expectativas proambientales de futuros empleos
 en egresados universitarios..... 671
María Cristina Vanegas Rico, José Marcos Bustos Aguayo

PRESENTACIÓN

*Carolina Armenta Hurtarte**

*Alejandra del Carmen Domínguez Espinosa**

*Cinthia Cruz del Castillo**

Las sociedades permanecen en constante desarrollo dentro de nuestros contextos históricos, culturales, políticos y económicos. Los seres humanos que habitamos en los diferentes escenarios sociales somos interpelados de varias formas y maneras por los distintos procesos sociopsicológicos que se van dando cita.

La Psicología Social permite desde su quehacer investigativo profundizar en el arsenal de las complejidades psicológicas con el que convivimos a diario; así como vislumbrar los posibles caminos y las acciones que se deben tomar en cuenta con la finalidad de fomentar el bienestar de todas y todos. Por tal motivo, el análisis de las urgencias y problemáticas sociales del mundo, específicamente en América Latina y México, aún resulta necesario.

Las siguientes páginas recogen los esfuerzos de investigadoras e investigadores sociales en la exploración, análisis y explicación de diversas problemáticas que en el orden de lo psicológico y lo social están presentes en diferentes estados de la República mexicana. Los principales temas en este libro son familia y pareja, relaciones sociales en la juventud, violencia, salud, resiliencia y varios temas sociales.

La primera sección, titulada “Pareja y familia” ofrece un acercamiento al significado del mantenimiento de la relación de pareja en diferentes edades y del rompimiento del noviazgo en adolescentes instigado por el efecto de los celos. También encontraremos los resultados de la investigación sobre el efecto de la infidelidad relacionada con la autoestima y los celos en jóvenes universitarios; la satisfacción de pareja; el estilo de poder y el familismo en

* Universidad Iberoamericana.

relación con la funcionalidad familiar; la cohesión familiar y expectativas de éxito académico en madres adolescentes; la función parental percibida por hombres y mujeres adolescentes en situación de riesgo psicosocial; la percepción de la crianza y el apoyo social en familias monoparentales; el estilo de vida y conductas de riesgo en jóvenes de familias monoparentales y biparentales; así como la interacción trabajo-familia y su relación con la justicia organizacional que viven trabajadores mexicanos.

La segunda sección, dedicada a las Relaciones interpersonales, abarca el estudio de los sucesos de la vida en la adolescencia realizando una comparación entre hombres y mujeres; la reactividad interpersonal en jóvenes, la relación entre inteligencia emocional, dureza emocional e indicadores de conducta antisocial y prosocial en adolescentes de contextos adversos; así como las actitudes hacia la estadística en estudiantes de psicología. Esta sección contiene también el resultado de la traducción y adaptación del Inventario de Redes Semánticas en adolescentes mexicanos, versión pareja.

Asimismo, el libro reúne un conjunto de investigaciones sobre “Violencia y agresión”, tema de urgencia social. Analiza si es posible terminar con el ciclo de la violencia, indaga las consecuencias psicológicas de violencia en tres casos de mujeres que han sido víctimas y se estudian las manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales también en este sector de la población. Se ha incluido además un análisis sobre el poder y la violencia de género en instituciones de Ciudad Juárez.

La sección “Aplicaciones de la psicología en la salud” muestra resultados investigativos en la comparación entre mujeres y hombres universitarios respecto al individualismo-colectivismo y salud mental positiva y en la comparación del nivel de autoestima en adolescentes provenientes de familias nucleares o extensas. Asimismo, aborda la autoestima corporal y su relación con la ansiedad y depresión en jóvenes mexicanos; la conducta alimentaria de riesgo y la ansiedad en jóvenes específicamente universitarios; se proponen modelos predictivos de insatisfacción corporal en hombres y mujeres; se analiza la relación entre imagen corporal, calidad del sueño e índice de masa corporal, con la finalidad de indagar si la calidad de sueño influye en

la satisfacción corporal. Además, se ofrecen los resultados de la relación entre autocuidado de la salud y conductas de riesgo en adultos y la relación entre personalidad sexual y *sexting*, también en estudiantes universitarios.

La “Resiliencia” es otro de los temas que aborda este libro, específicamente, analiza en profundidad su presencia en niños y adolescentes y en mujeres con cáncer de mama. De manera conjunta, esta obra indaga sobre la espiritualidad como factor de protección para la resiliencia ante situaciones estresantes en personas mayores.

La última sección del libro recoge diversas “Investigaciones sociales” de interés. El lector encontrará una propuesta de intervención de terapia cognitiva conductual para la sobrecarga emocional del cuidador primario informal de pacientes con demencia. Un estudio sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores en Saltillo, Coahuila. La obra cierra con una investigación sobre el consumo ambiental sustentable en residentes de la Ciudad de México.

La investigación al servicio de la sociedad debe constituir un propósito primordial de las y los profesionales de la psicología en México y en el mundo. Este libro es constancia de los quehaceres y empeños realizados en los años recientes en diversas universidades, instituciones y centros de Latinoamérica.

PAREJA Y FAMILIA

EL SIGNIFICADO DEL MANTENIMIENTO EN LA RELACIÓN DE PAREJA¹

Sofía Rivera Aragón^{2}*

*Mirna García Méndez**

*Claudia Iveth Jaen Cortés**

*Fernando Méndez Rangel**

*Angélica Romero Palencia***

*Pedro Wolfgang Velasco Matus**

*Rolando Díaz-Loving**

Hablar de mantenimiento en las relaciones de pareja implica hablar de toda una etapa que provee al vínculo de múltiples situaciones. Cada una de ellas determina el ¿qué?, ¿cómo?, ¿con qué? y a través de qué mantengo estas relaciones. La forma en que se aborda el concepto de mantenimiento depende desde dónde se estudie. Este capítulo propone inicialmente analizar el significado de mantenimiento. No obstante, existe una gran variabilidad de situaciones, que no necesariamente abarcan todo lo que puede implicar dicho concepto; este capítulo sólo intenta mostrar las situaciones que están más relacionadas con la acepción del constructo.

CONCEPTUACIÓN DEL MANTENIMIENTO

En general, el mantenimiento se ha estudiado en varios contextos de la relación, como matrimonios (Weigel y Ballard, 1999); con parejas del mismo sexo (Haas y Stafford, 2005) y amistades (Oswald y Clark, 2006). El mantenimiento en las relaciones de pareja ha sido identificado como uno de varios factores que las mejora (Ayres, 1983; Canary y Stafford, 1992).

¹ Investigación financiada por el proyecto PAPIIT IN306417.

² Contacto: sofiar1@me.com.

* Universidad Nacional Autónoma de México.

** Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Álvarez-Gayou (1996) propone una serie de indicadores para que una pareja se mantenga, y menciona que es necesario que exista atracción física, atracción intelectual y atracción afectiva. Cada miembro de la pareja debe ceder parte de su individualidad para ganar un sentido de pertenencia. También señala (2011) que la unión de pareja y su sostenimiento radicará en que se conserven los niveles de atracción física, intelectual y afectiva, a la vez que cada uno tenga la capacidad de captar las necesidades y motivaciones del otro ejerciendo la comunicación y empatía adecuadas, sin omitir que deberá cada uno mantener su propia identidad y respeto hacia el otro. Stafford y Canary (1991) describen el mantenimiento de la relación de pareja como los comportamientos que las dos partes llevan a cabo para mantener las características relacionales deseadas tales como el compromiso, el amor y la satisfacción. Por su parte, Dindia y Canary (1993) mencionan que el mantenimiento incluye continuidad relacional, estabilidad de relación y relaciones en reparación. Para Acevedo y otros (2007) los factores esenciales para establecer, mantener y fortalecer una buena vida en común son el amor y la amistad con todas sus facetas, sus requerimientos y exigencias. Básicamente se sintetiza en el deseo de estar juntos y de querer resolver de una manera madura, equitativa y responsable, los retos y desafíos que impone la vida en sí misma y la vida en común. Por otro lado, al hablar de la pareja es importante hacer énfasis en la satisfacción marital, considerando que de la satisfacción que experimenten ambos cónyuges, dependerá su mantenimiento, funcionamiento y equilibrio dentro del contexto social (Rivera y Díaz-Loving, 2002).

La noción de mantenimiento es utilizada para identificar qué se hace para mantener una relación estable (Noller y Feeney, 2006). En el desarrollo de la relación se construyen diferentes actividades que favorecen el sostenimiento de una relación de pareja. Las estrategias que ésta adopte estarán altamente asociadas con la satisfacción, el compromiso y la calidad marital (Stanley et al., 2002).

Para Stafford (2008), una relación de mantenimiento es aquella en la que se dan conductas aceptadas para continuar la relación, para prevenir su decli-

ve o para repararla y restablecerla. Canary y Dainton (2009) concuerdan en que existen cinco formas de definir el mantenimiento dentro de una relación:

La primera definición hace hincapié en que el mantenimiento implica la estabilidad y el cuidado de la relación, es decir, el mantenimiento se refiere a las conductas que ayudan a conservar el vínculo afectivo a través del tiempo. Incluye las conductas que propician su buen funcionamiento, como la estabilidad y el cuidado de la relación.

La segunda hace referencia al deseo de las características que debe tener una relación. Esta definición menciona que no es suficiente tener un vínculo estable, sino que implica mantener su calidad, por ejemplo, que esté caracterizada por la satisfacción, el compromiso, la confianza, el amor y el apoyo. No sólo importa la calidad de la relación, también que las características principales sean positivas.

La tercera implica no sólo las conductas, sino cómo las personas reparan la relación cuando se presenta algún daño. No se dan conductas de mantenimiento hasta que son necesarias las reparaciones. Es decir, las estrategias que toman las personas cuando ocurren incidentes en la relación, específicamente la forma en que arreglan lo que sucede.

La cuarta implica mantener el vínculo afectivo en una condición específica, como la intimidad; por ejemplo, los amigos platónicos que desarrollan conductas de mantenimiento en una interacción no sexual.

Por último, la quinta definición da una perspectiva dialéctica, en la que las conductas de mantenimiento son vistas como una adaptación al cambio inherente a cada relación. Refiere que el mantenimiento se verá modificado para cada pareja de diferente forma.

La teoría bio-psico-sociocultural de la relación de pareja (Díaz-Loving, 2010), plantea el mantenimiento como parte de un ciclo, menciona que al estudiar a la pareja es importante delimitar la etapa del desarrollo en la que se encuentra. Este autor concibe la relación como una serie de pasos que se dan a través del tiempo, y que definen el nivel de acercamiento que perciben los sujetos respecto a su pareja, a la vez el ciclo de acercamiento-alejamiento permite definir el tipo de relación e información que los miembros de

esa pareja están atendiendo. De esta manera, dependiendo del grado de acercamiento-alejamiento cada miembro va a evaluar cognitivamente y afectivamente las conductas del otro de diferente manera. Este ciclo se desarrolla en las siguientes etapas: extrañamiento conocido, etapa de amistad, etapa de atracción, etapa de pasión y romance, etapa de compromiso, etapa de mantenimiento, etapa de conflicto, etapa de alejamiento y desamor, para terminar con la etapa de separación-olvido. En este ciclo, una vez consolidado el compromiso, es necesario contar con procesos dirigidos al mantenimiento, dicha etapa permea la convivencia diaria de la pareja. El mantenimiento implica resolver problemáticas que se presentan por el advenimiento de los hijos, sustento económico y emocional de la familia, entre otros.

Díaz-Loving (2010), con la finalidad de explorar la conceptualización de las etapas anteriores, desarrolló un estudio en el cual se les pedía a los participantes que caracterizaran en términos de pensamientos, emociones, sentimientos y conductas cada una de las etapas del ciclo. Los resultados arrojaron que el mantenimiento es sinónimo de compromiso o estabilidad, representa una lucha conjunta contra obstáculos y se considera importante, ya que permite seguir creciendo como pareja y formar una familia. Se encontró que hay un interés por la pareja, aceptación y fidelidad. Las emociones y sentimientos durante esta etapa son principalmente el amor, la confianza, comprensión, felicidad y seguridad. De igual forma los participantes asociaron al mantenimiento, el cumplimiento de responsabilidades, la comunicación, el apoyo, el respeto, la paciencia, el cuidado y la tolerancia. Por lo tanto, el mantenimiento de la relación puede entenderse como un intercambio con la pareja íntima que actúa para sostener la relación, y factores como el compromiso, la equidad, la comunicación y la apertura, entre otros, son elementos para su mantenimiento (Chonody y Gabb, 2019).

Al analizar el paso del tiempo en las definiciones dadas al mantenimiento, se observan conceptos que permean esta transición, como el compromiso, la satisfacción y el amor, y particularidades como la atracción y la amistad; sin embargo, en los últimos años se enfatiza la comunicación como un elemento del constructo (véase Tabla 1).

TABLA 1
Definición del mantenimiento a través del tiempo

<i>Stafford y Canary (1991)</i>	<i>Dindia y Canary (1993)</i>	<i>Alvarez-Gayou (1996)</i>	<i>Rivera y Díaz-Loving (2002)</i>	<i>Stanley, Makman y Whittion (2002)</i>	<i>Acevedo, Restrepo y Tovar (2007)</i>	<i>Díaz-Loving (2010)</i>	<i>Alvarez-Gayou (2011)</i>	<i>Chorothy y Gabb (2019)</i>
Compromiso	Continuidad relacional	Atracción física	Satisfacción marital	Satisfacción	Amistad	Compromiso	Atracción física	Compromiso
Amor	Estabilidad en la relación	Atracción intelectual		Compromiso	Amor	Estabilidad	Atracción intelectual	Equidad
Satisfacción	Relaciones en reparación	Atracción afectiva		Calidad marital	Deseo de estar juntos	Interés por la pareja	Atracción afectiva	Comunicación
		Ceder Individualidad		Resolución madura, equitativa y responsable		Aceptación	Captar necesidades y motivaciones del otro	Apertura
				Fidelidad			Comunicación	
				Amor			Empatía	
				Confianza			Identidad personal	

Nota: Tabla de creación original que retoma las referencias indicadas.

Tomando en cuenta esta diversidad en la forma de conceptualizar el constructo, se llevó a cabo una investigación con el objetivo de conocer el significado psicológico del mantenimiento en hombres y mujeres adultos en diferentes etapas de la relación.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con 487 participantes voluntarios de la Ciudad de México, 246 hombres y 241 mujeres, con un rango de 18 a 85 años ($M=37.34$, $DE=15.68$), 50.7% son casados y 52.4% tienen un grado escolar de licenciatura. Los participantes se dividieron en cuatro grupos: 1) hombres y mujeres en una relación de noviazgo, 2) hombres y mujeres en una relación sin hijos, 3) hombres y mujeres con hijos menores de 23 años, 4) hombres y mujeres con hijos mayores de 23 años. Esta clasificación se hizo a partir de los momentos que se viven en las relaciones de pareja, pues ellos determinan la manera en la que las personas perciben la situación por la cual atraviesan, ya que como otros investigadores mencionan (Díaz-Loving, 2010; Rivera-Aragón et al., 2017), el paso del tiempo, la llegada de los hijos y otras situaciones que aparecen a lo largo de la vida de pareja, enmarcan las relaciones y establecen pautas que van cambiando y determinan el significado de un constructo. Otra de las clasificaciones está vinculada al estado civil, y obedece a que no es lo mismo estar en una relación en donde la convivencia es poca o esporádica, como la etapa del noviazgo, a vivir bajo el mismo techo sin hijos, o vivir juntos pero cuidando hijos pequeños o en etapas escolares, o simplemente vivir juntos con hijos adultos. Se le llamó matrimonio; no obstante, había parejas en unión libre que también fueron consideradas en estos grupos (véase Tabla 2).

Instrumento

Se elaboró una frase estímulo: “El mantenimiento de una relación de pareja es...”. A las personas que aceptaron participar, se les entregó el formato con dicho estímulo, se garantizó la confidencialidad de sus datos y se les informó que se utilizarían con fines de divulgación científica.

Procedimiento

Se acudió a diferentes lugares, como plazas y jardines, para aplicar el formato de redes semánticas; se les pidió a los participantes no dejar preguntas sin responder.

Análisis de la información

Para obtener la información se utilizó la técnica de redes semánticas naturales modificadas (Reyes-Lagunes, 1993). Se buscó obtener el significado del constructo “El mantenimiento de una relación de pareja es...”, la importancia de obtener el significado radica en conocer la organización cognoscitiva del constructo.

RESULTADOS

Los resultados muestran que dentro del primer grupo correspondiente a hombres y mujeres en un noviazgo el tamaño de la red para los hombres fue de 138 definidoras, mientras que para las mujeres fue de 130. Para los hombres 15 tuvieron el peso semántico más alto y formaron el núcleo de la red, para las mujeres fueron 12. Tanto hombres como mujeres en un noviazgo consideran que el amor y la confianza definen el mantenimiento en las relaciones de pareja; no obstante, los hombres consideran que el mantenimiento también es respeto y comunicación, en cambio las mujeres le dan mayor

TABLA 2
Datos sociodemográficos de la muestra

	Hombres (N=246)				Mujeres (N=241)				
	Total (N=487)	Nov (N=67)	MSH (N=59)	MHMe (N=53)	MHMa (N=67)	Nov (N=66)	MSH (N=50)	MHMe (N=54)	MHMa (N=71)
Edad									
Edad mínima	18	18	18	23	42	18	19	22	41
Edad máxima	85	50	69	74	85	54	56	63	77
Media	37.34	22.01	30.81	41.04	55.94	22.15	30.06	40.96	40.96
DE	15.68	5.64	12.20	12.27	8.09	8.13	10.04	8.65	7.93
Escolaridad									
Primaria	15 (3.1%)	--	--	1 (1.9%)	5 (7.5%)	1 (1.5%)	--	2 (3.7%)	6 (8.5%)
Secundaria	46 (9.4%)	--	2 (3.4%)	6 (11.3%)	13 (19.4%)	--	3 (6.0%)	9 (16.7%)	13 (18.3%)
Técnico	48 (9.9%)	2 (3.0%)	1 (1.7%)	5 (9.4%)	9 (13.4%)	1 (1.5%)	3 (6.0%)	6 (11.1%)	21 (19.6%)
Preparatoria	100 (20.5%)	23 (34.3%)	11 (18.6%)	14 (26.4%)	12 (17.9%)	12 (18.3%)	8 (16.0%)	8 (14.8%)	12 (16.9%)
Licenciatura	255 (52.4%)	42 (62.7%)	37 (62.7%)	25 (47.2%)	23 (34.3%)	51 (77.3%)	32 (64.0%)	27 (50.0%)	18 (25.4%)
Posgrado	20 (4.1%)	--	7 (11.9%)	2 (3.8%)	4 (6.0%)	1 (1.5%)	3 (6.0%)	2 (3.8%)	1 (1.4%)
No respondió	3 (0.6%)	--	1 (1.7%)	--	1 (1.5%)	--	1 (2.0%)	--	--

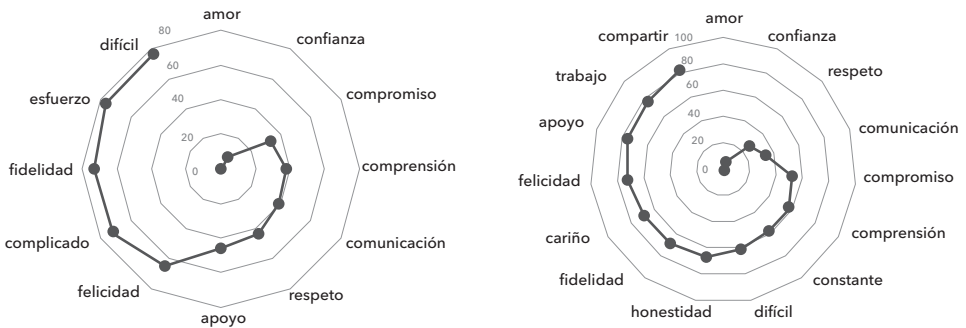
Número de hijos												
Mínimo	0	0	--	1	1	1	0	--	1	1	1	1
Máximo	6	3	--	6	6	6	4	--	4	4	5	5
Media	1.18	0.05	--	1.87	2.52	2.52	0.15	--	2.09	2.09	2.54	2.54
DE	1.37	0.37	--	0.98	1.05	1.05	0.66	--	0.87	0.87	1.05	1.05
Tiempo de relación (meses)												
Tiempo mínimo	12	12	12	27	283	12	12	12	25	25	280	280
Tiempo máximo	660	204	276	279	594	271	271	356	279	279	660	660
Media	165.55	29.15	64.27	165.94	368.78	31.05	31.05	70.0	169.46	169.46	375.70	375.70
DE	156.69	34.11	67.90	79.69	69.78	43.14	43.14	70.66	86.34	86.34	104.84	104.84

Nov=Noviazgo; MSH=Matrimonio sin hijos; MHMe=Matrimonio con hijos menores de 23 años; MHMa=Matrimonio con hijos mayores de 23 años. Nota: Tabla de creación original.

peso al compromiso. En general todas las definidoras implican cualidades positivas que se atribuyen al mantenimiento; aunque ambos sexos coinciden en que el mantenimiento es difícil, son los hombres quienes le dan mayor peso (véase Figura 1).

FIGURA 1

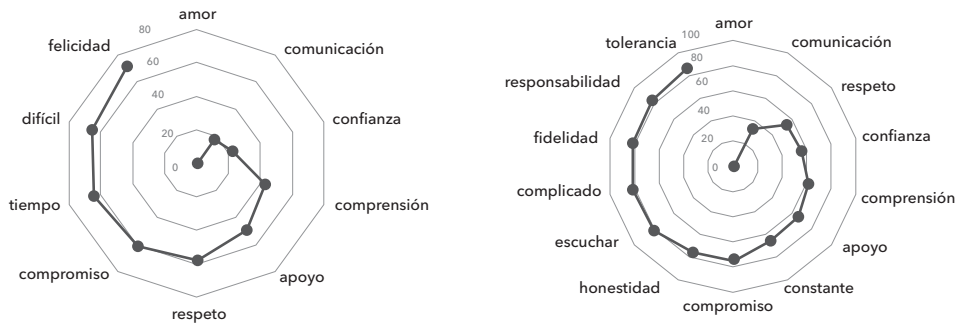
Distancia semántica cuantitativa de las definidoras del significado de mantenimiento para hombres (izquierda) y mujeres (derecha) en un noviazgo



Nota: Figura de creación original.

El grupo de hombres y mujeres sin hijos muestra un tamaño de la red para ellos de 133 definidoras y 117 para ellas, de las cuales 10 con el peso semántico más alto formaron el núcleo de la red para hombres y 14 para las mujeres. Dicho grupo consideró que el amor, la comunicación y la confianza definen de mejor manera el mantenimiento en las relaciones de pareja; las mujeres frente a los hombres consideraron que el mantenimiento, en mayor medida, es el respeto; sin embargo, ambos coincidieron en que el mantenimiento es difícil, aunque ellos le dieron mayor importancia, ellas, además, tomaron en cuenta la fidelidad (véase Figura 2).

FIGURA 2
Distancia semántica cuantitativa de las definidoras del significado del mantenimiento en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) sin hijos



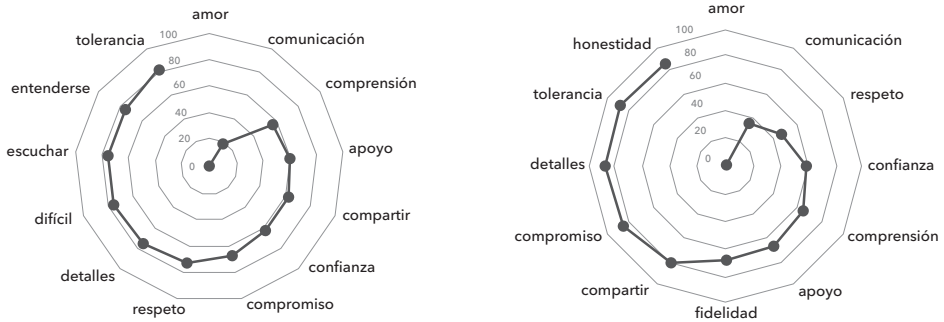
Nota: Figura de creación original.

En el grupo correspondiente a hombres y mujeres con hijos menores de 23 años, el tamaño de la red para los hombres fue de 139 definidoras, mientras que para las mujeres fue de 123, de las cuales 13 con el peso semántico más alto formaron el núcleo de la red para hombres y 12 para las mujeres. Los hombres y mujeres con hijos consideran que el amor hace referencia al mantenimiento; cabe señalar que el peso semántico es considerablemente mayor para esta definidora en el caso de las mujeres, lo mismo sucede con la comunicación. Sin embargo, aparecen nuevas definidoras en ambos sexos, tal es el caso de detalles y tolerancia. En general las definidoras son similares en ambos sexos: respeto, confianza, comprensión y apoyo (véase Figura 3).

Para el grupo de hombres y mujeres con hijos mayores de 23 años el tamaño de la red fue de 123 definidoras para ellos y 121 para ellas, de las cuales 12 con el peso semántico más alto formaron el núcleo de la red para hombres y 16 para las mujeres. Este grupo consideró que el amor define el mantenimiento en las relaciones de pareja. Las mujeres asociaron principalmente el respeto y la comprensión al mantenimiento. En esta etapa, las participantes reportaron con mayor frecuencia la dificultad del mantenimiento, frente al reporte de los hombres (véase Figura 4).

FIGURA 3

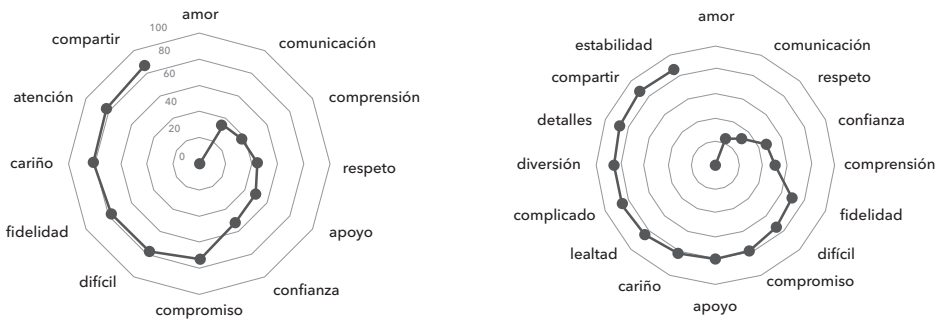
Distancia semántica cuantitativa de las definidoras del significado de mantenimiento en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) con hijos menores de 23 años



Nota: Figura de creación original.

FIGURA 4

Distancia semántica cuantitativa de las definidoras del significado de mantenimiento en hombres (izquierda) y mujeres (derecha) con hijos mayores de 23 años.



Nota: Figura de creación original.

En la Tabla 3 se puede observar comparativamente para los grupos de hombres que el “amor” es la primera definidora en todos los grupos; la segunda definidora es la “comunicación” en tres grupos y la definidora “comprensión” en los dos últimos grupos. En general, las definidoras coincidieron al destacar aspectos como el respeto, el compromiso, el apoyo, la confianza, entre otros), aunque aparecen con diferentes pesos semánticos en cada

grupo. En los dos primeros grupos resaltaron más situaciones de tipo individual, mientras que en los dos últimos grupos predominaron situaciones vinculadas a la interacción. Una definidora que permea todos los grupos de hombres es la definición de mantenimiento como difícil.

TABLA 3
Tabla comparativa de núcleos de red para el significado del mantenimiento en los diferentes grupos analizados para los hombres

Noviazgo	Matrimonio sin hijos		Matrimonio con hijos menores de 23 años		Matrimonio con hijos mayores de 23 años		
	PS	Definidora	PS	Definidoras	PS	Definidoras	
amor	182	amor	178	amor	213	amor	238
confianza	172	comunicación	147	comunicación	169	comunicación	161
respeto	134	confianza	139	comprensión	94	comprensión	151
comunicación	122	comprensión	103	apoyo	86	respeto	135
compromiso	89	apoyo	89	compartir	82	apoyo	123
comprensión	80	respeto	74	confianza	81	confianza	111
constante	78	compromiso	68	compromiso	71	compromiso	64
difícil	69	tiempo	62	respeto	60	difícil	52
honestidad	61	difícil	60	detalles	54	fidelidad	52
fidelidad	58	felicidad	51	difícil	51	cariño	44
cariño	55			escuchar	51	atención	41
felicidad	48			entenderse	50	compartir	36
apoyo	42			tolerancia	39		
trabajo	42						
compartir	33						

PS=Peso semántico. Nota: Tabla de creación original.

La Tabla 4 muestra los núcleos de red para cada grupo en el caso de las mujeres. Se puede observar que “amor” es la primera definidora en todos los grupos, la segunda definidora es “comunicación” en tres grupos, lo mismo pasa con la definidora “respeto” que se encuentra como la tercera definido-

ra con mayor peso semántico. En los tres grupos, la cuarta y quinta definidora más alta es “confianza” y “comprensión”, respectivamente. La definidora que aparece en los cuatro grupos es “fidelidad”, a diferencia de las definidoras que proporcionan los hombres, como se muestra en la tabla 3, ya que no se presenta en todos los grupos de análisis.

TABLA 4
Tabla comparativa de núcleos de red en los diferentes grupos analizados sobre el significado del mantenimiento para las mujeres

<i>Noviazgo</i>		<i>Matrimonio sin hijos</i>		<i>Matrimonio con hijos menores de 23 años</i>		<i>Matrimonio con hijos mayores de 23 años</i>	
Definidora	ps	Definidora	ps	Definidoras	ps	Definidoras	ps
amor	194	amor	252	amor	340	amor	287
confianza	178	comunicación	169	comunicación	220	comunicación	218
compromiso	131	respeto	121	respeto	187	respeto	196
comprensión	121	confianza	114	confianza	143	confianza	151
comunicación	119	comprensión	99	comprensión	124	comprensión	140
respeto	111	apoyo	91	apoyo	112	fidelidad	83
apoyo	106	constante	88	fidelidad	111	difícil	77
felicidad	70	compromiso	65	compartir	68	compromiso	66
complicado	56	honestidad	58	compromiso	49	apoyo	59
fidelidad	53	escuchar	46	detalles	47	cariño	55
esfuerzo	47	complicado	42	tolerancia	45	lealtad	50
difícil	45	fidelidad	42	honestidad	37	complicado	48
		responsabilidad	41			diversión	42
		tolerancia	35			detalles	39
						compartir	34
						estabilidad	34

ps=Peso semántico. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

La pareja es uno de los aspectos centrales en la vida del ser humano. Las relaciones de pareja han sido un tema de interés por mucho tiempo, existe una gran variedad de definiciones que han sido modificadas y enriquecidas a través de la historia de la humanidad; dichas definiciones son fundamentales para comprender los problemas que se suscitan en las relaciones que son el origen de las familias y éstas de la sociedad (Beck, 1993; Ojeda, 1998). Por tanto, la pareja es definida como una entidad social con intercambios íntimos de afectividad, gratificación sexual, etcétera; con expectativas, percepciones e interpretaciones personales, que genera una experiencia en un contexto cultural (Beck, 1993; Díaz-Loving y Sánchez, 2002; Ojeda, 1998; Sánchez, 2007).

Históricamente, el compromiso y la formación de una relación de pareja, en especial el matrimonio, era dispuesto por los padres o familiares de la pareja, basándose en justificaciones económicas o de funcionalidad; sin embargo, a partir del siglo xx es más común que los jóvenes decidan con quién y por cuánto tiempo desean formar vínculos amorosos.

El mantenimiento es sinónimo de compromiso o estabilidad, representa una lucha conjunta contra obstáculos y se considera importante pues permite seguir creciendo como pareja y por una familia. Hay interés por la pareja, aceptación, fidelidad, pérdida de la imagen idealizada y amistad. Las emociones y sentimientos experimentados durante esta etapa son principalmente el amor, la confianza, la comprensión, la felicidad y la seguridad. Dentro de otras conductas que resultan importantes están el cumplimiento de responsabilidades y la comunicación sincera; asimismo, el apoyo constante y mutuo resulta crucial al incluir el respeto, compartir experiencias, paciencia, cuidados y tolerancia (Díaz-Loving y Sánchez, 2002).

En la investigación presentada en este capítulo con referencia al significado del mantenimiento se observa que el “amor” es la mejor definidora de éste en las relaciones de pareja en hombres y mujeres de los cuatro grupos. Segui-

do de la definidora “comunicación”, la cual destaca en todos los grupos a excepción del perteneciente a hombres y mujeres en una relación de noviazgo. A partir de ahí, son constantes las definidoras como confianza, respeto, compromiso, apoyo, comprensión, detalles, entre otras, que se distribuyen con diferente importancia. Los resultados aquí expuestos son congruentes con los que anteriormente reportaron en México Sánchez y Díaz-Loving (2010).

El hecho de que “comunicación” tenga una frecuencia alta tanto para hombres como para mujeres hace referencia a comportamientos que indican a la otra persona, por medio de la conversación, que es importante, brindar ayuda y cuidados (Stafford y Canary, 1991; Boerner et al., 2014). Díaz-Loving y Nina (1982) mencionan que la profundidad de la conversación de un miembro de la pareja generará una respuesta similar en el otro, lo que implica una conversación íntima y agradable para ambos; incluso Emmers-Sommer (2004) menciona que la comunicación, específicamente la forma en que se comunican las parejas, se vincula con la intimidad y genera además satisfacción en la relación. Villanueva (2012) encontró cómo la frecuencia de la intimidad que se genera en la relación influye en estilos positivos de comunicación, tanto para hombres como para mujeres. Todo esto indica que la comunicación está jugando un papel importante en las relaciones de pareja para ambos miembros desde el inicio hasta el rompimiento, como lo sugieren los resultados de esta investigación.

A lo largo de las redes se observa que los hombres asocian el mantenimiento como algo difícil, hay cierta evidencia de que los hombres se inclinan a poner más esfuerzo en el mantenimiento de las relaciones que las mujeres debido a que ven la relación más como una meta por alcanzar. Una vez que exista un grado satisfactorio de intimidad tienden a relajarse mientras que las mujeres sostienen la relación con la introspección y la discusión (Duck, 1990; Wood, 1993).

Al analizar los grupos de la investigación se advirtió que una relación difícilmente es constante por periodos largos. Es decir, que a pesar de existir similitud en algunas definidoras, no en todas las circunstancias se les da el mismo valor. Por lo tanto, tal vez en los grupos de hombres y mujeres con

hijos menores de 23 años y mayores de 23 años se empiezan a notar otras definidoras asociadas con el mantenimiento, tal es el caso de la definidora “detalles”. De acuerdo con Hinde (1997), la importancia de las celebraciones para el mantenimiento de la pareja no debe ser subestimada. Las celebraciones de aniversarios, cumpleaños, cenas de navidad y todas las ocasiones comparables son importantes en las relaciones de reafirmación y de mantenimiento. Aunque si bien los participantes no dijeron qué tipo de detalles, en México, llevar flores, serenata o un regalo son algunos tipos de esos detalles. Al respecto Jamieson (1998) menciona que estos son una conducta estratégica para la preservación del vínculo. Chonody y Gabb (2019) en su estudio observaron que obsequios como flores, tarjetas o alguna sorpresa, representan un tipo de apoyo emocional en el mantenimiento.

En general, la estructura del mantenimiento de una relación de pareja en México se ajusta a lo que reporta la literatura, aunque es claro que hay elementos que están sujetos a necesidades individuales en las primeras dos etapas evaluadas (noviazgo y matrimonio sin hijos).

Conocer el significado del mantenimiento es un primer paso para el entendimiento de éste; no obstante, hace falta analizar otros elementos, como sus motivos, estrategias y consecuencias.

REFERENCIAS

- Ayres, J. (1983). Strategies to maintain relationships: Their identification and perceived usage. *Communication Quarterly*, 31 (1), 62-67.
- Acevedo, V., Restrepo, L. y Tovar, J. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la Ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 85-107.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (1996). *La sexualidad en la pareja*. El Manual Moderno.
- Álvarez-Gayou Jurgenson, J. L. (2011). *Sexoterapia integral* (2ª ed.). El Manual Moderno.
- Beck, A. (1993). *Con el amor no basta. Cómo superar malentendidos, resolver conflictos y enfrentarse a los problemas de la pareja*. Paidós.

- Boerner, K., Jopp, D. S., Carr, D., Sosinsky, L. y Kim, S. E. (2014). "His" and "her" marriage? The role of positive and negative marital characteristics in global marital satisfaction among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological sciences and social sciences*, 69(4), 579-589. DOI: 10.1093/geronb/gbu032.
- Canary, D. J. y Dainton, M. (2009). Maintaining relationships. Harry T. Reis y S. Sprecher (Eds.), *Encyclopedia of Human Relationships* (vol. 2, pp. 1023-1028). SAGE.
- Canary, D. y Stafford, L. (1992). Relationship maintenance strategies and equity in marriage. *Communication Monographs*, 59, 243-267.
- Chonody J. M. y Gabb J. (2019). Understanding the role of relationship maintenance in enduring couple partnerships in later adulthood. *Marriage & Family Review*, 55(3), 216-238. DOI: 10.1080/01494929.2018.1458010.
- Díaz-Loving, R. y Nina, R. (1982). Factores que influyen en la reciprocidad de autodivulgación. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social*, 2(2), 91-110.
- Díaz-Loving, R. y Sánchez, R. (2002). *Psicología del amor: una visión integral de la relación de pareja*. Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz-Loving, R. (2010). Una teoría bio-psico-sociocultural de la relación de pareja. En R. Díaz-Loving y S. Rivera-Aragón (Eds.), *Antología psicosocial de la pareja: Clásicos y contemporáneos* (pp. 10-33). Miguel Ángel Porrúa.
- Dindia, K. y Canary, J. (1993). Definitions and theoretical perspectives on maintaining relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 10, 163-173.
- Duck, S. (1990). Relationships as unfinished business: out of the frying pan and into the 1990s. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(1), 5-28.
- Emmers-Sommer, T. M. (2004). The effect of communication quality and quantity indicators on intimacy and relational satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 399-411.
- Haas, S. M. y Stafford, L. (2005). Maintenance behaviors in same-sex and marital relationships: A matched sample comparison. *Journal of Family Communication*, 5, 43-60.
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: A dialectical perspective*. Psychology Press.

- Jamieson, L. (1998). *Intimacy: Personal relationships in modern societies*. Polity Press.
- Noller, P. y Feeney, J. A. (2006). *Close relationships: functions, forms and processes*. Psychology Press.
- Ojeda, G. (1998). *La pareja: apego y amor* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Oswald, D. L. y Clark, E. M. (2006). How do friendship maintenance behaviors and problem-solving styles function at the individual and dyadic levels? *Personal Relationships*, 13, 333-348.
- Reyes Lagunes, I. (1993). Redes Semánticas para la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97.
- Rivera Aragón, S. y Díaz-Loving, R. (2002). El amor, el poder y la conducta como predictores de la satisfacción marital. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 7(1), 161-177.
- Rivera Aragón, S., Díaz-Loving, R., Méndez Rangel, F., Jaen Cortés, C. I., García Méndez, M., Romero Palencia, A. y Villanueva Orozco, G. B. T. (2017). *8 escalas: el lado negativo de las relaciones de pareja*. El Manual Moderno.
- Sánchez, K. (2007). *Estrategias de enfrentamiento y poder en la relación de pareja* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Sánchez-Aragón, R. y Díaz-Loving, R. (2010). Evaluación del ciclo de acercamiento-alejamiento. En R. Díaz-Loving y S. Rivera-Aragón (Eds.), *Antología psicosocial de la pareja. Clásicos y contemporáneos* (pp. 34-87). Miguel Ángel Porrúa.
- Stafford, L. (2008). Measuring relationship maintenance behaviors: Critique and development of the revised relationship maintenance behavior scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(2), 278-303.
- Stafford, L. y Canary, D. (1991). Maintenance strategies and romantic relationships type, gender and relational characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8(1), 217-242.
- Stanley, S., Markman, H. y Whitton, S. (2002). Communication, conflict and commitment: Insights on the foundations of relationship success from a national survey. *Family Process*, 41(4), 659-675.

- Villanueva, O. G. B. T. (2012). *Antecedentes, intervinientes y consecuentes de la comunicación en la pareja* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Weigel, J. y Ballard, S. (1999). The influence of marital duration on the use of relationship Maintenance Behavior. *Communication Reports*, 12(2), 60-69.
- Wood, J. T. (1993). Engendered relations: interaction, caring, power, and responsibility in intimacy. En S. Duck (Ed.), *Social context and relationships* (pp. 26-54). SAGE.

EL SIGNIFICADO DEL ROMPIMIENTO DEL NOVIAZGO EN ADOLESCENTES: EL EFECTO DE LOS CELOS

Fernando Méndez Rangel^{1*}

Sofía Rivera Aragón^{**}

Mirta Margarita Flores Galaz^{***}

María Emilia Lucio Gómez Maqueo^{**}

Pedro Wolfgang Velasco Matus^{**}

Los celos son uno de los factores negativos en la relación de pareja más estudiados y visibles a lo largo del tiempo; tienen un origen biológico, psicológico y social y son un fenómeno universal, es decir, se manifiestan en todos los humanos y sus culturas (Cortés López, 2011; Reidl Martínez, 2005), sin importar sexo ni edad (Cortés López, 2011; Méndez Rangel, 2015, 2019). A pesar de ello, se han detectado problemas al tratar de definirlos, caracterizarlos y distinguirlos de otras emociones, pues quizá han sido interpretados de distintas maneras, según la época, el contexto social y la corriente teórica que se considere (Reidl Martínez, 2005).

Al analizar todas las definiciones propuestas (por ejemplo, Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001; Reidl Martínez, 2005; Rivera et al., 2017; White, 1981), se encontraron definiciones que enfatizan la amenaza a la autoestima, las que destacan la amenaza a la relación, las que resaltan el deseo de exclusividad y posesión y aquellas que se centran en las diferentes reacciones de este complejo llamado celos. Por ello, para esta investigación

¹ Contacto: psic.fernandomendezr@hotmail.com.

* FES Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

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

*** Universidad Autónoma de Yucatán.

los celos son entendidos como un complejo de procesos conductuales, emocionales y cognoscitivos que siguen a una amenaza dirigida hacia una relación romántica (Rivera et al., 2017; Sharpsteen y Kirkpatrick, 1997; White, 1981) que surge como consecuencia de un exagerado afán de poseer a alguien de forma exclusiva, y cuya base es la infidelidad –real o imaginaria– de la persona amada (Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001; Méndez Rangel et al., 2017; White, 1981).

A lo largo de los años, el estudio de las consecuencias que pueden presentarse por los celos en una relación romántica se ha dividido en dos vertientes, una positiva y una negativa. En cuanto a la primera, diversos autores mencionan que los celos pueden tener consecuencias positivas para la relación si se perciben en un nivel apropiado, ya que pueden ayudar a identificar situaciones que representan una amenaza para la relación, y así, tomar acciones en favor de ésta; además, pueden proteger y promover el amor de otras maneras (Mathes, 1986; Mathes y Severa, 1981).

Respecto a las consecuencias negativas, los celos y los rituales que se llevan a cabo por las personas suelen afectar de manera significativa el desarrollo normal de la vida cotidiana y sus áreas de funcionamiento (Navarro Romero, 2009), a corto y largo plazo (Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001). De esta manera, algunas consecuencias detectadas hasta el momento, de acuerdo con Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo (2001) y Navarro Romero (2009) son: 1) alteraciones físicas, como tensión muscular, dolor de estómago, cansancio, enuresis y dolor de cabeza; 2) alteraciones psicológicas, como sentimientos de rechazo, ansiedad, tristeza y depresión, ira, frustración, miedo, baja autoestima, inatención, sentimientos de inferioridad, preocupación por el futuro y sentimientos de insuficiencia; 3) alteraciones conductuales, como agresiones, discusiones constantes con la pareja, persecuciones, violencia en la pareja, hipervigilancia de la pareja, infidelidad, e incluso homicidio, y 4) alteraciones sociales, como relaciones interpersonales afectadas y aislamiento.

Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo (2001) consideran que otras posibles consecuencias de los celos son el engaño real por parte de la

pareja y ocultar los celos. Navarro Romero (2009) propuso que otra de las consecuencias de este problema, y tal vez la más común, es la disolución de la relación romántica, ya que la relación cargada de celos se ve afectada por una serie de discusiones y deseos de dominación, donde lo que empieza siendo un intento para evitar el final, termina convirtiéndose en el único motivo para que se decida llegar al final de la historia de la relación romántica.

En una investigación realizada por Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz (2014) se encontró que el rompimiento de una relación romántica por celos genera las cuatro etapas de duelo romántico: negociación, hostilidad, desesperanza y pseudoaceptación; sin embargo, son las últimas dos las que alcanzan una media aritmética mayor a la media teórica. En este sentido, se puede observar que el hecho de terminar una relación romántica a causa de los celos genera pensamientos de desprecio y arrogancia hacia la expareja, además de explicar dicho rompimiento a causa de terceras personas; asimismo, se produce un aglomerado de emociones negativas como desesperación, frustración, ansiedad, decepción, resignación y desilusión.

Al ser poco probable que las primeras relaciones amorosas deriven en un proyecto de vida en pareja, el rompimiento de la relación es algo esperado y se genera por causas puntuales; sin embargo, este rompimiento se puede vivir como un fracaso personal en los adolescentes (Perinat Maceres y Corral, 2003), pues el egocentrismo que ellos presentan contribuye al aumento en la intensidad de la infelicidad (Arnett, 2008).

A pesar de lo que mencionaron Perinat Maceres y Corral (2003) sobre lo esperado que parece ser el rompimiento del noviazgo durante la adolescencia, es limitada la literatura acerca de este tópico; sin embargo, se han generado múltiples modelos para explicar el rompimiento de una relación romántica, tal como el Modelo de Inversión para el Compromiso (Rusbult, 1980, 1983; Rusbult et al., 2011), el cual sugiere que para mantenerse en una relación basta con sentirse satisfecho en ésta, no encontrar mejores alternativas en otra relación (costo-beneficio) y la suma de todos los recursos invertidos para evaluar la pertinencia de asumir el compromiso.

La importancia de estudiar el rompimiento de una relación romántica radica en el efecto que tiene sobre la salud mental y la calidad de vida de las personas, sin importar el grupo de edad al que pertenezcan: adolescencia (Price et al., 2016) o adultez (Davis et al., 2003). Así, durante la adolescencia es asociado a diversas consecuencias negativas, al grado de ser una de las principales causas por la que este sector población recurre a la atención psicológica (Price et al., 2016), ya que puede impactar directamente en el desarrollo relacional de los adolescentes y en la calidad de las relaciones románticas que desarrollen durante la adultez (Connolly y McIsaac, 2009; Connolly et al., 2014).

A partir de la literatura revisada, se plantea que los celos, al depender de la percepción que tiene una persona acerca de la fidelidad de su pareja, puede ser una variable predictora de la percepción negativa del rompimiento del noviazgo; además de ser considerada como una de las variables que tiene más consecuencias negativas, pues afecta a sus tres partes: la persona celosa, la pareja y la relación en sí misma. Por ello, la presente investigación tuvo dos objetivos: 1) identificar la relación entre los celos y el significado del rompimiento del noviazgo en adolescentes, y 2) identificar el efecto que tienen los celos en el significado del rompimiento del noviazgo en adolescentes.

MÉTODO

Participantes

Participaron voluntariamente 550 adolescentes entre los 12 y 18 años de edad ($M=16.93$, $DE=1.47$), 275 hombres (50%) y 275 mujeres (50%). La mayoría de los participantes tenían una escolaridad de bachillerato (80.90%), seguido por los que tenían secundaria (14.0%). Todos los participantes habían experimentado por lo menos el rompimiento de una relación de noviazgo ($M=3.87$, $DE=3.06$); sin embargo, sólo 319 participantes (58.0%) tenían una relación de noviazgo al momento de contestar el instrumento, con una duración entre 1 y 61 meses ($M=10.85$, $DE=10.94$). Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo no probabilístico, incidental.

Instrumentos

El instrumento estuvo constituido por dos secciones. La primera contenía el consentimiento con información y el cuestionario de datos sociodemográficos; la segunda incluía las dos medidas correspondientes a las variables de interés para la investigación.

La Escala Multidimensional de Celos para Adolescentes (Méndez Rangel et al., 2017) cuenta con 89 reactivos con respuesta tipo Likert de cinco puntos (1=Totalmente en desacuerdo; 5=Totalmente de acuerdo), distribuidos en ocho factores, que explican 54.59% de la varianza total. La consistencia interna total de la escala se obtuvo a través del alfa de Cronbach ($\alpha=.98$). Los factores de la escala y sus coeficientes de consistencia interna son: control ($\alpha=.97$), enojo ($\alpha=.90$), dolor ($\alpha=.89$), miedo ($\alpha=.92$), sospecha ($\alpha=.90$), desconfianza ($\alpha=.898$), confianza ($\alpha=.72$), incertidumbre ante el pasado amoroso ($\alpha=.71$).

La Subescala de Significado del Rompimiento del Noviazgo, del Inventario Multidimensional de Rompimiento del Noviazgo para Adolescentes (Méndez Rangel, 2019), cuenta con 44 reactivos, con respuesta tipo Likert de cuatro puntos (1=Nada; 4=Muchísimo), distribuidos en ocho factores, que explican 54.68% de la varianza total. En cuanto a la consistencia interna, la escala total tiene un alfa de Cronbach de .923; por su parte, la consistencia interna de cada factor es: sufrimiento ($\alpha=.925$), desconfianza ($\alpha=.859$), desamor ($\alpha=.794$), disfuncionalidad ($\alpha=.739$), madurez ($\alpha=.691$), solución de problemas ($\alpha=.619$), desilusión ($\alpha=.716$), desequilibrio ($\alpha=.666$).

Procedimiento

Se acudió a diversos lugares, como escuelas y parques, para seleccionar a los participantes que colaborarían en el estudio; se les preguntó si habían vivido una relación de noviazgo y si habían experimentado por lo menos el rompimiento de una relación. A los candidatos elegidos se les informó que se trataba de una investigación realizada en la Facultad de Psicología, de la

Universidad Nacional Autónoma de México, para conocer mejor a los adolescentes y sus formas de relacionarse. A los adolescentes que aceptaron participar se les pidió su ayuda para responder los instrumentos.

Se entregó un instrumento a cada participante indicándole los aspectos éticos: podrían abandonar la investigación en el momento en que lo decidieran, toda la información sería confidencial, anónima y empleada sólo con fines de investigación. Se les pidió que respondieran afirmativamente al consentimiento con información, integrado en el instrumento. Para finalizar, se les explicaron las instrucciones y se les dio el tiempo necesario para terminar de contestar cada instrumento. En el caso de las instituciones educativas, se contó con la aprobación de los directivos de éstas para la aplicación de las escalas en forma grupal, a través de una carta firmada por el director. Asimismo, se contó con el consentimiento firmado por el padre o tutor de los participantes.

Análisis de información

Los datos fueron analizados por medio de una prueba producto-momento de Pearson, con el objetivo de identificar la relación entre los celos y el significado del rompimiento del noviazgo. Por su parte, para identificar el efecto de los celos en el significado del rompimiento del noviazgo, se desarrollaron análisis de regresión lineal múltiple, a través del método paso a paso, tomando como variables dependientes a cada uno de los factores que componen la Subescala de Rompimiento del Noviazgo para Adolescentes (Méndez Rangel, 2019).

RESULTADOS

Como se puede observar en la Tabla 1, se desarrolló un análisis de correlación de Pearson. De esta manera, se encontró que el rompimiento del noviazgo visto como sufrimiento, desconfianza, disfuncionalidad, desilusión y desequilibrio se relaciona positivamente con los siete factores cognoscitivos,

emocionales y conductuales de los celos. Por su parte, el rompimiento del noviazgo percibido como desamor se relacionó positivamente con el miedo, el dolor y la confianza. Finalmente, el rompimiento del noviazgo percibido como madurez y como una solución a los problemas se relacionó positivamente con la confianza que produce la lealtad de la pareja.

TABLA 1
Correlaciones entre celos y significado del rompimiento del noviazgo en adolescentes

	Sufr.	Desc.	Desa.	Disf.	Mad.	Sol. Pr.	Desil.	Deseq.	M	DE
Control	.35**	.25**	-.01	.16**	-.01	.03	.11*	.26**	2.09	.92
Enojo	.34**	.28**	.13**	.21**	.02	.04	.13**	.18**	2.87	.92
Dolor	.45**	.34**	.14**	.24**	.06	.05	.18**	.24**	2.85	.90
Miedo	.44**	.33**	.03	.20**	.03	.06	.13**	.27**	2.43	.96
Sospecha	.38**	.29**	-.02	.16**	.03	.06	.14**	.27**	2.12	.93
Desconfianza	.32**	.22**	.01	.13**	-.03	.05	.10*	.22**	2.20	.88
Confianza	-.05	-.03	.15**	.02	.12**	.11*	.09	-.03	3.49	.84
Incertidumbre	.31**	.23**	.07	.16**	-.01	.04	.11*	.27**	2.47	.98
M	2.52	2.62	2.98	2.69	2.80	2.68	2.67	2.47		
DE	.72	.78	.61	.72	.66	.74	.79	.74		

Los ocho factores que se encuentran en la primera columna corresponden a la Escala Multidimensional de Celos para Adolescentes. Los ocho factores de la primera fila corresponden a la Subescala de Significado del Rompimiento del Noviazgo para Adolescentes: 1) Sufr.=Sufrimiento; 2) Desc.=Desconfianza; 3) Desa.=Desamor; 4) Disf.=Disfuncionalidad; 5) Mad.=Madurez; 6) Sol. Pr.=Solución de problemas; 7) Desil.=Desilusión; 8) Deseq.=Desequilibrio. * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$. Nota: Tabla de creación original.

Después de identificar la relación entre las dos variables, para cumplir con el segundo objetivo se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, a través del método paso a paso. Se incluyó al Significado del Rompimiento del Noviazgo como variable dependiente, por cada uno de los factores, y los Celos como variable independiente, por cada uno de sus factores. De la Tabla 2 a la Tabla 9 se muestran los coeficientes de regresión no estandarizados (B), el error estándar (EE) los coeficientes estandarizados (β), los coefi-

cientes de determinación (R^2) y los Intervalos de Confianza (95%) para cada uno de los factores del Significado del Rompimiento del Noviazgo.

Como se puede ver en la Tabla 2, para el Sufrimiento como Significado del Rompimiento del Noviazgo, en el primer paso del análisis se integró el Dolor como predictor, el cual explica 20.6% de la varianza, $F(1, 548)=141.98$, $p<0.001$. En el segundo paso se incorporó el Miedo a la ecuación, lo que explica 23.4% de la varianza; por tal, se observa un incremento en $R^2=.028$, $FIncrementada(2, 547)=83.35$, $p<0.001$. En el tercer paso se incorporó la Confianza a la ecuación, lo que explica 24.8% de la varianza; así, se observa un incremento en $R^2=.015$, $FIncrementada(3, 546)=60.18$, $p<0.001$. En el cuarto paso se incorporó el Control a la ecuación, lo que explica 25.6% de la varianza; por tal, se observa un incremento en $R^2=.008$, $FIncrementada(4, 545)=46.93$, $p<0.001$. En el quinto paso se incorporó la Sospecha a la ecuación, lo que explica 26.3% de la varianza; así, se observa un incremento en $R^2=.006$, $FIncrementada(5, 544)=38.73$, $p<0.001$. Finalmente, para el sexto paso se incorporó la Desconfianza a la ecuación, lo que explica 26.8% de la varianza; de esta manera, se observa un incremento en $R^2=.005$, $FIncrementada(6, 543)=33.101$, $p<0.001$.

TABLA 2

Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, para los predictores del sufrimiento como significado del rompimiento del noviazgo para adolescentes

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1. ^{er} Paso. Dolor	.29	.05	.37	.20	.38
2. ^o Paso. Miedo	.22	.06	.29	.10	.34
3. ^{er} Paso. Confianza	-.12	.04	-.14	-.19	-.05
4. ^o Paso. Control	-.17	.08	-.19	-.33	-.01
5. ^o Paso. Sospecha	.16	.06	.21	.04	.28
6. ^o Paso. Desconfianza	-.12	.06	-.15	-.24	-.01

$R^2=0.208$ para el paso 1 ($p<.001$); $R^2=0.234$ para el paso 2 ($p<.001$); $R^2=0.248$ para el paso 3 ($p<.001$); $R^2=0.256$ para el paso 4 ($p<.001$); $R^2=0.263$ para el paso 5 ($p<.001$); $R^2=0.268$ para el paso 6 ($p<.001$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 3, para la desconfianza como significado del rompimiento del noviazgo, en el primer paso del análisis se integró el dolor como predictor, el cual explica 11.5% de la varianza, $F(1, 548)=71.31$, $p<0.001$. En el segundo paso se incorporó el miedo a la ecuación, que explica 13.1% de la varianza; por lo tanto, se observa un incremento en $R^2=.015$, $FIncrementada(2, 547)=41.10$, $p<0.001$. En el tercer paso se incorporó la confianza a la ecuación, que explica 13.8% de la varianza; así, se observa un incremento en $R^2=.007$, $FIncrementada(3, 546)=29.13$, $p<0.001$. En el cuarto paso se incorporó el control a la ecuación, que explica 14.4% de la varianza; por consiguiente, se observa un incremento en $R^2=.006$, $FIncrementada(4, 545)=22.98$, $p<0.001$.

TABLA 3

Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, para los predictores de la desconfianza como significado del rompimiento del noviazgo para adolescentes

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1. ^{er} Paso. Dolor	.23	.05	.27	.13	.34
2. ^o Paso. Miedo	.22	.07	.27	.08	.36
3. ^{er} Paso. Confianza	-.11	.04	-.12	-.19	-.03
4. ^o Paso. Control	-.15	.07	-.16	-.30	-.01

$R^2=0.115$ para el paso 1 ($p<0.001$); $R^2=0.131$ para el paso 2 ($p<0.001$); $R^2=0.138$ para el paso 3 ($p<0.001$); $R^2=0.144$ para el paso 4 ($p<0.001$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 4, para el desamor como significado del rompimiento del noviazgo, en el primer paso del análisis se integró la confianza como predictor, el cual explica 2.3% de la varianza, $F(1, 548)=12.84$, $p<0.001$. En el segundo paso se incorporó el Dolor a la ecuación, lo que explica 3.3% de la varianza; por tal, se observa un incremento en $R^2=.010$, $FIncrementada(2, 547)=9.43$, $p<0.001$.

TABLA 4
*Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso,
 para los predictores del desamor como significado del rompimiento
 del noviazgo para adolescentes*

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1.º Paso. Confianza	.09	.03	.13	.03	.15
2.º Paso. Dolor	.07	.03	.11	.01	.13

R²=0.023 para el paso 1 ($p<.001$); R²=0.033 para el paso 2 ($p<.001$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 5, para la disfuncionalidad como significado del rompimiento del noviazgo, se encontró que el único predictor es el dolor que se siente por celos, el cual explica 5.7% de la varianza, $F(1, 548)=33.25$, $p<0.001$.

TABLA 5
*Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso,
 para los predictores de la disfuncionalidad como significado del rompimiento
 del noviazgo para adolescentes*

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1.º Paso. Dolor	.19	.03	.24	.13	.26

R²=0.057 para el paso 1 ($p<.001$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 6, para la madurez como significado del rompimiento del noviazgo, se encontró que el único predictor es la confianza que se tiene hacia la lealtad de la pareja, la cual explica 1.4% de la varianza, $F(1, 548) = 7.92$, $p<0.01$.

TABLA 6
Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, para los predictores de la madurez como significado del rompimiento del noviazgo para adolescentes

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1. ^{er} Paso. Confianza	.09	.03	.12	.03	.16

$R^2 = 0.014$ para el paso 1 ($p < .01$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 7, para la solución a problemas como significado del rompimiento del noviazgo, se encontró que el único predictor es la confianza que se tiene hacia la lealtad de la pareja, la cual explica 1.2% de la varianza, $F(1, 548) = 6.40$, $p < 0.05$.

TABLA 7
Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, para los predictores de la solución a problemas como significado del rompimiento del noviazgo para adolescentes

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1. ^{er} Paso. Confianza	.09	.04	.11	.02	.17

$R^2 = 0.012$ para el paso 1 ($p < .05$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 8, para la desilusión como significado del rompimiento del noviazgo, se encontró que el único predictor es el dolor que se siente por celos, el cual explica 3.1% de la varianza, $F(1, 548) = 17.57$, $p < 0.001$.

TABLA 8

Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, para los predictores de la desilusión como significado del rompimiento del noviazgo para adolescentes

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1.º Paso. Dolor	.15	.04	.18	.08	.23

R²=0.031 para el paso 1 ($p<.001$). Nota: Tabla de creación original.

Como se puede ver en la Tabla 9, para el desequilibrio como significado del rompimiento del noviazgo, en el primer paso del análisis se integró la sospecha como predictor, el cual explica 7.3% de la varianza, $F(1, 548)=43.27$, $p<0.001$. En el segundo paso se incorporó el Dolor a la ecuación, lo que explica 8.9% de la varianza; por tal, se observa un incremento en $R^2=.016$, $F_{Incrementada}(2, 547)=26.66$, $p<0.001$.

TABLA 9

Resumen del análisis de regresión lineal múltiple, paso a paso, para los predictores del desequilibrio como significado del rompimiento del noviazgo para adolescentes

Pasos / Factores	B	EE	β	Intervalos de Confianza (95%)	
				Mínimo	Máximo
1.º Paso. Sospecha	.14	.04	.17	.05	.22
2.º Paso. Incertidumbre	.12	.04	.16	.04	.20

R²=0.073 para el paso 1 ($p<.001$); R²=0.089 para el paso 2 ($p<.001$). Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, se cumplió con los dos objetivos de este estudio, al identificar la relación entre los celos y el significado del rompimiento del noviazgo en adolescentes, así como el efecto que tienen los celos en el significado de dicho rompimiento. Para explicar los resultados encontrados se recurrirá a la literatura referente a la etapa de desarrollo y a cada una de las variables.

En general, se percibe que los celos son un predictor confiable de la percepción negativa del rompimiento del noviazgo para los adolescentes, ya que en un afán exagerado de poseer a la pareja amada de forma exclusiva y el miedo de perderla por una posible infidelidad –real o imaginaria– (Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001; Rivera et al., 2017; White y Mullen, 1989), el rompimiento llega a percibirse como lo más negativo de la vida pues significaría que sus emociones y cogniciones van en la dirección correcta, es decir, en la visión de una posible infidelidad, debido a las características de los adolescentes (Arnett, 2008; Santrock, 2004). De esta manera se generan sentimientos de desesperación, frustración, ansiedad y depresión (Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014).

El primer modelo obtenido fue el referente a la percepción del rompimiento del noviazgo como una serie de emociones y cogniciones negativas, que denotan que este evento se padece (Méndez Rangel, 2019; Perinat Maceres y Corral, 2003). Es posible observar que los principales predictores son los factores relacionados con las emociones negativas desarrolladas por los celos, ya que se atraviesa por un duelo romántico cargado de desesperanza y pseudoaceptación que genera emociones negativas (Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014), las cuales se mantienen debido al constante pensamiento sobre las causas de la disolución (Sprecher, 1994) y a la exageración por las propias características de los celos (por ejemplo, Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001; Méndez Rangel et al., 2017; Rivera et al., 2017; White, 1981).

Una relación acompañada de celos se ve afectada por una serie de discusiones y deseos de dominación, donde lo que empieza como una serie de acciones para evitar la infidelidad por parte de la pareja termina siendo el único motivo para llegar al final de la relación (Navarro Romero, 2009), situación que genera una serie de sentimientos negativos (Méndez Rangel, 2019; Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014). De esta manera es posible observar que al surgir los celos en la relación, se considera que el rompimiento del noviazgo se debe a una serie de eventos que muestran la poca lealtad que existe en la relación; es decir, la explicación que dan a

la ruptura es la infidelidad cometida por la otra persona (Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001; Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014).

Para el factor de desamor, es decir, el que denota que el rompimiento del noviazgo es un proceso que lleva a la culminación de los sentimientos positivos, es necesario hablar sobre la Teoría de la Inversión para el Compromiso (Rusbult, 1980, 1983). Si el adolescente considera que invirtió una gran cantidad de recursos (confianza y amor), percibirá que fue un desperdicio si se termina la relación. De esta manera, se genera el sentimiento de desamor debido a las emociones que se encuentran inmersas en el rompimiento (Perinat Maceres y Corral, 2003).

Los factores que reflejan una percepción positiva del rompimiento del noviazgo (madurez y solución a problemas) tienen la confianza vertida en la lealtad de la pareja como su único predictor, a pesar de ser poco el porcentaje de varianza explicada. Así, la seguridad que se genera a lo largo de la relación puede perdurar aun terminada, ya que un noviazgo pleno de experiencias positivas deja a la pareja una sensación de bienestar y crecimiento (Arnett, 2008; Nahoul y González, 2013).

Debido a las características de los celos (por ejemplo, Echeburúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001; Méndez Rangel et al., 2017), es posible observar que el rompimiento de una relación de noviazgo se explica a causa de la presencia de terceras personas, por lo que se genera un duelo romántico que desemboca en sentimientos negativos, tal como desesperación, frustración, ansiedad, depresión, desilusión (Sánchez-Aragón y Martínez-Cruz, 2014); de esta manera, el adolescente celoso puede percibir la ruptura como disfuncionalidad del vínculo y de desilusión debido a la insatisfacción que puede experimentar en la relación (Méndez Rangel, 2019).

En cuanto a las relaciones y al modelo de la visión del rompimiento de un noviazgo como desequilibrio, se puede resaltar el efecto que tiene el aspecto cognoscitivo de los celos (sospecha e incertidumbre ante el pasado amoroso de la pareja), al representar pensamientos constantes de que la pareja pudiera tener una relación extradiádica –romántica o sexual– (Eche-

burúa Odriozola y Fernández-Montalvo, 2001), que desemboca en una posible amenaza a la estabilidad del Yo al terminar el noviazgo (Caruso, 1969).

Para concluir, se considera necesario retomar los resultados obtenidos en este estudio con la finalidad de resaltar el efecto que tienen los celos en las relaciones de noviazgo y su disolución; además de revisar las consecuencias que tiene el rompimiento del noviazgo en la salud mental y la calidad de vida de las personas (por ejemplo, Davis et al., 2003), sobre todo en los adolescentes (Méndez Rangel, 2019). Es necesario considerar los resultados como un foco de atención para las personas que están involucradas con población adolescente, sobre todo para los especialistas en salud mental, ya que de acuerdo con Perinat Maceres y Corral (2003), ante estas situaciones, los adolescentes buscan comprensión, aunque no siempre la obtienen, ya que se cree que son incapaces de experimentar la pérdida como un evento emocional intenso (Rice, 2001).

Finalmente, las limitaciones de este estudio permiten generar propuestas para dar continuidad a esta línea de investigación. Debido a los resultados y a la literatura encontrada (por ejemplo, Méndez Rangel, 2015, 2019), se propone tomar en cuenta algunas variables sociodemográficas para identificar las diferencias y el efecto que tienen sobre la relación existente entre los celos y el significado del rompimiento del noviazgo, tal como el sexo, el grupo de edad, entre otras. Asimismo, se propone tomar en cuenta el tiempo transcurrido desde el último rompimiento y otras variables vinculadas con el lado negativo de las relaciones de noviazgo, tal como la infidelidad (Hall y Fincham, 2006). De este modo, se propone dar continuidad a las investigaciones que surjan de este estudio para la creación de programas de prevención/intervención (Briggs, 2008) que permitan proporcionar las herramientas necesarias a los adolescentes para enfrentar de la mejor manera posible las problemáticas que se presentan en sus relaciones de noviazgo y su rompimiento. Es necesario recordar que la pareja de hoy prepara a la pareja de mañana, y si no se aprende a llevar relaciones de pareja sanas desde esta temprana etapa de la vida, será difícil que se desarrollen durante la adultez.

REFERENCIAS

- Arnett, J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. Pearson Educación.
- Briggs, S. (2008). *Working with adolescents and young adults: A contemporary psychodynamic approach*. Palgrave Macmillan.
- Caruso, I. (1969). *La separación de los amantes*. Siglo XXI Editores.
- Connolly, J. y McIsaac, C. (2009). Adolescents' explanations for romantic dissolutions: a developmental perspective. *Journal of Adolescence*, 32(5), 1209-1223. DOI: 10.1016/j.adolescence.2009.01.006
- Connolly, J., McIsaac, C., Shulman, S., Wincentak, K., Joly, L., Heifetz, M. y Bravo, V. (2014). Development of romantic relationships in adolescence and emerging adulthood: Implications for community mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 33(1), 7-19. DOI: 10.7870/cjcmh-2014-002
- Cortés López, K. I. (2011). *Celos y estilos de amor* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Davis, D., Shaver, P. R. y Vernon, M. L. (2003). Physical, emotional, and behavioral reactions to breaking up: The roles of gender, age, emotional involvement, and attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(7), 871-884. DOI: 10.1177/0146167203029007006.
- Echeburúa Odriozola, E. y Fernández-Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja, una emoción destructiva: un enfoque clínico*. Ariel.
- Hall, J. H. y Fincham, F. D. (2006). Relationship dissolution following infidelity: The roles of attributions and forgiveness. En M. A. Fine y J. H. Harvey (Eds.), *Handbook of Divorce and Relationship Dissolution* (pp. 153-168). Taylor & Francis.
- Mathes, E. W. (1986). Jealousy and romantic love: A longitudinal study. *Psychological Reports*, 58(3), 885-886. DOI: 10.2466/pro.1986.58.3.885.
- Mathes, E. W. y Severa, N. (1981). Jealousy, romantic love, and liking: Theoretical considerations and preliminary scale development. *Psychological reports*, 49(1), 23-31. DOI: 10.2466/pro.1981.49.1.23.
- Méndez Rangel, F. (2015). *Celos y violencia en el noviazgo adolescente: medición, caracterización y prevención* [Tesis de especialización, Universidad Nacional Autónoma de México].

- Méndez Rangel, F. (2019). *Factores psicosociales relacionados con el lado oscuro del noviazgo adolescente* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Méndez Rangel, F., Rivera Aragón, S. y Lucio, E. (2017). Escala Multidimensional de Celos para Adolescentes (EMUCE-A). En S. Rivera, R. Díaz, F. Méndez, C. Jaen, M. García, A. Romero y G. B. T. Villanueva (Eds.), *8 escalas: el lado negativo de las relaciones de pareja* (pp. 33-54). Manual Moderno.
- Nahoul, V. y González, J. J. (2013). *Técnica de la entrevista con adolescentes: Integrando modelos psicológicos*. Pax-Instituto de Investigaciones en Psicología Clínica y Social, A. C.
- Navarro Romero, J. O. (2009). *Celos en pareja* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Perinat Maceres, A. y Corral Íñigo, A. (2003). *Los adolescentes en el siglo XXI: Un enfoque psicosocial*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Price, M., Hides, L., Cockshaw, W., Staneva, A. A. y Stoyanov, S. R. (2016). Young love: Romantic concerns and associated mental health issues among adolescent help-seekers. *Behavioral Sciences*, 6(2), 9. DOI: 10.3390/bs6020009.
- Reidl Martínez, L. M. (2005). *Celos y envidia: emociones humanas*. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rice, P. (2001). *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Prentice Hall.
- Rivera, S., Díaz, R., Flores, M. M., Montero, N. y Méndez, F. (2017). Escala Multidimensional de Celos (EMUCE). En S. Rivera, R. Díaz, F. Méndez, C. Jaen, M. García, A. Romero y G. B. T. Villanueva (Eds.), *8 escalas: el lado negativo de las relaciones de pareja* (pp. 1-32). Manual Moderno.
- Rusbult, C. E. (1980). Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *Journal of Experimental Social Psychology*, 16(2), 172-186. DOI: 10.1016/0022-1031(80)90007-4.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(1), 101-117. DOI: 10.1037/0022-3514.45.1.101.
- Rusbult, C. E., Agnew, C. y Arriaga, X. (2011). The investment model of commitment processes. En P. A. M. Van Lange, A. W. Kruglanski y E. T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (vol. 2, pp. 218-231). SAGA Publications.

- Sánchez-Aragón, R. y Martínez-Cruz, R. (2014). Causas y características de las etapas del duelo romántico. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1329-1343. DOI: 10.1016/S2007-4719(14)70378-3.
- Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo en la adolescencia* (9ª ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Sharpsteen, D. J. y Kirkpatrick, L. A. (1997). Romantic jealousy and adult romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(3), 627-640. DOI: 10.1037/0022-3514.72.3.627.
- Sprecher, S. (1994). Two sides to the breakup of dating relationships. *Personal Relationships*, 1(3), 199-222. DOI: 10.1111/j.1475-6811.1994.tb00062.x.
- White, G. L. y Mullen, P. E. (1989). *Jealousy: Theory, research and clinical strategies*. Guilford Press.
- White, G. L. (1981). Some correlates of romantic jealousy. *Journal of Personality*, 49(2), 129-147. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1981.tb00733.x.

EFFECTO DE LA INFIDELIDAD RELACIONADA CON AUTOESTIMA Y CELOS EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

María Fernanda Cataño Orozco^{1*}

*Carolina Armenta Hurtarte**

*Sandra A. León Laguna**

La infidelidad es un asunto común en las parejas, aun cuando las normas de la sociedad se oponen a ésta, incluso cuando existe una relación de compromiso, se tiene la expectativa de que las necesidades emocionales y sexuales sean satisfechas por la pareja. Se estima que cerca de 50% de las personas han estado involucradas sentimentalmente con alguien, y al mismo tiempo mantienen otra relación formal en algún momento de su vida (Fisher, 1992). La infidelidad es un término extenso que ha sido estudiado desde diferentes perspectivas, con el objetivo de identificar las posibles causas que podrían explicar la conducta infiel.

La infidelidad se experimenta a nivel emocional o sexual. La primera sucede cuando una persona con pareja dirige su tiempo, atención, sentimientos y expresiones de afecto a otra persona que no es su pareja primaria (Shackelford et al., 2000). Se entiende que la infidelidad sexual ocurre cuando un individuo tiene un involucramiento sexual fuera de la relación primaria, con o sin consentimiento de su pareja. A menudo, la infidelidad sexual tiene un impacto significativo en la pareja (Boekhout et al., 2003).

La infidelidad puede proporcionar a la persona infiel momentos placenteros, entre los que destacan la satisfacción emocional, personal y sexual; las sensaciones frescas, vibrantes y de placer, difíciles de sostener en una relación de larga duración; y experiencias de variedad sexual y excitación, aun-

¹ Contacto: fernandacatano25@gmail.com.

* Universidad Iberoamericana.

que pueda tener consecuencias negativas en la pareja (González et al., 2009). Fisher (2004) afirma que los hombres son más propensos a presentar infidelidad sexual, mientras que las mujeres tienden a presentar infidelidad emocional.

Existen investigaciones donde se revela que los hombres tienen mayor dificultad en perdonar a su pareja una infidelidad de tipo sexual, mientras que las mujeres encuentran más difícil perdonar a su pareja por una infidelidad de tipo emocional (Torres y Torres, 2014). En el estudio realizado por Portillo et al. (2010), se encontró que hay una alta correlación entre celos e infidelidad, mostrando que las mujeres presentan altos índices de celos cuando se encuentran ante una infidelidad emocional por parte de su pareja, mientras que los hombres muestran niveles elevados de celos cuando se presenta infidelidad sexual. No obstante, en la investigación realizada por Fernández et al. (2006) se encontró que tanto hombres como mujeres se angustian más ante la infidelidad sexual que frente a la infidelidad emocional.

Las consecuencias, respuestas y conductas ante la infidelidad son distintas de un individuo a otro de acuerdo con el contexto en donde se encuentran. Contreras et al. (2011) señalan que de acuerdo con las normas culturales, en particular en México, es más frecuente y aceptada la infidelidad de los hombres en comparación con las mujeres. Asimismo, indican que las respuestas ante el descubrimiento de la infidelidad corresponden a las normas socioculturales en las que se encuentra la pareja. El efecto de la infidelidad permea aspectos individuales de la persona, como indica Boekhout et al. (2003), pues la infidelidad disminuye la autoestima de las personas.

La autoestima, en cambio, tiene un rol muy importante en las relaciones de pareja, ya que cada persona debe complementar la relación y si ambos gozan de una autoestima alta, podrán enriquecerla. La autoestima, de acuerdo con Palladino (1992), es un estado mental o sistema interno de creencias sobre uno mismo y la forma en que experimenta externamente la vida. Es un sentimiento de valía personal que tiene un papel muy importante en la vida del individuo para que pueda disfrutar de ella (Echeburúa y Fernández, 2001). De acuerdo con estos dos autores, Echeburúa y Fernández (2001),

existen tres ejes fundamentales para la autoestima: el yo real (cómo creo que soy), el yo ideal (cómo me gustaría ser) y los otros (cómo creo que soy para los demás).

Es fundamental que las personas asuman sus propios errores y fracasos, sus logros y experiencias positivas, sus deseos, pensamientos, aptitudes e intereses propios, para aceptarse tal cual son y así lograr una autoestima elevada (Palladino, 1992). Según Branden (2001), la autoestima tiene dos componentes: el primero consiste en tener la capacidad de confiar en uno mismo para poder pensar, aprender, elegir, superar retos, tomar buenas decisiones y producir cambios; el segundo es el respeto por uno mismo y la confianza de ser feliz.

La autoestima es un factor no fijo, cambiará según las experiencias de vida y en el transcurso de ésta (Palladino, 1992); pero es importante tratar de equilibrar y mantener una autoestima alta, pues será más probable que las relaciones sean abiertas, honestas y positivas para su vida (Branden, 2001).

Cuando abordamos el tema de la infidelidad podemos ver que está envuelta en una gama de emociones, las cuales pueden llegar a ser positivas o negativas para las personas. Estas emociones pueden desempeñar un papel adaptativo, la persona que las experimenta tendrá que balancearlas (Echeburúa y Fernández, 2001). Una de esas emociones que es posible que aparezca cuando se sospecha de una infidelidad son los celos, junto con la angustia y la ansiedad.

Los celos son resultado del miedo a perder el amor de la pareja frente a la sospecha de infidelidad. Se originan por un miedo real o fantasioso (Martínez et al., 2011). La Real Academia Española (2019) define el celo como la sospecha o inquietud de que la persona amada haya depositado su cariño en otra. Los celos también se pueden definir como el estado emotivo que se establece por un temor, fundado o infundado, de perder a la pareja amada en el momento que ésta declara afecto hacia otra persona (Plethora, 2014).

Branden (2001) menciona que los celos están relacionados con sentimientos de ansiedad, amenaza, fantasía, rechazo, abandono e ira, como respuestas al supuesto interés que la pareja pudiera tener en otra persona,

manteniendo una relación real o no. Asimismo, los celos, a pesar de estar vinculados a emociones como la ira, el incremento de la excitación sexual y el amor, también están asociados a problemas de salud mental, como la ansiedad y la depresión (Canto y Burgos, 2009). Podemos ver que ansiedad y angustia son síntomas muy parecidos. La angustia es una respuesta ante una situación inconcreta o desconocida que provoca una sensación de miedo o aprehensión; la ansiedad, en cambio, es un miedo anticipado a vivir un daño o desgracia futura (Bilbao, 2010, p.17).

Existen muchas variantes de celos, una persona puede llegar a sentirlos en diferentes aspectos de su vida, provocados por un familiar, un amigo, en el ámbito profesional o en una relación de pareja. A lo largo de esta investigación nos enfocaremos en los celos dentro de una relación amorosa. De acuerdo con Orlandini (2011), los celos sexuales resultan ser los más dolorosos debido a que representan una de las pasiones humanas más intensas, pero al mismo tiempo, destructivas. Se puede decir que los celos implican un estado emocional que se genera a partir de un miedo a perder al ser amado dentro de una relación, provocando que la persona que presenta este comportamiento se sienta vulnerable por la acción o la presencia de un tercero, ya sea real o imaginario (Monroy, 2014). De acuerdo con Echeburúa y Fernández (2001, p. 35), suelen aparecer cuatro componentes principales en esta conducta: el amor, el afán de posesión, la fidelidad pactada y el desprestigio social que genera la infidelidad.

Los celos pueden manifestarse en diferentes niveles de intensidad, esto depende de la cantidad de angustia y ansiedad que se esté experimentando. Pero cuando el nivel de celos es alto, el individuo puede llegar a cometer actos fatales (Sommers, 1990). De la misma forma, cuando una persona sufre esta emoción puede presentar baja autoestima, lo que provoca gran dificultad para confiar en otras personas y puede aumentar la probabilidad de advertir una falsa traición (Echeburúa y Fernández, 2001).

Cuando en el vínculo amoroso surge la desconfianza y la falsa creencia de que hay un tercero en la relación, comienzan a surgir muchas sensaciones. Al hablar de celos, podemos observar que se trata de un concepto mu-

cho más cercano a la necesidad de poseer algo o a alguien. Pero de la misma forma, si éstos se presentan con una gran intensidad, pueden reflejar una gran inseguridad de la persona que los está padeciendo y un fuerte temor a perder al otro (Echeburúa y Fernández, 2001).

Los celos pueden denominarse normales o patológicos. Dentro de los patológicos existen varios tipos, como los pasionales o románticos, obsesivos, delirantes, reactivos, rencorosos y fundados (Díaz y Manrique, 2012). Son considerados normales cuando tienen una justificación real; no existe en el sujeto que los padece una gran intensidad de ira o de ansiedad ni se muestra posesivo con la pareja, tampoco dañan gravemente el vínculo amoroso. En cambio, los celos patológicos no tienen una justificación real o son desproporcionados en comparación a la situación que los podría originar; existe una crisis de ansiedad acompañada por ira y llanto, invaden a la pareja y presentan una gran posesividad (Orlandini, 2011).

Existen diferentes conductas que surgen cuando una persona comienza a presentar celos. Estos individuos suelen hacer preguntas inquisitivas, insistentemente y con mucha impaciencia, buscando una infidelidad. También se interesan mucho por el pasado, intentan recordar cada acción del otro con el fin de detectar un factor de traición. Se presentan inesperadamente en sitios en los que están las parejas y las llaman por teléfono de manera constante. Por último, pueden llegar a tener sexo compulsivo, y se puede decir que lo hacen para marcar un territorio (Echeburúa y Fernández, 2001).

Los celos son un factor que trae grandes conflictos en personas adultas, a veces acarrear como consecuencia situaciones negativas como la ruptura de una relación, divorcio, sufrimiento de familiares, violencia, homicidio, hasta el suicidio (Orlandini, 2011). Es fundamental que se regule esta emoción para evitar resultados catastróficos, pero esto no siempre sucede.

Los celos se manifestarán de formas diferentes en hombres y mujeres, aunque se dan con frecuencia en ambos. Los hombres suelen ser más propensos a sentir esta emoción, ya que les cuesta mucho más tolerar una infidelidad por la conceptualización del hombre dentro de la sociedad. En ellos, los celos suelen manifestarse con ira y agresión. El caso de las mujeres

es similar al de los hombres; sin embargo, en ellas es más frecuente que se manifiesten la tristeza, la depresión y los autorreproches (Echeburúa y Fernández, 2001). Es importante resaltar que cada persona manifestará los celos de diferentes maneras pues cada individuo posee una personalidad única (Orlandini, 2011).

Los celos también pueden ser positivos para la relación de pareja si se presentan de forma moderada; pueden manifestarse como un aviso para proteger y fortalecer la comunicación, pero si esto no se logra, provocan resultados negativos (Orlandini, 2011). Muchas investigaciones al respecto mencionan que los celos y la infidelidad están estrechamente ligados (Canto et al., 2009). Los celos ante la infidelidad de la pareja han sido propuestos como una emoción o un conjunto de ellas, que manifiestan y activan aspectos afectivos diferentes en cada persona y esto varía en su experiencia individual (Reeve, 2010).

La infidelidad es una de las causas más recurrentes de los celos, que a su vez se presentan en la persona infiel, pues ésta teme que su pareja realice la misma conducta (Díaz y Manrique, 2012). Como se puede ver, la infidelidad está relacionada con los celos y la autoestima de las personas, e inevitablemente en algún momento de la vida se podrían enfrentar a una situación de este tipo. Por ello, es importante identificar cuánto y de qué manera este acto afecta al ser humano a lo largo de la vida.

La juventud es una etapa de vida en la cual suceden muchos cambios y decisiones importantes que pueden llegar a determinar el futuro de las personas. En particular, cuando se habla de relaciones de pareja que se conforman debido al impacto que éstas pueden tener, como es el caso de aspectos que favorecen a la relación, así como los aspectos adversos, por ejemplo, la infidelidad.

La infidelidad se puede considerar como un problema social, ya que contraviene los ideales y las normas sociales, atenta contra la calidad de vida de las personas que la experimentan (Espinoza et al., 2014). Por otro lado, se ha documentado que la infidelidad puede afectar negativamente la autoestima de la persona traicionada (Boekhout et al., 2003).

La investigación en cuestión tiene como objetivo principal conocer el efecto de la infidelidad en la autoestima y celos, en jóvenes universitarios de la Ciudad de México. Esta aproximación cobra importancia al profundizar en la relación entre infidelidad, celos y autoestima, lo cual posibilitará comprender situaciones personales y de pareja que emergen en la cotidianidad relacionadas con la ansiedad en jóvenes universitarios, los tipos de celos, el impacto de la infidelidad, así como las diferencias entre mujeres y hombres respecto a estos temas. En este punto, resulta pertinente reconocer que el estudio se enfoca en las víctimas de infidelidad y no en las personas que comenten al acto, tal como aparece en otras investigaciones anteriores.

Si bien existe una gran variedad de investigaciones respecto a esos conceptos por separado, es necesario adentrarse en la complejidad psicológica que los aúna, abriendo nuevos caminos para futuras investigaciones cuyos resultados contribuyan a rediseñar, contemplar e implementar nuevas estrategias y técnicas desde el punto de vista terapéutico y psicológico.

MÉTODO

Esta investigación es de diseño no experimental, transversal con un impacto correlacional-causal, pues describirá la relación entre nuestras variables, que en este caso corresponden al efecto de la infidelidad relacionada con la autoestima y los celos en jóvenes universitarios.

Participantes

La muestra se conformó por 194 estudiantes de diversas universidades mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La aplicación se realizó en universidades privadas y públicas de la Ciudad de México. Del total de participantes, 43.3% corresponde a hombres y 56.7% a mujeres, entre los 19 y 29 años de edad (media de 21 años y DE 2.13 años). El resultado de la muestra arrojó que 45.5% fueron víctimas de infidelidad, mientras que 54.5% nunca la experimentaron.

Instrumentos

Para cumplir con el objetivo de esta investigación se conformó una batería con los siguientes instrumentos psicométricos:

Inventario Multidimensional de Celos (Díaz-Loving et al., 1989): evalúa el sentimiento de malestar e inconformidad que alguien experimenta a causa de las preferencias de un conocido por otras personas. El modo de respuesta fue tipo Likert de 5 puntos, donde 1 indica “Nunca” y 5 equivale a “Siempre”. Las propiedades psicométricas de este instrumento en la consistencia interna con alfa de Cronbach fue de .70.

Inventario Multidimensional de Infidelidad (Romero et al., 2007): consta de 20 ítems con respuestas tipo Likert de cinco puntos que indica el grado de acuerdo con cada uno. Esta escala consta de las siguientes subescalas: infidelidad sexual, deseo de infidelidad emocional, deseo de infidelidad sexual e infidelidad emocional. Esta escala tiene una confiabilidad alfa de Cronbach de .70. Para fines de la presente investigación se tuvo que modificar la redacción del inventario para enfocar los ítems a la perspectiva de la víctima, ya que el instrumento original está enfocado a las personas victimarias.

La escala de autoestima de Rosenberg, adaptada al español por Atienza et al. (1997), está compuesta por 10 reactivos que tienen un tipo de respuesta Likert de cinco puntos, a partir de la frecuencia “Nunca” hasta la frecuencia “Siempre”. La mitad de los ítems de la escala se redactaron de forma positiva y la otra de forma negativa. Las propiedades psicométricas de la escala reportan un alfa de Cronbach de 0.86.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó de forma individual, mediante cuestionarios impresos en papel, en diversas universidades públicas y privadas de la Ciudad de México. Se aplicaron los instrumentos, con el consentimiento previo de los participantes, asegurando la confidencialidad y el anonimato de la información proporcionada.

Para cumplir con el objetivo de esta investigación se realizó un análisis de regresión lineal en el que la infidelidad es la variable de entrada y la autoestima y la percepción de celos son las variables de salida. Una vez recabada la información se usará el programa SPSS versión 21 para realizar los análisis estadísticos pertinentes.

RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados que arrojó la investigación cuyo objetivo consistió en conocer el efecto de la infidelidad en la autoestima y los celos de los jóvenes universitarios. En primer lugar, se presenta el análisis de varianza múltiple de los factores para identificar si existen diferencias en las dimensiones de celos y autoestima a partir del sexo y la experiencia de haber vivido una infidelidad. Le sigue un análisis de regresión de acuerdo con el efecto de la infidelidad en hombres y mujeres en las variables dependientes autoestima y celos.

TABLA 1
Análisis de varianza múltiple de los factores designados por sexo, vivencia de infidelidad y la intersección entre ambos

<i>Factores</i>	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>Eta2</i>	<i>Sig.</i>
Celos: posesión				
Sexo (S)	.00	3.19	.00	.96
Experiencia Infidelidad (EI)	.46	3.19	.00	.49
S*EI	.05	3.19	.00	.82
Celos: Emocional / Dolor				
Sexo (S)	.00	3.19	.00	.96
Experiencia Infidelidad (EI)	.46	3.19	.00	.49
S*EI	2.85	3.19	.01	.09

→

→ Factores	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>Eta</i> ²	<i>Sig.</i>
Celos: confianza				
Sexo (S)	13.00	3.19	.07	.00
Experiencia Infidelidad (EI)	3.68	3.19	.02	.05
S*EI	.62	3.19	.00	.43
Celos: enojo				
Sexo (S)	7.70	3.19	.04	.00
Experiencia Infidelidad (EI)	2.09	3.19	.01	.15
S*EI	.99	3.19	.00	.31
Autoconfianza				
Sexo (S)	.85	3.19	.005	.35
Experiencia Infidelidad (EI)	2.04	3.19	.013	.15
S*EI	.44	3.19	.003	.50
Autodesprecio				
Sexo (S)	.58	3.19	.004	.44
Experiencia Infidelidad (EI)	1.23	3.19	.008	.26
S*EI	.10	3.19	.001	.75

Nota: Tabla de creación original.

En la Tabla 1 se realizó un ANOVA para saber las diferencias significativas entre los factores correspondientes a la autoestima, celos e infidelidad. Se puede observar que no hay diferencias significativas por la interacción de sexo y la experiencia de haber vivido una infidelidad en todas las dimensiones. No obstante, se advirtió que hay diferencias significativas debido al sexo de los participantes en los factores correspondientes a la confianza y al enojo, como en la Tabla 2, en donde se muestran las medias de cada dimensión por sexo y por la experiencia de infidelidad; se destaca que la confianza y el enojo son superiores en las mujeres que los hombres.

TABLA 2
Medias de acuerdo con el sexo, si fueron o no víctimas de infidelidad

Variable dependiente	Mujeres		Hombres		Víctima de infidelidad		No víctima de infidelidad	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Posesión	19.48	.82	19.42	.98	19.88	.99	19.01	.81
Emocional/Dolor	22.78	.76	22.45	.91	22.64	.91	22.59	.75
Confianza	26.87	.38	24.69	.46	25.20	.46	26.36	.38
Enojo	10.33	.32	8.92	.39	9.26	.39	10.00	.32
Infidelidad	18.78	.93	18.67	1.11	21.30	1.12	16.16	.92
Autoconfianza	18.29	.22	17.96	.27	17.87	.27	18.38	.22
Autodesprecio	8.49	.34	8.09	.40	8.59	.40	8.00	.33

DE= Desviación Estándar. Nota: Tabla de creación original.

Se puede observar en la Tabla 3 que las variables autoconfianza, autodesprecio y confianza se ven afectadas significativamente por la infidelidad, siendo mayor el efecto de ésta en mujeres que en hombres.

TABLA 3
Análisis de regresión de acuerdo con el efecto de la infidelidad en hombres y mujeres en las variables dependientes

Factores dependientes de la infidelidad	R2	R2Δ	B	SE B	95% CI	b	t	Sig.
Posesión								
Mujeres	.06	.05	.21	.08	[11.86-19.33]	.25	2.50	.51
Víctima	.19	.18	.27	.08		.44	3.39	.00
No víctimas	.00	-.02	-.00	.22		-.00	-.04	.97
Hombres	.00	-.01	.05	.10	[14.04-22.30]	.06	.54	.97
Víctimas	.00	-.04	-.05	.17		-.06	-.31	.76
No víctimas	.02	.00	.18	.16		.15	1.11	.27

→

→

Factores dependientes de la infidelidad

	R ²	R ² Δ	B	SE B	95% CI	b	t	Sig.
Emocional/Dolor								
Mujeres	.00	-.00	.04	.07	[18.92-25.14]	.06	.66	.51
Víctima	.00	-.01	.02	.07		.06	.32	.75
No víctimas	.00	-.02	-.01	.17		-.01	-.07	.94
Hombres	.00	-.01	.00	.12	[18.20-27.33]	.00	.03	.97
Víctima	.01	-.32	-.09	.17		-.12	-.56	.58
No víctimas	.03	.01	.26	.19		.19	1.35	.18
Confianza								
Mujeres	.06	.04	-.06	.02	[26.86-29.23]	-.24	-2.4	.01
Víctima	.09	.07	-.06	.03		-.30	-2.2	.03
No víctimas	.01	-.01	-.04	.06		-.09	-.63	.53
Hombres	.00	-.01	-.01	.07	[22.41-28.05]	-.02	-1.8	.85
Víctima	.00	-.04	-.03	.12		-.05	-.26	.79
No víctimas	.01	-.00	.10	.10		.13	.97	.33
Enojo								
Mujeres	.03	.01	.05	.03	[8.07-10.70]	.17	1.6	.09
Víctima	.06	-.04	.06	.03		.25	1.7	.08
No víctimas	.00	-.02	.01	.06		.09	.25	.80
Hombres	.00	-.01	.02	.05	[6.79-10.67]	.05	.48	.63
Víctima	.00	-.04	.01	.06		.06	.27	.78
No víctimas	.03	.01	.11	.08		.18	1.3	.20
Autoconfianza								
Mujeres	.13	.12	-.07	.01	[18.80-20.43]	-.36	-3.7	.00
Víctima	.13	.11	-.06	.02		-.36	-2.7	.00
No víctimas	.09	.06	-.08	.04		-.30	-1.9	.05
Hombres	.00	-.01	.00	.03	[16.56-19.45]	.00	.00	.00
Víctima	.00	-.04	.00	.05		.03	.17	.86
No víctimas	.00	-.02	.00	.06		.00	.04	.97
Autodesprecio								
Mujeres	.12	.11	.10	.02	[5.25-7.77]	.35	3.6	.00
Víctima	.11	.09	.08	.03		.34	2.5	.01
No víctimas	.14	.12	.17	.06		.37	2.5	.01
Hombres	.01	.00	.05	.05	[5.00-9.09]	.11	1.0	.31
Víctima	.00	-.04	.00	.09		.02	.07	.92
No víctimas	.04	.02	.11	.07		.20	1.4	.14

R²=coeficiente de determinación, R² ajustada=coeficiente de determinación ajustado, B=coeficiente, SEB=error estándar de B, CI=coeficiente intervalar de B. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue conocer el efecto de la infidelidad en la autoestima y los celos en los jóvenes universitarios de la Ciudad de México, y así aportar un mayor conocimiento sobre los posibles impactos que conlleva una infidelidad en diferentes aspectos de la persona, en este caso, en su nivel de autoestima y las alteraciones en los niveles de celos. Enfocar el estudio en la víctima de una infidelidad, permitió ampliar las perspectivas sobre el tema.

Las hipótesis de investigación planteadas fueron las siguientes: 1) la conducta infiel genera un desbalance en la autoestima de la víctima; 2) la autoestima de las mujeres se verá más afectada que la de los hombres. A partir de los resultados alcanzados, éstas fueron aceptadas y comprobadas. Una de las explicaciones que apoyamos fue propuesta por Canto et al. (2009), quienes mencionan que las diferencias entre hombres y mujeres son explicables desde las diferentes adscripciones de unos y otros a las normas y roles de género dominantes en un contexto ideológico determinado. Igualmente, se ven influidos por múltiples variables entre las que se destacan los factores culturales, las características psicológicas de la persona que cela, así como las características propias de la situación y del tipo de relación (Martínez et al., 2011).

A partir del análisis de varianza múltiple de factores se identifica que la infidelidad que sufre una persona llega a afectar la confianza, el ánimo y la autoestima; en el caso de las mujeres se ven más afectadas que los hombres. Como mencionan los autores Echeburúa y Fernández (2001), en los hombres, los celos suelen manifestarse con ira y agresión. En las mujeres es más frecuente la tristeza, la depresión y los autorreproches, tal como se comprueba en los resultados que revelan mayor afectación en la autoestima y los celos. Es importante reconocer, tal como menciona Orlandini (2011) que las personas manifestarán los celos de forma diferente, debido a que cada una posee una personalidad única.

De acuerdo con los resultados que nos ofrecen las correlaciones de los puntajes de hombres y mujeres entre las escalas de celos, infidelidad y autoestima, se observa que los factores varían dependiendo del sexo, ya que las emociones pueden cambiar entre hombres y mujeres. De igual forma, los resultados indican una relación entre la posesión y los celos, con el enojo, el autodesprecio y el dolor. Estos hallazgos son congruentes con lo indicado por Echeburúa y Fernández (2001), en donde los hombres muestran más las emociones de ira y enojo ante los celos, mientras que en las mujeres se encuentra una relación con el dolor. Esto quizá se deba a que los celos ante la infidelidad de la pareja han sido propuestos como una emoción o un conjunto de ellas, que manifiestan y activan aspectos afectivos diferentes en cada persona y que varía en su experiencia individual (Reeve, 2010). De la misma forma, los celos se manifiestan en diferentes niveles de intensidad, lo cual dependerá del nivel de angustia y ansiedad que la persona experimente (Sommers, 1990).

Finalmente, se realizó una regresión con el fin de observar el efecto que tiene la infidelidad sobre los celos y la autoestima de los jóvenes universitarios. Los resultados revelaron que la infidelidad ejerce una fuerte influencia sobre la autoestima (autoconfianza y autodesprecio) y los celos, aún más intensa en mujeres que en hombres. De acuerdo con Echeburúa y Fernández (2001), si la persona llega a sufrir o sospechar (sentir celos) una infidelidad, puede comenzar a presentar una baja autoestima, provocando dificultad para confiar en otras personas y la probabilidad de ver una traición donde realmente no la hay. La autoestima de la persona está en juego debido a que es un factor no fijo, cambia según las experiencias de vida y en el transcurso de ésta (Palladino, 1992).

La infidelidad es, sin duda, uno de los sucesos que más afectan la vida de las personas en diferentes niveles, donde la autoestima de las víctimas se ve en gran parte afectada, además de que sus niveles de celos se ven alterados en la mayoría de las ocasiones. Con la presente investigación se acepta parcialmente la hipótesis planteada, ya que encontramos que la conducta infiel genera un desbalance en la autoestima de la víctima, el cual se acentuará aún

más en las mujeres que en la autoestima que los hombres, mientras que los celos podrían variar si la persona ha sido víctima o no de una infidelidad. De la misma manera, podemos observar que hay una correlación de 99% entre la infidelidad y la confianza, lo cual ofrece indicios acerca de la magnitud del daño que un acontecimiento como la infidelidad produce.

El presente estudio guarda relevancia para la psicología clínica al ofrecer posibles áreas con mayor afectación de la persona que es víctima de infidelidad, es este caso: autoestima, confianza y dolor emocional. Igualmente, se proponen posibles temas para desarrollar programas de intervención para hombres y mujeres que han pasado por estas situaciones. Es importante que se lleven a cabo más investigaciones al respecto para seguir profundizando en el tema.

REFERENCIAS

- Atienza, F., Balaguer, I., García-Merita, M. L. y Moreno, Y. (1997). Análisis de las diferencias individuales entre chicos y chicas adolescentes en la práctica regular de actividad física en función de la autopercepción física. *VI Congreso Nacional de Psicología del Deporte*. Las Palmas de Gran Canaria.
- Boekhout, B. A., Hendrick, S. S. y Hendrick, C. (2003). Exploring infidelity: Developing the relationship issues scale. *Journal of Loss and Trauma*, 8(4), 283-306. DOI: 10.1080/15325020305882.
- Branden, N. (2001). *La psicología de la autoestima*. Paidós.
- Canto, J. y Burgos, M. (2009). Diferencias entre sexos en los celos románticos: una confrontación teórica. *Psicología em Foco*, 2(1), 120-130. Recuperado de http://linux.alfamaweb.com.br/sgw/downloads/161_074454_PONTODEVISTA2Diferenciasentresexosenloscelosromanticosunaconfrontacionteorica.pdf.
- Canto, J., García, P. y Gómez, L. (2009). Celos y emociones: Factores de la relación de pareja en la reacción ante la infidelidad. *Athenea Digital*, 15(1), 39-55. DOI: 10.5565/rev/athenead/von15.528.
- Contreras, P., Guzmán, M., Alfaro, C., Arraya, C. y Jiménez, P. (2011). Significados asociados a la infidelidad en estudiantes universitarios con estilos de apego seguro e inseguro. *Salud y Sociedad*, 2(1), 10-30.

- Díaz-Loving, R., Rivera, A. S. y Flores, G. M. (1989). Desarrollo y análisis psicométrico de una medida multidimensional de celos. *Revista Mexicana de Psicología*, 8(2), 111-119.
- Díaz, T. y Manrique, R. (2012). *Celos. ¿Amar o poseer?* Trillas.
- Echeburúa, E. y Fernández, J. (2001). *Celos en la pareja. Una emoción destructiva*. Planeta.
- Espinoza, A., Correa, F. y García, L. (2014). *Percepción social de la infidelidad y estilos de amor en la pareja*. Enseñanza e Investigación en Psicología, 19(1), 135-147. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29232614008.pdf>.
- Fernández, A., Sierra, J., Zubeidat, I. y Vera, P. (2006). Sex differences in response to sexual and emotional infidelity among spanish and chilean students. *Journal of Cross-cultural Psychology*, 37(4), 359-365. DOI: 10.1177/0022022106288474.
- Fisher, H. (1992). *Anatomy of love. A natural history of mating, marriage, and why we stray*. W. W. Norton.
- Fisher, H. (2004). *Why We Love: The Nature and Chemistry of Romantic Love*. Holt Paperbacks.
- González, J., Martínez, A. y Martínez, D. (2009). Factores psicológicos asociados a la infidelidad sexual y/o emocional y su relación a la búsqueda de sensaciones en parejas puertorriqueñas. Universidad Carlos Albizu. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 20, 59-81. Recuperado de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=233216361004>.
- Martínez, N., Parada, A., Parra, M. y Rojas, L. (2011). *Guía de Intervención Cognoscitivo-Comportamental para el manejo de los celos en la relación de pareja*. Universidad El Bosque.
- Monroy, E. (2014). *Tipos de celos en una comunidad universitaria*. [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México]. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.11799/21849>.
- Orlandini, A. (2011). *El amor, el sexo y los celos*. Oriente.
- Palladino, C. (1992). *Cómo desarrollar la autoestima. Guía para lograr el éxito personal*. Grupo Editorial Iberoamérica.
- Plethora (2014). *Diccionario de psicología*. Recuperado de <http://consulta-psicologica.com/diccionario-de-psicologia.html>.

- Portillo, L., Henao, G. y Isaza, L. (2010). Diferencias sexuales en la experiencia subjetiva de los celos: una mirada desde la Psicología Evolucionista. *Pensamiento Psicológico*, 8(15), 53-62.
- Real Academia Española (2019). Celos. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=8A737TG|8A7sRXS>.
- Reeve, J. M. (2010). *Motivación y emoción*. McGraw Hill.
- Romero, A., Rivera, S. y Díaz, R. (2007). Desarrollo del inventario multidimensional de infidelidad (IMIN). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 1(23), 121-147. Recuperado de http://www.aidep.org/03_ridep/R23/R237.pdf.
- Shackelford, T. K., LeBlanc, G. J. y Drass, E. (2000). *Emotional reactions to infidelity*. *Cognition and Emotion*, 14(5) 643-659. DOI: .10.1080/02699930050117657.
- Sommers, P. (1990). *Los celos*. Paidós.
- Torres, L., Torres, A. y Riveros, F. (2014). Relación entre la tendencia a la infidelidad emocional y/o sexual e inteligencia emocional, en estudiantes universitarios. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 57-70. DOI: 10.18270/chps.v16i1.1969.

SATISFACCIÓN DE PAREJA, ESTILO DE PODER Y FAMILISMO EN RELACIÓN CON FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Fuensanta López Rosales^{1}*

*José Luis Jasso Medrano^{**}*

*Juan Ramón Becerra Guajardo^{***}*

*Rolando Díaz-Loving^{****}*

La familia ha sido considerada como una de las relaciones más importantes que establece el ser humano, ya que es un factor que determina el crecimiento de las personas, tanto físico como psicológico, así como el bienestar y la satisfacción (Mora et al., 2013). La familia presenta una dinámica compleja que rige sus patrones de convivencia y funcionamiento, al ser una instancia mediadora entre el individuo y la sociedad (Zaldívar, 2009; Jasso, 2015).

Entendemos como funcionalidad familiar los patrones de comportamiento dentro de la familia que posibilitan o dificultan su estabilidad, orden y bienestar, siendo la interacción entre sus integrantes la vía de acceso para su estudio. A través de ésta, se desarrollan una serie de situaciones que afectan al individuo, a la pareja y a los hijos, y facilitan al estudio o la relación de factores vinculados a dicha interacción (García et al., 2006). La funcionalidad se define como el conjunto de patrones de comportamiento del sistema familiar que rige el estilo de vida y promueve su funcionalidad o disfuncionalidad, presentándose características como la comunicación clara y direc-

¹ Contacto: fuensanta.lopez57@yahoo.com.mx.

* Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.

** Centro de Investigación en Nutrición y Salud Pública, Universidad Autónoma de Nuevo León.

*** CIDICS, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey.

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

ta, definición de roles, autonomía de sus integrantes, cohesión, solidaridad y habilidad para resolver problemas (Padilla y Díaz-Loving, 2011; Jasso, 2015).

El modelo circunflejo de sistemas familiares sostiene que los niveles de cohesión, flexibilidad y comunicación son indicadores del tipo de funcionalidad que predomina en el sistema, siendo los sistemas balanceados los más funcionales (Schmidt et al., 2010). Uruk y Demir (2003) indican que una familia funcional proporciona a sus miembros tres elementos: 1) un sentido de cohesión que se asume como el lazo emocional a partir del cual se crean las condiciones para la identificación con un grupo primario que fortalece la proximidad emocional, intelectual y física; 2) un modelo de adaptabilidad que tiene como función básica mediar los cambios en la estructura de poder, en el desarrollo de las relaciones de roles y en la formación de reglas; 3) una red de experiencias de comunicación mediante las cuales los individuos aprenden a interactuar, escuchar y negociar.

Funcionamiento familiar y satisfacción con la pareja

Una dinámica familiar saludable o positiva facilita el logro de funciones que socialmente le han sido asignadas, como la satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros, el establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales, crear condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual (López et al., 2012; Zaldívar, 2009). En el caso contrario, la relación negativa de la familia se asocia con una comunicación ineficaz, con la falta de búsqueda de soluciones, con la carencia de fortalezas entre sus miembros y con la falta de involucramiento (Roque y Acle, 2013).

La satisfacción en relación con el matrimonio o la pareja es definida como el grado de gozo o gratificación que existe respecto a la condición matrimonial o de la relación, considerada un indicador de estabilidad y felicidad (Leonor et al., 2004; Flores, 2011). Es vista como la evaluación subjetiva de la relación experimentada hacia el matrimonio o como la actitud hacia la interacción marital y aspectos de cónyuge, la cual incluye satisfacción con la

interacción marital, aspectos emocionales y aspectos estructurales (Gómez, 2011; Armenta et al., 2010). Esta definición de la satisfacción en la relación de pareja se ha considerado equivalente a la calidad marital o de pareja, que se refiere a la satisfacción global con el subsistema de la pareja y que está dada por el nivel de acuerdo entre sí, al integrar dimensiones como la alianza y el conflicto abierto (Cabrera et al., 2006).

La percepción del funcionamiento familiar puede ser determinada de manera distinta entre hombres y mujeres, de acuerdo con su nivel de satisfacción, sobre todo en los factores de roles y trabajo doméstico, organización y relación de pareja (Flores et al., 2012; Rivera et al., 2012). Estas diferencias están determinadas por la cultura, tomando en cuenta la familia mexicana tradicional, que es de tipo patriarcal y enfatiza el dominio masculino y la subordinación femenina. El papel de la mujer implica someterse, lo que conduce al concepto de “marianismo”, que tiene origen en la devoción a la virgen María como modelo de mujer. Los hombres juegan un papel de dominio bajo actitudes machistas. El machismo es una exaltación de la masculinidad caracterizada por dominio, autonomía, logro y agresividad. La familia tradicional suele ser cohesionada, rígida y de comunicación poco fluida. Su función es procreadora y acoge en su seno a varias generaciones unidas por valores de familismo o total subordinación y servicio a la familia (Díaz-Guerrero, 2003; Esteinou, 2004; Moral et al., 2013).

Funcionamiento familiar y familismo

Los niveles de satisfacción y funcionalidad familiar se han relacionado con el familismo, que se entiende como la aceptación y seguimiento de valores culturales que ponen a la familia como centro fundamental de apego e identidad, implicando sentimientos fuertes de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre sus integrantes (Herrera et al., 2010).

Familismo es un término considerado como una característica distintiva de la cultura hispana (Schwartz, 2007). La familia es vista como un referente, quienes la integran creen que su conducta debe cumplir con

expectativas familiares. Por lo tanto, familismo se define como el conjunto de creencias normativas que son vistas como las obligaciones con la familia, el honor por los mayores, el soporte familiar (German et al., 2009). También se entiende por familismo la estrategia basada en la solidaridad y el apoyo entre las distintas generaciones que integran a la familia (Albertini, 2010).

El familismo se ha incluido como un valor asociado al funcionamiento familiar, integrándolo como un factor protector de dicho funcionamiento. El familismo puede reflejar un valor en un sistema colectivista (Schwartz, 2007). Algunos estudios han relacionado al familismo y la satisfacción marital como factores predictores del funcionamiento familiar (Flores et al., 2012).

Funcionamiento familiar y estilos de poder

El poder se define como la habilidad de conseguir que otra persona piense, sienta o haga algo que no habría hecho de forma ordinaria y espontánea (Cartwright y Alvin, 1959; Jasso et al., 2014). La relación de pareja es un espacio idóneo para la manifestación del poder; está en función de quién toma las decisiones, quién plantea ideas o quién soluciona problemas (Rivera, 2000). El poder en la pareja se define como un medio que surge a partir de actos que pueden ser utilizados durante el intento de influir en la pareja con el fin de conseguir lo que se desea (Rivera y Díaz-Loving, 2002).

Se identifican dos factores dentro del poder en la pareja: en primer lugar, están los estilos de poder, que se refiere a las formas en que se pide a la pareja que haga algo. En segundo lugar están las estrategias de poder, que se refiere a los medios que se utilizan para lograrlo (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1988; Nina-Estrella, 1991). Los estilos y las estrategias de poder se definen como el ejercicio de poder positivo o negativo a través de una serie de acciones encaminadas a obtener lo que se quiere (Flores et al., 2002; Pozos et al., 2012). La distribución del poder depende del manejo de los recursos que cada uno tiene; es probable que uno de los dos tenga más

capacidad para conseguir que el otro acepte hacer lo que éste quiere, estableciéndose así una estructura de poder (Cortés y Flores, 2005).

Se ha encontrado que la satisfacción está relacionada de manera positiva con la frecuencia en que se usan estilos y estrategias constructivas para resolver conflictos (como acuerdos y compromisos) y negativamente relacionadas con la frecuencia en que los miembros de la pareja emplean estrategias destructivas para resolver conflictos como la retirada y el defenderse (Gasca et al., 2014). Otro estudio sobre el vínculo amoroso y la satisfacción concluyó que las parejas tratan de resolver los problemas de manera equilibrada, equitativa, cooperativa, de mutuo acuerdo, entre otras, aunque al mismo tiempo imponen ligeramente su forma de ser, “saliéndose con la suya” y convenciendo a la pareja (Flores et al., 2005). Los estilos y las estrategias de poder son importantes para la percepción de la felicidad o infelicidad en todos los aspectos de la pareja; el estilo y la estrategia positivos de poder son importantes para la evaluación de la felicidad en la relación (Pozos et al., 2012).

El presente estudio

México vive un cambio de realidad social por la incorporación de la mujer al mercado laboral, una población crecientemente concentrada en grandes ciudades, en las cuales las familias nucleares viven en pequeños espacios habitacionales. Estas familias tienen la obligación de brindarles educación a sus hijos, al menos hasta su mayoría de edad, con la intención de que cursen estudios superiores, por ello tienen pocos hijos. A la vez, estas familias fomentan la emancipación, pues los padres cuentan con seguros de jubilación y no dependen de sus hijos una vez que son ancianos. Ante esta nueva realidad social, la familia tradicional resulta disfuncional, pero aún persiste, al menos sus valores (Salazar et al., 2011).

La disfuncionalidad familiar es un factor que se ha estudiado como un predictor de aspectos negativos, tales como adicciones, conductas de riesgo,

violencia, depresión, ideación suicida, entre otros. Por otra parte, la funcionalidad familiar positiva se ha relacionado con una mejor adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas, adultos mayores más felices, bienestar psicosocial, entre otros aspectos positivos (Jasso, 2015). Por consiguiente, la promoción de la funcionalidad familiar puede ser un factor importante desde la perspectiva biopsicosocial.

Debido al contexto de cambio y la persistencia de viejos valores familiares, así como su efecto en algunos aspectos biopsicosociales, es importante estudiar la funcionalidad familiar. La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación de los factores de familismo, el estilo de poder constructivo y la relación de pareja satisfactoria con el funcionamiento familiar positivo, proponiendo un modelo predictor de funcionamiento familiar. Se espera que el vínculo afectivo satisfactorio, el estilo de poder constructivo y el familismo sean predictores del funcionamiento familiar (Flores et al., 2005; Gasca et al., 2014; Herrera et al., 2010; Rivera et al., 2012).

MÉTODO

Participantes

Se reclutó una muestra no probabilística de 460 participantes con una media de edad de 32.43 ($DE=11.67$). Del total de los participantes, 52% corresponde a mujeres y 48% a hombres, siendo la frecuencia estadísticamente equivalente (prueba binomial: $p=.33$) (véase Tabla 1). La media de la edad fue de 32.43 años ($DE=11.67$). Como criterios de inclusión se eligieron candidatos con pareja heterosexual, mayores de edad, que supieran leer y escribir, y proporcionar el consentimiento informado. Como criterios de exclusión se fijó la incapacidad para entender las preguntas, actitud negativa o desinteresada y negarse a completar todas las preguntas, salvo la ocupación laboral.

TABLA 1
Participantes según su edad, estado civil y número de hijos

<i>Rango de edad</i>	<i>%</i>	<i>Estado civil</i>	<i>%</i>	<i>Hijos</i>	<i>%</i>
19-20	7%	Soltero	35%	Ninguno	43%
20-29	42%	Casado	58%	1	14%
30-39	22%	Unión libre	4%	2	21%
40-49	19%	Divorciado	3%	3	16%
50-59	8%			4 o más	6%
60-70	2%				

Nota: Tabla de creación original.

En relación con la convivencia y tiempo de relación de pareja, 65% de los participantes reportaron vivir con su pareja, mientras que 35% no viven juntos (véase Tabla 2). En cambio, 71% de los participantes tenían más de 6 meses de relación con su pareja.

TABLA 2
Participantes según el tipo de convivencia y tiempo de relación

<i>No viven con su pareja</i>	<i>%</i>	<i>Viven con su pareja</i>	<i>%</i>
Relación de hasta 6 meses	29%	0-3 años	13%
Más de 6 meses	71%	3-7 años	16%
		7-14 años	28%
		14 o más	43%

Nota: Tabla de creación original.

Dentro de los demás datos sociodemográficos proporcionados se encuentran los estudios y la ocupación actual: 52% de la muestra reportó estudios superiores, 23% sólo reportó nivel media superior general. Las ocupaciones que más se informaron fueron estudiantes, oficinistas, profesionistas y trabajo en el hogar. Sin embargo, 34.8% de los participantes decidió no propor-

cionar datos sobre sus actividades, por lo tanto, se dividió el porcentaje de ocupación únicamente entre los participantes que aceptaron informar su actividad laboral para obtener el porcentaje válido (véase Tabla 3).

TABLA 3
Participantes según sus estudios y su ocupación

<i>Estudios</i>	<i>%</i>	<i>Ocupación</i>	<i>%</i>
Primaria	3%	Estudiante	31.7%
Secundaria	11%	Oficina	23.3%
Media Superior General	23%	Profesionista	19%
Media Superior Técnica	11%	Hogar	17%
Estudios superiores	52%	Técnico	3.3%
		Negocio propio	2.3%
		Trabajador manual	2%
		No trabaja	1.3%

Nota: Tabla de creación original.

Instrumentos

Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM) creado por Cortés et al., (1994). Consta de 48 ítems, formato tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 indica “Nunca”, hasta 5, que equivale a “Siempre”), aplicando los 6 últimos sólo a parejas con hijos. Se obtiene una puntuación total por la suma simple de los 42 ítems (sin el factor de hijos) o 48 ítems. Cuanto mayor es la puntuación, corresponde a mayor satisfacción marital. Se compone de 6 factores: organización y funcionamiento familiares con 6 indicadores y consistencia interna alta ($\alpha=.88$), tareas familiares con 4 indicadores ($\alpha=.90$), físico-sexual con 12 indicadores ($\alpha=.96$), interacción con 14 indicadores ($\alpha=.96$), diversión con 6 indicadores de consistencia interna alta ($\alpha=.89$) e hijos con 6 indicadores y consistencia interna alta ($\alpha=.95$). Debido a su consistencia interna, se consideró un instrumento confiable (Cortés et al., 1994).

Escala de estilos de poder de Rivera (2000). Evalúa el modo particular y distintivo en que una persona tiende a influir en otras, especialmente en su pareja. Está conformada por 32 ítems, tipo Likert con un rango de 7 puntos (1 indica “Nunca”; hasta 7, que equivale a “Siempre”). Consta de 8 factores: agresivo, con 5 indicadores; tranquilo-conciliador, con 4 indicadores; sumiso, con 2 indicadores; libertador, con 3 indicadores; democrático-negociador, con 5 indicadores; rígido, con 4 indicadores; dominante-desordenado, con 4 indicadores y afectivo, con 5 indicadores. La consistencia interna varió de .69 a .95 (Rivera, 2000). Debido a su consistencia interna, se consideró como un instrumento con una confiabilidad aceptable (Rivera, 2000).

Escala de familismo de Lugo y Contreras (2003). Está conformada por 18 ítems, con un formato tipo Likert, cuyo rango es de 10 puntos (1, que equivale a “Totalmente en desacuerdo”, hasta 10, que indica “Totalmente de acuerdo”). A mayor puntuación, más definido el rasgo del familismo. El familismo se define como aceptación y seguimiento de valores culturales que ponen a la familia como centro fundamental de apego e identidad, implicando fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre los miembros de la familia nuclear y extensa. En el familismo se acentúa la importancia de los otros, la confianza, el respeto a las personas mayores y la responsabilidad de cuidar a los demás miembros de la familia, particularmente a los niños (Herrera et al., 2010). Se compone de 4 factores: apoyo familiar, con 5 indicadores de consistencia interna adecuada ($\alpha=.69$); interconectividad familiar, con 5 indicadores de consistencia interna alta ($\alpha=.86$); honor familiar, con 4 indicadores y consistencia interna baja ($\alpha=.55$) y subyugación personal por la familia, con 4 indicadores y consistencia interna baja ($\alpha=.53$). Debido a su consistencia interna, la confiabilidad de algunos de sus factores puede ser cuestionable, pero cumple con el criterio mínimo de alfa $>.50$ (Lugo y Contreras, 2003).

Escala de Funcionamiento Familiar (EFF) de Palomar (1998). Está conformada por 46 ítems tipo Likert, con un rango de 5 puntos (de 1, que indica “Nunca”, hasta 5, equivalente a “Siempre”). De los 46 ítems tipo Likert, 9 son inversos. Con estos 46 primeros ítems se define una puntuación total

(EFF-46) y 10 factores: tiempo compartido, con 4 indicadores, consistencia interna alta ($\alpha=.81$); roles y trabajo doméstico, con 5 indicadores, consistencia interna alta ($\alpha=.85$); autonomía-independencia, con 5 indicadores, consistencia interna alta ($\alpha=.70$); organización, con 5 indicadores, consistencia interna adecuada ($\alpha=.66$); autoridad y poder, con 4 indicadores, consistencia interna adecuada ($\alpha=.65$); violencia física y verbal, con 3 indicadores, consistencia interna baja ($\alpha=.51$); comunicación, con 5 indicadores, consistencia interna alta ($\alpha=.81$); cohesión, con 5 indicadores, consistencia interna alta ($\alpha=.70$); falta de reglas y apoyo, con 5 indicadores, consistencia interna baja ($\alpha=.57$) y satisfacción con la pareja, con 5 indicadores, consistencia interna alta ($\alpha=.78$) (Palomar, 1998). Debido a su consistencia interna, la fiabilidad de la mayoría de sus factores es aceptable y buena, con algunas excepciones cuestionables; sin embargo, todos cumplen con el criterio de alfa $>.50$ (Palomar, 1998).

Procedimiento

Para la presente investigación no se recibió financiación, se realizó un modelo integral multivariado explicativo con un diseño *ex post facto* transversal. Las personas que participaron en el estudio fueron elegidas en la vía pública, visita domiciliaria y lugares de trabajo. Se les explicaron los objetivos de la investigación; se les informó quiénes eran los responsables de la misma y en qué consistía la participación. Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. La investigación atendió a las normas de investigación de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). La escala fue auto aplicada. Antes de recoger el instrumento de evaluación, se les motivó a completarlo, al final nos aseguramos de que estuviera completamente contestado.

Análisis de información

Los datos se capturaron y se analizaron con los paquetes estadísticos SPSS y AMOS. El ajuste de las distribuciones a una curva normal se contrastó por la

prueba de Kolmogorov-Smirnov. Se estimaron los valores de consistencia interna de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach (α). Se especificó un modelo estructural con cuatro variables latentes. Los parámetros fueron estimados por el método de máxima verosimilitud (ML). Se consideraron siete índices de ajuste: cociente entre el estadístico *chi*-cuadrado y sus grados de libertad (χ^2/gl); error cuadrático medio estandarizado (SRMR); índice de bondad de ajuste (GFI); de Jöreskog y Sörbom y su modalidad corregida (AGFI); índice normado de ajuste (NFI) de Bentler-Bonett; ajuste comparativo de Bentler (CFI), y el promedio de los residuales estandarizados (RMSEA).

RESULTADOS

En primer lugar, se analizó la consistencia interna de los instrumentos utilizados, así como la distribución de normalidad para contrastar la confiabilidad con la de las propiedades psicométricas originales de los instrumentos. La consistencia de los 42 ítems de la escala de satisfacción marital (sin los 6 referentes a la satisfacción con los hijos) fue muy alta ($\alpha=.98$). Si se incluyen los 48 ítems, se mantiene el mismo valor. La distribución de la puntuación total con 42 ítems no se ajustó a una curva normal ($ZK-S=1.98, p<.01$), pero sí con 48 ítems en la submuestra de parejas con hijos ($ZK-S=1.28, p=.08$). Al igual que las distribuciones de los 6 factores, mostró asimetría negativa o sesgo hacia valores por encima de la media. Así, las puntuaciones se concentran en valores de reporte de alta frecuencia de afirmaciones, sentimientos o acciones que reflejan satisfacción.

En la escala de estilos de poder, la consistencia del instrumento fue favorable ($\alpha=.74$). Las escalas que presentaron consistencia interna alta fueron cinco: afectivo, con $\alpha=.91$; agresivo, con $\alpha=.86$; tranquilo-conciliador, con $\alpha=.88$; democrático-negociador, con $\alpha=.75$ y dominante-desordenado, con $\alpha=.72$. Dos escalas presentaron una consistencia adecuada: rígido, con $\alpha=.69$ y libertador con $\alpha=.68$). Una sola escala tuvo una consistencia baja: sumiso, con $\alpha=.47$). Las distribuciones de los estilos agresivo, domi-

nante-desorganizado, sumiso y rígido mostraron asimetría positiva o mayor número de casos por debajo de la media, mientras que las distribuciones de los estilos tranquilo-conciliador, democrático-negociador, afectivo y libertador fueron asimétricas negativas o con más casos por encima de la media. El perfil de la distribución del estilo agresivo fue apuntado, mientras que la del estilo democrático-negociador fue aplanada. La distribución de ninguno de los 8 estilos de poder se ajustó a una curva normal. Las asimetrías de las distribuciones parecen reflejar la distinción entre estilos de poder positivos y negativos.

En la escala de familismo, la consistencia interna de los 18 ítems fue alta ($\alpha=.87$), al igual que el factor de interconectividad ($\alpha=.87$). Los factores de apoyo familiar y subyugación personal tuvieron consistencia interna adecuada (.68 y .64, respectivamente). El factor de honor familiar mostró consistencia interna baja ($\alpha=.56$). Las distribuciones de honor y apoyo familiar se ajustaron a una curva normal. Las distribuciones de la puntuación y de los factores de interconectividad y subyugación presentaron asimetría negativa, no se ajustaron a una curva normal.

En la escala de funcionamiento familiar, los 46 ítems que componen la puntuación total ($\alpha=.94$) y los ítems que componen los factores de tiempo compartido ($\alpha=.83$), satisfacción con la pareja ($\alpha=.83$), comunicación ($\alpha=.79$), roles y trabajo doméstico ($\alpha=.78$), cohesión ($\alpha=.77$) tuvieron consistencia interna alta. Los ítems que componen los factores de autonomía ($\alpha=.68$), violencia ($\alpha=.62$) y organización ($\alpha=.60$) mostraron consistencia interna adecuada. Los ítems que componen el factor de falta de reglas y apoyo ($\alpha=.58$) tuvieron consistencia interna baja. La distribución de la puntuación total se ajustó a una curva normal ($ZK-S=1.26, p=.09$). Las distribuciones de los 10 factores no se ajustaron a una curva normal, cuatro de ellos (autoridad, comunicación, cohesión y satisfacción) presentaron asimetría negativa, y dos más (falta de reglas, falta de apoyo y violencia) mostraron asimetría positiva. Estas dos últimas arrojan puntuaciones en sentido contrario al rasgo de funcionalidad familiar, de ahí la asimetría en signo opuesto.

Diseño del modelo predictivo

Para el diseño del modelo predictivo, se tomaron en cuenta los factores según las dimensiones de los instrumentos. Se especificó un modelo estructural con cuatro variables latentes, tres variables latentes exógenas: satisfacción con la pareja, con cinco indicadores (organización, tareas, afecto, interacción y diversión); familismo, con cuatro indicadores (apoyo, interconectividad, honor y subyugación), y estilo de poder constructivo, con tres indicadores (negociador, afectivo y conciliador). La satisfacción con la pareja se especificó correlacionada con el estilo de poder constructivo. El funcionamiento familiar positivo con ocho indicadores (tiempo, roles, autonomía, organización, autoridad, comunicación, cohesión y satisfacción con la pareja) como variable latente endógena predicha por las variables exógenas.

Al estimar los parámetros por el método de máxima verosimilitud (ML), todos resultaron significativos. El valor estandarizado de la curtosis multivariada de Mardia ($KMM=26.275$) evidenció incumplimiento del supuesto de normalidad multivariada, por lo que se contrastó la significación de parámetros por el método de percentiles corregidos de sesgo (PCS), extrayendo dos mil muestras. Al igual que con el método ML, todos los parámetros resultaron significativos. La mayoría de los pesos de medida fueron $\geq .70$, variando de .63 a .93. La correlación entre la satisfacción con la pareja y el estilo de poder constructivo fue positiva y alta ($r=.5$ [IC 90%: .42, .58], $p=.001$). El tamaño del efecto del estilo de poder constructivo sobre el funcionamiento familiar fue medio ($\beta=.37$ [IC 90%: .27, .46], $p=.001$ por PCS), el de la satisfacción con la pareja fue bajo ($\beta=.28$ [IC 90%: .20, .37], $p=.001$ por PCS) y el del familismo también fue bajo ($\beta=.14$, [IC 90%: .07, .22], $p=.004$ por PCS). La potencia explicativa del poder fue alta (35%). Los índices de ajuste fueron algo pobres (véase Tabla 4). Al introducir dentro del modelo de medida del funcionamiento familiar dos correlaciones entre residuos (e_{10} , e_{11} , e_{11} , e_{13}), al igual que en el modelo de medida de la satisfacción de pareja (e_2 , e_3 , e_4 , e_5) y una correlación entre residuos en el modelo de medida del familismo (e_7 y e_8), se logró un ajuste aceptable ($\chi^2/df=2.772$;

GFI=.908; AGFI=.880; NFI=.919; CFI=.946; RMSEA=.062 [IC 90% .055, .069] y SRMR=.065) y significativamente mayor que el del modelo con todos los residuos de medida independientes ($\Delta\chi^2[5]=275.04, p < .001$).

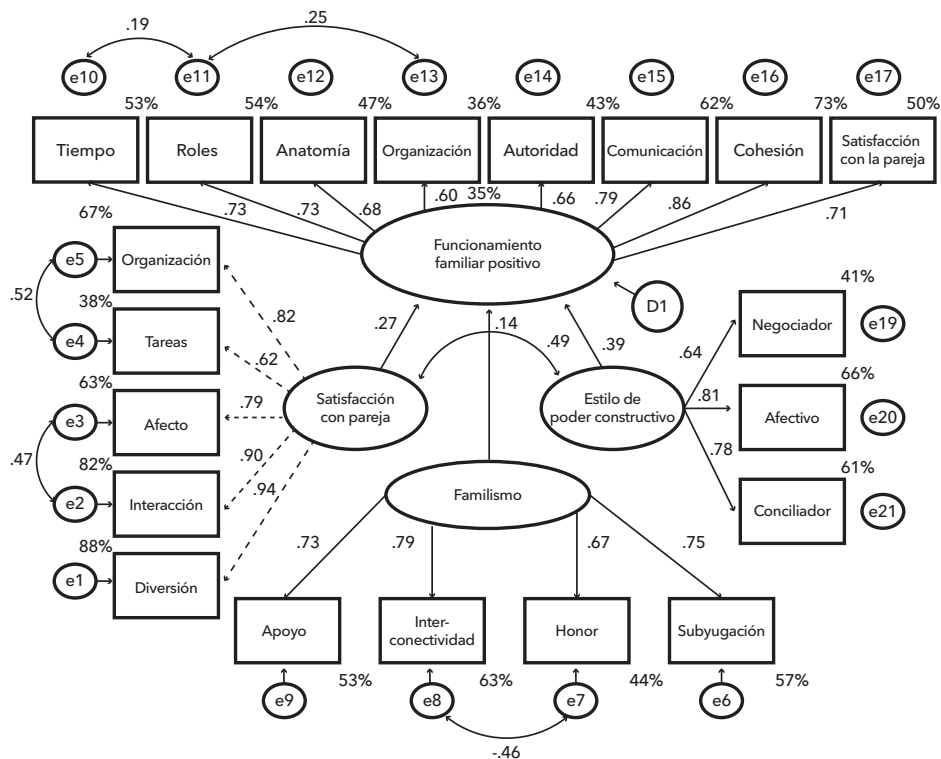
TABLA 4
Índices de ajuste

Índices	Interpretación		Modelo	
	Bueno	Aceptable	Inicial	Revisado
χ^2			721.378	446.335
gl			166	161
χ^2/gl	≤ 2	≤ 3	4.346	2.772
GFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.852	.908
AGFI	$\geq .90$	$\geq .85$	.813	.880
NFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.869	.919
CFI	$\geq .95$	$\geq .90$	.895	.946
RMSEA	$\leq .05$	$\leq .075$	.085 [.079, .092]	.062 [.055, .069]
SRMR	$\leq .05$	$< .10$	.068	.065

Máxima verosimilitud. $N=460$. Nota: Tabla de creación original.

Todos los parámetros, incluidas las cinco correlaciones entre errores de medida fueron significativos por ML y PCS. La mayoría de los pesos de medida fueron $\geq .70$, variando de .60 a .94. La correlación entre la satisfacción con la pareja y el estilo de poder constructivo fue positiva y moderada ($r=.49$ [IC 90%: .40, .57], $p=.001$). El tamaño del efecto del estilo de poder constructivo sobre el funcionamiento familiar fue medio ($\beta=.39$ [IC 90%: .29, .48], $p=.001$ por PCS), el de la satisfacción con la pareja fue bajo ($\beta = .27$ [IC 90%: .18, .37], $p=.001$ por PCS) y el del familismo también fue bajo ($\beta=.14$, [IC 90%: .08, .22], $p=.002$ por PCS). La potencia explicativa del poder fue alta (35%) (véase Figura 1).

FIGURA 1
Modelo estructural de funcionamiento familiar predicho por satisfacción con la pareja, familismo y estilo de poder constructivo



Nota: Figura de creación original.

El modelo propuesto obtuvo un ajuste aceptable tras introducir las correlaciones entre los residuos, mejorando considerablemente la significancia tras los residuos de medida independientes: en funcionamiento familiar positivo hubo una correlación entre los residuos de tiempo y roles, además de roles y organización; en la satisfacción de pareja, las correlaciones entre los residuos fueron entre la organización y las tareas, y afecto con la interacción; por último, en familismo hubo correlación entre los residuos de interconectividad y honor familiar. Se concluye entonces que un funcionamiento

familiar positivo se predice por un estilo de poder constructivo y por una mayor satisfacción con la pareja, estando ambos predictores asociados (mayor satisfacción con la pareja se asocia con un estilo de poder constructivo más definido y viceversa) y es predicho en menor medida por un mayor familismo.

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar un modelo estructural que explicara la satisfacción de pareja, el estilo de poder, el familismo en relación con el funcionamiento familiar.

En primer lugar, las escalas demostraron tener en su mayoría una consistencia interna buena, por ello, los resultados de las variables son confiables. Esto se relacionó con las propiedades psicométricas originales de las escalas, por lo que su validez y confiabilidad se podrían considerar consistentes en la población.

En segundo lugar, tras la revisión del modelo, se realizó una exploración para mejorar el ajuste. El modelo propuesto obtuvo un ajuste aceptable al introducir las correlaciones entre los residuos, mejorando considerablemente la significación tras los residuos de medida independientes: en funcionamiento familiar positivo hubo una correlación entre los residuos de tiempo y roles, además de roles y organización; en la satisfacción de pareja, las correlaciones entre los residuos fueron entre la organización y tareas, y afecto con la interacción; por último, en familismo hubo correlación entre los residuos de interconectividad y honor familiar.

Dentro del modelo, la satisfacción de pareja se correlacionó con el estilo de poder constructivo. Diversos estudios han estudiado la relación entre el estilo de poder y la satisfacción de pareja o satisfacción sexual. En un estudio reciente se encontró que aquellos que manifestaron emplear los estilos positivos de poder para resolver conflictos, también presentaron mayor satisfacción sexual (Quilla, 2013). En otros resultados similares se ha encontrado que la satisfacción se correlaciona con las estrategias constructivas utilizadas

para resolver conflictos (Gasca et al., 2014). Así, a medida que la pareja utiliza estas estrategias, genera un incremento en la satisfacción y el amor hacia la pareja (Rivera, 2000).

El familismo no tuvo una correlación significativa con la satisfacción de pareja ni con el estilo de poder positivo; sin embargo, los tres son predictores del funcionamiento familiar. El familismo ha sido definido como un valor cultural que involucra una fuerte identificación del individuo y apego a su familia nuclear y extensa, además de fuertes sentimientos de lealtad, reciprocidad y solidaridad entre sus integrantes (Flores et al., 2012a; Herrera et al., 2010; Lugo et al., 2003). Por lo tanto, el valor del familismo es un determinante importante del funcionamiento, aunque éste no se vincula directamente con la satisfacción y los estilos de poder constructivos. Esto puede estar relacionado con el aspecto cultural de la familia mexicana, en el que la familia tradicional suele ser cohesionada, rígida y poco comunicativa; tal familia podría no relacionarse con los estilos constructivos de poder ni con la satisfacción con la pareja, pero sí con la percepción de funcionamiento debido al seguimiento de los valores culturales que ponen a la familia como el centro fundamental de apego e identidad (Herrera et al., 2010). Además, el familismo obtuvo una relación más baja respecto a las demás, por lo que podría asociarse con la percepción actual de la funcionalidad en relación con los valores de la familia tradicional. La familia moderna mexicana ha cambiado respecto a la tradicional debido a las diversas transformaciones que acontecen en su realidad social por la incorporación de la mujer al mercado laboral (Moral et al., 2013; Salazar et al., 2011; Tuirán, 1993). Al ser el familismo un valor de la familia tradicional hispana, ésta podría verse afectada ya que, en relación con la familia moderna, los valores tradicionales suelen ser cada vez más disfuncionales (Jasso, 2015).

Por consiguiente, la percepción de funcionalidad familiar positiva se relacionó con la satisfacción con la pareja, la presencia del valor de familismo y un estilo de poder constructivo. Esto concuerda con diversos estudios que relacionan el familismo y la satisfacción marital como predictores significativos de la funcionalidad familiar en hombres y mujeres

de México (Flores et al., 2012a). Por otra parte, los estilos de poder determinan la percepción de felicidad o infelicidad en la relación de pareja, dependiendo si se manifiestan de manera positiva o negativa (Pozos et al., 2012; Rivera y Díaz-Loving, 2002), al ser la felicidad uno de los aspectos que se relacionan con la satisfacción, y a la vez, con la percepción de funcionalidad.

Este estudio tiene varias limitaciones. Se reclutó una muestra no probabilística donde el perfil sociodemográfico promedio de los participantes es joven, con estudios universitarios, por lo que las conclusiones deben considerarse como hipótesis en esta población u otras afines. Para fines del estudio, sólo se consideraron personas con pareja heterosexual; se recomienda que para futuros estudios se amplíen los criterios de inclusión para analizar la percepción de la funcionalidad en distintas poblaciones. Los presentes datos corresponden a instrumentos de autoinforme, por lo que tal vez difieran de los obtenidos por otros métodos. Sin embargo, la confiabilidad de los instrumentos fue aceptable, así que se puede obtener información valiosa para futuras investigaciones. Un enfoque cualitativo o mixto será importante para continuar la línea de la investigación.

Se concluye, entonces, que a una mayor satisfacción con la pareja, aunado a un estilo de poder constructivo, ambos predictores asociados ofrecen un mejor funcionamiento familiar positivo (entre más satisfecha esté la pareja, se acentúa la asociación a un estilo de poder constructivo más definido, y viceversa) y es predicho en menor medida por un mayor familismo. Estos modelos predictivos pueden ser importantes para el desarrollo de programas de intervención o prevención. Además, la promoción de la funcionalidad familiar positiva se relacionará con factores protectores de diversos aspectos biopsicosociales que tienen relación con ésta.

REFERENCIAS

- Albertini, M. (2010). La ayuda de los padres españoles a los jóvenes adultos. El familismo español en perspectiva comparada. *Revista de Estudios de Juventud*, (90), 67-81.
- Armenta, C., Díaz-Loving, R. Oropeza, R., y Padilla, N. (2010). Dinámica del apego y satisfacción marital en la pareja. En: A. S. Rivera, R. Díaz-Loving, A. R. Sánchez, I. Reyes-Lagunes y L. Cruz (Eds.). *La Psicología Social en México* (XIII), 151-156. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Cabrera, V. E., Guevara, I. P. y Barrera, F. (2006). Relaciones maritales, relaciones paternas y su influencia en el ajuste psicológico de los hijos. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 115-126.
- Cartwright, D. y Alvin, Z. (1959). A field theoretical conception of power. En D. Cartwright (Ed.), *Studies in social power* (pp. 183-220). University of Michigan Press.
- Cortés, M. y Flores, M. (2005). Variables psicosociales asociadas a la violencia de género en mujeres de la ciudad de Mérida. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, 20(235), 38-50.
- Cortés, S., Reyes, D. Díaz-Loving, R., Rivera-Aragón, S. y Monjaraz, J. (1994). Elaboración y análisis psicométrico del Inventario Multifacético de Satisfacción Marital (IMSM). En Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, V, 123-130. AMEPSO.
- Díaz-Guerrero, R. (2003). *Bajo las garras de la cultura. Psicología del mexicano* 2. Editorial Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. y Díaz-Loving, R. (1988). El amor y el poder en México. En Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México*, II, 153-159. AMEPSO.
- Esteinou, R. (2004). El surgimiento de la familia nuclear en México. *Estudios de historianovohispana*, 31, 99-136. DOI:10.22201/iih.24486922e.2004.031.3613.
- Flores, M. (2011). Comunicación y conflicto: ¿qué tanto impactan en la satisfacción marital? *Acta de Investigación Psicológica*, 1(2), 216-232. DOI: 10.22201/fpsi.20074719e.2011.2.204.
- Flores, G., Cortés, L. y Campos, J. (2012a). Familismo y satisfacción marital como predictores del funcionamiento familiar. En R. Díaz-Loving, S. Rivera e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México*, XIV, 261-267. AMEPSO.

- Flores, M., Cortés, L., Estrada, R. y Díaz-Loving, R. (2012b). Valores y aculturación. En R. Díaz-Loving, S. Rivera Aragón e I. Reyes Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México, XIV*, 261-267. AMEPSO.
- Flores, G., Díaz-Loving, R. y Rivera, A. (2002). Estilos de poder y conductas en la relación de pareja. En Asociación Mexicana de Psicología Social, *La Psicología Social en México, IX*, 726-732. AMEPSO.
- Flores, M., Díaz-Loving, R., Rivera, S. y Chi, A. (2005). Poder y negociación del conflicto en diferentes tipos de matrimonios. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 10*(2), 337-357.
- García, M., Rivera, S., Reyes, I. y Díaz-Loving, R. (2006). Construcción de una escala de funcionamiento familiar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2*(22), 91-110.
- Gasca, G., Rivera, S., y Díaz-Loving, R. (2014). La relación entre satisfacción y el manejo de conflicto en el vínculo de pareja. En S. Rivera, L. Cruz, P. Wolfgang y T. Solís (Eds.), *La Psicología Social en México, XV*, 611-619. AMEPSO.
- German, M., Gonzales, N. y Dumka, L. (2009). Familism values as a protective factor for Mexican-origin adolescents exposed to deviant peers. *The Journal of Early Adolescence, 29*(1), 16-42. DOI: 10.1177/0272431608324475.
- Gómez, É. (2011). *Distorsiones cognitivas como factor de riesgo en la insatisfacción marital* [Tesis de maestría, Universidad de San Buenaventura]. http://bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/499/1/Distorsiones_Cognitivas_Riesgo_Gomez_2011.pdf
- Herrera, R., Rivera, A., Díaz-Loving, R. y García, M. (2010). Familismo y funcionamiento familiar. En S. Rivera, R. Díaz, I. Reyes-Lagunes y R. Sánchez (Eds.), *La Psicología Social en México, XIII*, 231-238. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Jasso, J. L. (2015). *Funcionamiento familiar, estilos de apego, áreas y manejo del conflicto en adultos y jóvenes de Monterrey* [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Nuevo León].
- Jasso, J. L., López-Rosales, F., Moral, J. y Rivera, S. (2014). Un estilo descriptivo de los estilos de poder en parejas. En S. Rivera, L. Cruz, P. Wolfgang y T. Solís (Eds.), *La Psicología Social en México, XV*, 639-645. Asociación Mexicana de Psicología Social.

- Leonor, A., Fabris, B., Ramírez, C., Gutiérrez, C., Araiza, R., Martínez, C. y Clark, P. (2004). Satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoide. Estudio comparativo con otras enfermedades crónicas y controles sanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(2), 131-136.
- López, C., García, M. y Leal, J. (2012). Análisis de la dinámica familiar de pacientes con hipertensión. En R. Díaz-Loving, S. Rivera e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México, XIV*, 439-444. Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Lugo, S. A. y Contreras, J. (2003). A new familism scale for use with Latino population. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 25, 312-330. DOI: 10.1177/0739986303256912.
- Mora, M. R., Gomez, M. y Rivera, M. E. (2013). La satisfacción marital y los recursos psicológicos en las parejas con y sin hijos pequeños en pro del bienestar familiar. *Uaricha. Revista de Psicología*, 10(22), 80-96.
- Moral, J., López, F. y Jasso, J. L. (2013). Un estudio descriptivo y comparativo por sexos de funcionamiento familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(4), 1141-1164.
- Nina-Estrella, R. (1991). *Comunicación marital y estilos de comunicación. Construcción y validación* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Padilla, N. y Díaz-Loving, R. (2011). Funcionamiento familiar, locus de control y patrones de conducta sexual riesgosa en jóvenes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(2), 309-322.
- Palomar, J. (1998). *Funcionamiento familiar y calidad de vida* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Pozos-Gutiérrez, J., Rivera, S., López-Parra, M. y Vargas, B. (2012). Cultura, cercanía y poder como predictores de la felicidad en la pareja. En R. Díaz-Loving, S. Rivera e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México, XIV*, 475-483. AMEPSO.
- Quilla-Varga, R. (2013). Estilos de negociación de conflicto y satisfacción sexual en parejas adventistas de Lima Metropolitana. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 6(1), 43-51. DOI: 10.17162/rccs.v6i1.114.
- Rivera, S. (2000). *Medición y correlatos de poder y pareja: una aproximación etnopsicológica* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].

- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. Miguel Ángel Porrúa.
- Rivera, S., Pérez, C., Díaz-Loving, R., Flores, M. y García, M. (2012). El apego y la familia. En R. Díaz-Loving, S. Rivera e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México, XIV*, 475-483. AMEPSO.
- Roque, M. y Acle, G. (2013). Resiliencia materna, funcionamiento familiar y discapacidad intelectual de los hijos en un contexto marginado. *Universitas Psychologica*, 12(3), 811-820. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy12-3.rmff.
- Salazar, R., Salazar, H. y Rodríguez, M. (2011). *Conciliación, trabajo y familia en México: las responsabilidades compartidas de mujeres y hombres en el debate público*. Fundación Friedrich Ebert Stiftung.
- Schmidt, V., Barreyro, J. y Maglio, A. (2010). Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III: ¿Modelo de dos o tres factores? *Escritos de Psicología*, 3(2), 30-36.
- Schwartz, S. (2007). The applicability of familism to diverse ethnic groups: A preliminary study. *The Journal of Social Psychology*, 147(2), 101-118. DOI: 10.3200/SOCP.147.2.101-118.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo* (4ª ed.). Editorial Trillas.
- Tuirán, R. (1993). Estructura familiar: continuidad y cambio. *Demos*, 6, 20-22.
- Uruk, A. C. y Demir, A. (2003). The role of peers and families in predicting the loneliness level of adolescents. *Journal of Psychology*, 137, 179-194. DOI: 10.1080/00223980309600607.
- Zaldívar, D. (2009). Funcionamiento familiar saludable. *La Habana: Salud para la Vida*, 31(10), 12.

RELACIONES SOCIALES

COHESIÓN FAMILIAR Y EXPECTATIVAS DE ÉXITO ACADÉMICO DE MADRES ADOLESCENTES

José Manuel García Cortés^{1}*

*Ana Teresa Rojas Ramírez**

*Mirna García Méndez**

La adolescencia, con toda la gama de complejidades biológicas y psicosociales que la caracterizan, constituye un trascendente y delicado periodo en el proceso del crecimiento y desarrollo humano que se extiende entre los 10 y 19 años (Donas, 1997). Este periodo tiene como fin, de acuerdo con Blanco et al. (2015), lograr el ajuste psicosocial del individuo que consiga adultos con un desarrollo personal e integral entre ambientes familiares y sociales. Si, por el contrario, las características del entorno son inapropiadas, tales como la presencia de maltrato, desintegración familiar, abandono, comunicación deficiente, pobreza material, moral e intelectual, exclusión social y falta de oportunidades de desarrollo intelectual o profesional, por ejemplo, las probabilidades de éxito en el logro del ajuste del adolescente disminuirán significativamente.

Cuando un adolescente carece de un entorno que cuide su salud psíquica y física, se propician una serie de acciones desadaptativas que se manifestarán a través de diversas conductas de riesgo (Fergusson y Horwood, 2007).

El marco principal para el estudio de los factores de riesgo y protección según Franklin et al. (2004), se desarrolló en el contexto de la investigación sobre psicopatología del desarrollo, cuyo objetivo era poder predecir, comprender e intervenir mejor con los diagnósticos psiquiátricos, la delincuencia, los comportamientos violentos y los trastornos por uso de sustancias.

¹ Contacto: jose.garcia@zaragoza.unam.mx.

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Sin embargo, el embarazo no es un trastorno. Más bien una condición normal para las mujeres en edad fértil que son sexualmente activas y que no usan anticonceptivos. El “problema” surge cuando el embarazo se produce en un determinado contexto social y de desarrollo, produciendo daños a terceros, o no es deseado. Blanco et al. (2015) señalan que el contexto social y de desarrollo del embarazo en la adolescencia suele ir acompañado de consecuencias negativas y adversas a nivel sanitario, social y económico para la joven y su hijo. Muchas de esas consecuencias están relacionadas con circunstancias socioeconómicas (mujeres que viven en pobreza o que son madres solteras), de madurez (psíquico-emocional y física) y relacional (familia, pareja, padres e instituciones).

Al inicio de este siglo, a nivel internacional, Henshaw y Feivelson (2000) informaron que 10% de las mujeres de 15 a 19 años en los Estados Unidos quedaron embarazadas y tuvieron un parto, un aborto inducido o un aborto espontáneo. Bajo esta línea, Child Trends (2018) indicó que 2 934 456 nacimientos ocurrieron en 1999, todos de adolescentes pertenecientes a países del G-10, destacando Estados Unidos con alrededor de 30% de los casos. 79% de estos nacimientos sucedieron fuera del matrimonio y 22% fueron segundos partos. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) señaló que 11% de todos los nacimientos en el mundo se producen entre mujeres de 15 a 19 años. A finales de 2002, la gran mayoría de esos nacimientos (95%) ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos. A casi 20 años de estas cifras, se estima que 16 millones de mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años, así como aproximadamente un millón de niñas menores de 15 años, dan a luz cada año, la mayoría en países en vías de desarrollo (OMS, 2018).

Lo alarmante de estos datos se encuentra en su asociación a problemáticas del embarazo que incrementan la tasa de mortalidad de las madres y los hijos: complicaciones durante el periodo de gestación y el parto, consideradas como la segunda causa de muerte entre mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo; abortos peligrosos que practican alrededor de tres millones de adolescentes cada año, sin ninguna medida sanitaria; y practicas riesgosas

de cuidado prenatal en esta población, que incrementan considerablemente el riesgo de fallecimiento de los recién nacidos en comparación con los de mujeres de 20 a 24 años (OMS, 2017).

El caso del contexto mexicano no es diferente, se trata de un escenario complejo, preocupante y que requiere atención primordial. De acuerdo con el reporte de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2019), México ocupa el primer lugar en embarazos adolescentes entre los países de la OCDE, con una tasa de fecundidad de 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 15 a 19 años. Si a esto se le suma que 23% de los adolescentes inician su vida sexual entre los 12 y 19 años, además de que 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizan ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, no resulta extraño que durante 2017 ocurrieran más de 340 000 nacimientos en mujeres adolescentes.

Respecto a las entidades federativas que reportan mayor número de embarazos adolescentes, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ubica al Estado de México con 49 418 casos, como el primer lugar a escala nacional (12.9% de los embarazos adolescentes registrados en el país); en segunda posición está Jalisco, con 24 897; le siguen Puebla, con 24 456; Chiapas, con 22 921; Veracruz, con 22 254; Guanajuato, con 19 888, y Ciudad de México, con 15 592. En total, suman 28.1% de los casos registrados en México (INEGI, 2018).

Las preocupaciones desde el ámbito social sobre las prácticas de iniciación sexual así como el uso de anticonceptivos en adolescentes, la disponibilidad de abortos y, más recientemente, la dependencia económica (Villalobos-Hernández et al., 2015) han permanecido en el centro de los debates sociales, morales y sobre todo políticos respecto a la prevención del embarazo, principalmente en madres solteras y adolescentes, ya que se encuentran en posiciones económicas por lo regular muy limitadas y de malestar socio-institucional (Medina y Ortiz, 2015).

La evidencia muestra que el embarazo temprano incrementa las dificultades para manejar situaciones cotidianas y eventuales, sobre todo las

vinculadas con el desarrollo escolar (Fainsod, 2005; Jumping-Eagle et al., 2008); además, dicha condición agudiza las inequidades de género y precariedad, particularmente para las mujeres en edad adulta (Chávez et al., 2010; García, 2012). Por otro lado, la Ley de Desarrollo Familiar de 1988 en Estados Unidos fue la primera de varias políticas que centraban sus expectativas en la búsqueda de autosuficiencia económica para esa población. Sin embargo, para tener acceso a los beneficios, la madre adolescente se veía obligada a vivir con sus padres y a comenzar su vida laboral hasta que su hijo cumpliera los tres años de edad, una vez que hubiera terminado la escuela secundaria (Testa, 1992).

En México el marco jurídico se ha centrado en tratar esta problemática por medio de la educación desde el ámbito académico con los siguientes puntos: 1) educación inclusiva, integral y flexible; 2) educación integral en sexualidad progresiva e inclusiva; 3) oportunidades laborales de acuerdo con su edad y sus capacidades; 4) entorno habitable; 5) servicios de salud amigables, resolutivos, inclusivos y versátiles; 6) prevención y atención de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes (INMUJERES, 2017).

Los resultados del informe detallan la dificultad que impone lograr una cobertura amplia en cuanto a servicios de educación y salud sexual, el seguimiento y la observación al cumplimiento de las leyes de servicios y normatividad jurídica, así como la eficiencia a corto plazo de las medidas implementadas de 2014 a 2018. Se puntualiza entonces que, de seguir con este emprendimiento, se tendrían resultados favorecedores y con miras a establecer una agenda eficaz a partir de 2030. Para 2019, el planteamiento se mantuvo, e incluso se agregó el propósito de reducir a cero la maternidad en niñas entre los 10 y los 14 años de edad. Esto a partir de la colaboración de 16 instancias (secretarías y sectores gubernamentales, así como asociaciones civiles nacionales e internacionales).

Este tipo de acción ya se planteaba desde 2012, como se puede identificar en el informe final del programa de Becas de Apoyo a la Educación Básica de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas (Promajoven), dependiente de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Se plantea la difusión de

temas relacionados con la educación sexual humana, con un enfoque crítico y constructivo que se asuma como una dimensión constitutiva de la subjetividad humana generadora de diversas significaciones y punto crucial para relacionarnos unos con otros. En este mismo informe, se insta a desarrollar urgentemente una agenda de investigación multidisciplinaria que aporte estudios teóricos y empíricos, cualitativos y cuantitativos en el tema del embarazo adolescente, ya que es una temática ausente en los trabajos de investigación (SEP, 2012). Lamentablemente, esta situación no ha cambiado mucho en los últimos siete años.

Por lo tanto, debido a que el contexto social y el clima sociopolítico actual exige la independencia social, emocional y económica de las madres adolescentes, Quick (2014) se inclina al abordaje científico de los factores de protección que ayuden a las mujeres y los hombres adolescentes a retrasar la paternidad hasta que tengan mínimamente viabilidad económica. En palabras de la autora, “cuando los adolescentes eligen el camino de la paternidad temprana, es igualmente importante ayudarlos a encontrar los recursos para modificar los factores de riesgo que mermarían y hasta impedirían su desarrollo relacional con los demás, psíquico-emocional, académico y social” (Quick, 2014).

Bajo esta línea, Bernard (2004) se refiere a los factores de riesgo y protección como aquellos que median de forma positiva (protectores) o negativa (de riesgo) el impacto de la adversidad y que pueden provenir de fuentes internas o externas al individuo. Gardynik y McDonald (2005) señalan que hay que estudiar de forma concurrente el riesgo y protección de distintos fenómenos sociales, ya que ambos influyen en el desarrollo humano y están entrelazados.

Es así que, al hablar de riesgo, se hace referencia a la combinación entre la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas. Los elementos que componen el riesgo son la amenaza y la vulnerabilidad (Lavielle-Sotomayor et al., 2014); en este sentido, para Fernández-Ríos (1994) el término es una construcción social y cultural, por lo tanto se percibe y define de forma diferente en diversos contextos socioculturales; de

ahí que se asuman múltiples factores que establecen las condiciones necesarias y suficientes para el surgimiento de una determinada problemática en un individuo particular.

Se puede entender entonces a los factores de riesgo como obstáculos, influencias, circunstancias adversas o peligros biológicos, ambientales y psicosociales, que pueden afectar negativamente el desarrollo normal, hacer a la persona más vulnerable y amenazar sus resultados adaptativos, de ahí que estos factores pueden presentarse en todos los niveles o dominios interrelacionados: individual, familiar, escolar, comunitario y social (Al-Yagon, 2003; Bernard, 2004; Gardynik y McDonald, 2005; Luthar et al., 2000; Masten y Powell, 2003).

Artz et al. (2001) describen a partir de los estudios de Schneidman en 1996 un modelo de factores de riesgo de cuatro elementos: 1) antecedentes de riesgo ambientales que pueden tener un impacto negativo en el desarrollo individual e incrementan la vulnerabilidad en problemas futuros, como la pobreza o ambientes familiares y comunitarios disfuncionales; 2) marcadores de riesgo que evidencian el desajuste sacionormativo, como la pobre ejecución escolar y alta reprobación; 3) conductas problemáticas con potencial de dañar a la persona, como la violencia, la delincuencia y el uso de sustancias como el alcohol y las drogas, y 4) impacto de riesgo, el cual se considera como la consecuencia negativa para el desarrollo futuro del individuo de forma inmediata a sus conductas problemáticas: deserción o pobre rendimiento escolar, adicción y suicidio, por ejemplo.

Por su parte, los factores protectores son los que amortiguan o median de forma positiva el impacto de la adversidad en la persona (Gardynik y McDonald, 2005). En otros términos, son los recursos o influencias que promueven el ajuste adaptativo, pues inhiben, modifican, alteran o reducen el impacto negativo del riesgo (Masten y Powell, 2003). Estos factores redireccionan la respuesta del individuo ante la adversidad en una dirección positiva, útil y beneficiosa; por lo que su estudio proporciona un marco de referencia para evaluar necesidades y plantear intervenciones con mayor impacto psicosocial por su carácter integrador (Luthar et al., 2000).

Bernard (2004), tras realizar una exhaustiva revisión de la literatura referente al riesgo-protección, concluyó en la identificación del *cuidado y apoyo*, así como las *altas expectativas* y *participación/contribución* como factores protectores básicos que se pueden revisar en los niveles de mayor relevancia para los adolescentes: el *familiar* y el *escolar*. Esta revisión llevó al autor a identificar más de 300 recursos que pueden catalogarse como factores protectores, lo que demuestra el complejo abanico de indicadores que pueden interactuar entre sí.

En cuanto al embarazo en la adolescencia, el riesgo puede entenderse mejor de acuerdo con el contexto y las circunstancias en las que ocurre, y puede representar un problema social. Por lo tanto, en el embarazo adolescente, al igual que otros tipos de comportamiento humano, los factores de riesgo y de protección son complejos, están interrelacionados y ligados por el contexto en un alto grado (Franklin et al., 2004; Villalobos-Hernández et al., 2015).

Con el fin de determinar el estado actual del estudio sobre embarazo adolescente, se realizó una búsqueda en bases de datos especializadas como EBSCO, PubMed y SCIELO con un periodo de tiempo de 2014 a 2019 y con las palabras clave: *adolescente*, *embarazo*, *madre adolescente*, *salud sexual*, *riesgo* y *protección*. Se encontraron 112 artículos, de los cuales sólo 15 pertenecían al área de humanidades, 9 a ciencias aplicadas, 32 a ciencias políticas, 22 de educación y pedagogía y 34 de ciencias de la salud. Respecto al país de procedencia, únicamente se encontraron ocho estudios con temáticas que relacionaban el embarazo adolescente con educación, comportamiento y educación sexual, adicciones, familia y estatus socioeconómico.

De acuerdo con Kraemer et al. (2001) y Thomazini et al. (2016), la investigación ha proporcionado volúmenes de información sobre las condiciones de alto riesgo que se asocian con el embarazo en la adolescencia y las influencias modificadoras que parecen funcionar, pero los modelos causales o explicativos no son tan próximos. Esto quizá sugiere que muchos de los factores de riesgo y protección asociados con el embarazo en la adolescencia también forman parte de otros problemas en la infancia o en la adolescencia.

Por ejemplo, el bajo estatus socioeconómico (pobreza) o la falta de monitoreo de los padres son factores de riesgo para otros trastornos de conducta más graves (García, 2014). De manera similar, los factores de protección que modifican el riesgo son similares para muchos trastornos psicológicos y del comportamiento (Lechuga et al., 2006). En general, los factores de protección atienden temas asociados con el buen desarrollo infantil junto con un entorno social enriquecedor y comprensivo.

Los factores de protección para los jóvenes y adolescentes, incluidos aquellos que se encuentran en la etapa temprana del embarazo, parecen ocurrir en los entornos sociales inmediatos como la familia, el grupo de pares y el sistema escolar. Mientras que, de acuerdo con Quiroz et al. (2014), los factores de riesgo son contextuales y más amplios del sistema familiar, como la discriminación, la pobreza y el estatus social bajo. Se cree que ejercen influencias moderadoras en los resultados adaptativos. Por ejemplo, y como lo señala Franklin et al. (2004), pertenecer a una familia monoparental con supervisión paterna puede ser un factor de protección para el embarazo, pero si la familia es parte de una minoría étnica y tiene un estatus socioeconómico bajo, estos factores moderarán y aumentarán de forma considerable el riesgo: las minorías étnicas son desproporcionadamente desfavorecidas en términos sociales, institucionales y económicos.

Sin embargo, la problemática se presenta cuando una mujer joven está tratando de desarrollar su autonomía y su propia identidad, pues al quedar embarazada se ve obligada a asumir un rol parental prematuro, que requiere resolución de problemas, habilidades de crianza, roles socioeconómicos y otras competencias de adultos que aún no ha adquirido (Hernández, 2007). Esta situación genera estrés, el cual, al no ser tratado eficazmente, aumenta la probabilidad de desarrollar algún trastorno como ansiedad, depresión o problemas interpersonales (Ávalos et al., 2018). Las condiciones de vida que los padres pueden ofrecerles a estos adolescentes, en un contexto marcado por la pobreza, en el que predominan las situaciones laborales inestables, problemas de adicción y narcomenudeo, violencia, delincuencia, esquemas culturales conservadores y relaciones de género inequitativas, difícilmente

pueden ofrecerle opciones distintas a la maternidad (García 2014; Rodríguez et al., 2018).

Por otro lado, de acuerdo con Lugo (2018), los estudios al no ser concluyentes requieren más planteamientos apegados al contexto del adolescente con el fin de poder realizar una asociación de variables con una aplicación significativa en la práctica. El principal contexto para esta intervención, según Gómez et al. (2017) y Loredó-Abdalá et al. (2017), se encuentra tanto en el ámbito escolar como en el familiar, ya que se trata de los contextos donde la adquisición y el manejo de conocimientos sobre salud sexual, plan de vida, desarrollo de conocimientos y comunicación interpersonal se practican y desarrollan.

Por lo tanto, el estudio de factores que se centran en la motivación escolar y apoyo familiar dotarían de evidencia respecto a la permanencia académica de los estudiantes, sobre todo de aquellas que han sido madres durante esta etapa (Gómez, 2016). Finalmente, profundizar en el estudio de la posible interacción entre elementos que se dan al interior de la familia y cómo se pueden relacionar con el éxito que se origine en el ámbito académico, abren una hoja de ruta para la planeación, prevención e intervención con estudiantes que presenten este tipo de vulnerabilidad. Por este motivo, el objetivo del presente trabajo consistió en determinar la relación que existe entre las expectativas de éxito escolar y la cohesión familiar como factores protectores para madres adolescentes y adolescentes no madres.

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional y por cuotas de 163 mujeres adolescentes con un rango de edad de entre 14 y 19 años. Las participantes fueron divididas en dos grupos: madres adolescentes (63 participantes) y adolescentes sin hijos (100 participantes). El promedio de escolaridad fue de primer año de bachillerato; en cuanto a las variables

escolares, el grupo de madres adolescentes registró un promedio de 8.01 y una moda de 4 materia adeudadas, mientras que el grupo de adolescentes sin hijos obtuvo un promedio de 8.96 y una moda de 3 materias adeudadas. Las participantes de ambos grupos formaban parte de familias nucleares y al momento del estudio 8% tenía una relación de pareja.

Instrumentos

Escala de Expectativas de éxito escolar de Roberts y Balague (1991). Se trata de un cuestionario de 12 reactivos tipo Likert, de cinco opciones, que evalúa la percepción de éxito académico en estudiantes de entre 11 y 19 años de edad, en dos dimensiones: éxito orientado a la tarea y éxito orientado al ego. Consta de un alfa de Cronbach de .873 y 55.1% de varianza explicada.

Subescala de Cohesión Familiar del Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson et al., 1985), adaptada a población mexicana por Ponce-Rosas et al. (2002). Tiene un alfa de Cronbach de .70 y una varianza explicada de 43.3% en su formato autoadministrado de ocho reactivos con cinco opciones de respuesta. Evalúa el nivel de cohesión familiar por medio de cuatro dimensiones: relación desligada, separada, conectada y amalgamada.

Procedimiento

Las participantes fueron seleccionadas en escuelas de nivel bachillerato público y privado; en áreas libres, parques, plazas o en sus domicilios. Su participación fue voluntaria, asegurándoles que los datos proporcionados serían confidenciales, anónimos y con fines de divulgación científica; se les pidió que leyeran y firmaran el acuerdo de consentimiento para su participación. La aplicación duró aproximadamente 15 minutos.

Análisis de la información

Los datos obtenidos fueron capturados y procesados estadísticamente en el programa SPSS versión 24. En primer lugar, se aplicaron análisis descriptivos de tendencia central y dispersión para cada uno de los factores de las escalas; posteriormente, se ejecutaron análisis inferenciales, como prueba *t de Student* para muestras independientes, para los factores de la cohesión familiar. Finalmente, se realizaron análisis de correlación de Pearson para vincular los factores de la cohesión familiar y las expectativas de éxito.

RESULTADOS

En los datos descriptivos para la cohesión familiar se puede determinar que las adolescentes no madres presentan mayor puntaje en cuanto a la relación de cercanía con la familia en el factor amalgamada ($M=4.4$), de separación emocional ($M=1.4$) y de extremo desapego o desligada ($M=2.2$), que las madres adolescentes: amalgamada ($M=3.0$), separación emocional ($M=.08$) y desligada ($M=1.8$). En contraste, las madres adolescentes presentan puntajes más altos en cuanto a la cercanía emocional óptima o factor conectada ($M=3.4$) respecto a las que no son madres ($M=3.06$). Se aplicaron análisis de diferencias de media para determinar si los puntajes de la cohesión eran estadísticamente significativos. Los resultados sólo mostraron diferencias significativas en cuanto al factor de cohesión separada $t(161)= 2.267, p<.05$ y el factor de cohesión amalgamada $t(161)= 3.154, p<.05$.

En la Tabla 1 se presentan las relaciones existentes entre las expectativas de éxito y los factores de la cohesión familiar de madres adolescentes y adolescentes no madres. Se puede observar que las correlaciones significativas del grupo de madres adolescentes (MA) se dieron de forma positiva entre los factores de orientación al ego y desligada ($r=.275, p<.01$), orientación a la tarea y conectada ($r=.207, p<.05$) y orientación a la tarea y amalgamada ($r=.431, p<.05$); y de forma negativa entre los factores de orientación a la tarea y desligada ($r=-.259, p<.05$). Por otro lado, para el grupo de adoles-

centes mujeres (AM) las correlaciones positivas se dieron entre los factores de orientado al ego y desligada ($r=.222$, $p<.01$), orientación al ego y amalgamada ($r=-.386$, $p<.01$) y orientación a la tarea y amalgamada ($r=.132$, $p<.05$); finalmente, las correlaciones negativas para este grupo se dieron entre los factores de orientación a la tarea y desligada ($r=-.138$, $p<.05$) y orientación al ego y conectada ($r=-.294$, $p<.05$).

TABLA 1
Correlaciones entre las expectativas de éxito y la cohesión familiar

<i>Expectativas de éxito</i>		<i>Cohesión familiar</i>			
		D	S	C	A
MA n=63	OT	-.259*	-0.05	.207*	.431*
	OE	.275**	0.143	0.071	0.08
	Media	2.2	1.4	3.06	4.4
	DE	0.892	0.843	1.004	0.909
AM n=100	OT	-.138*	-0.08	.254*	.132*
	OE	.222**	.176	-.294*	.386**
	Media	1.8	.08	3.4	3
	DE	0.890	0.005	1.116	0.997

MA=Madres Adolescentes, AM=Adolescentes Mujeres, OT=Orientado a la Tarea, OE=Orientado al Ego, D=Desligada, S=Separada, C=Conectada, A=Amalgamada.

* $p < .05$, ** $p < .01$. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

El estudio se propuso determinar la relación entre las expectativas del éxito académico y la cohesión familiar de madres adolescentes y adolescentes no madres. Los resultados muestran relaciones estadísticamente significativas en los factores de la cohesión familiar, a excepción del factor de cohesión separada para ambos grupos de adolescentes. Estos resultados muestran que a mayor cohesión conectada como amalgamada, mayor orientación a la tarea como expectativa de éxito académico.

La adolescencia y la familia han sido un frecuente motivo de estudio para los profesionales de la salud. La adolescencia constituye una importante etapa de la vida, a la cual, investigadores como Blanco et al. (2015), le refieren a la familia su papel de protección respecto a las adversidades del contexto social. García (2014), al estudiar los indicadores del funcionamiento familiar, identificó el papel predominante de la cohesión como protector hacia el interior de la familia; además, para los adolescentes esto adquiere una mayor connotación positiva cuando se encuentran en situaciones estresantes. La cohesión familiar es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar. Los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan, medidos en términos de relaciones más frecuentes y estrechas entre ellos, se expresan generalmente en actitudes de apoyo mutuo, lo que trae como consecuencia que sus integrantes puedan enfrentar situaciones estresantes de la manera más óptima posible. Evidencia reportada por Lavielle-Sotomayor et al. (2014) muestra que los estudiantes que perciben mayor apoyo por parte de sus padres presentan mejores calificaciones y menor rezago académico.

Lechuga et al. (2006) señalan que en la adolescencia es aún más necesaria la comunicación abierta y sincera entre padres e hijos, para que la familia pueda desenvolverse en un ambiente atrayente y de esa manera los hijos se sientan con deseos y expectativas de crecer y desarrollarse intelectualmente.

La adolescente que ha sido madre sin planearlo puede encontrarse en momentos de irritación, tensión, desconsuelo o susceptibilidad, e incluso pasa por un estado emocional cambiante, producto de la transición del rol de hija a madre. Esta situación pone en riesgo el proyecto académico, con lo cual se esperaría un bajo rendimiento escolar y en el peor de los casos deserción académica.

Villalobos-Hernández (2015) señala que investigaciones previas demuestran una fuerte asociación entre la ocurrencia del embarazo y la probabilidad de abandono escolar. En otro contexto latinoamericano similar al de México, la posibilidad de abandonar la escuela entre mujeres que experi-

mentan un embarazo o han tenido un hijo es cinco veces mayor respecto de las que no han vivido esta experiencia, siempre y cuando no cuenten con el apoyo de por lo menos algún familiar. Los presentes resultados apuntan en esa misma dirección al observar que la cohesión conectada y amalgamada se relacionan positivamente con las expectativas de éxito centradas en la tarea.

En jóvenes con mayores ingresos, Soto y Durán (2008) indican que los costos asociados con la crianza durante la adolescencia (como la falta de logros educativos y el potencial limitado de una carrera) parecen ser muy altos, por lo que se considera la crianza como una tarea de consecuencias negativas. Sin embargo, como señalan Acosta y Cárdenas (2012) y Medina y Ortiz (2015), para los adolescentes de bajos ingresos la maternidad puede resultar más atractiva e incluso verse como una forma de lograr la satisfacción personal. A pesar de la evidencia contradictoria entre estos estudios, ambos señalan la importancia de identificar la orientación motivadora intrínseca o extrínseca de las adolescentes con el fin de determinar el grado de influencia que puedan ejercer factores como la economía.

Asimismo, Medina y Ortiz (2015) señalan que la existencia de familias disfuncionales, en las que los vínculos entre padres o familiares son inadecuados, plantean una contraproducente adaptación académica nacida de dificultades en el establecimiento de la identidad, la baja autoestima y muchas otras consecuencias deletéreas para el desarrollo psicosocial de las jóvenes que limitan sus expectativas de éxito. Por el contrario, un entorno familiar caracterizado por una comunicación adecuada, lazos y vínculos cercanos y afectuosos, además de una correcta expresión emocional facilitan la adaptación de las jóvenes madres a un nuevo rol comportamental. Sin embargo, la complejidad de las relaciones familiares exige que las investigaciones futuras incluyan variables como la influencia de la disciplina familiar, la comunicación respecto a las expectativas de la crianza entre los miembros de la familia, el ejercicio de los roles parentales (de los padres y la nueva madre), entre otras, que permitirían comprender mejor la dinámica del embarazo adolescente.

REFERENCIAS

- Acosta, M. y Cárdenas, V. (2012). El embarazo en adolescentes. Factores socioculturales. *Revista Médica del Seguro Social*, 50(4), 371-374.
- Al-Yagon, M. (2003). Children at risk for learning disorders: Multiple perspectives. *Journal of Learning Disabilities*, 36(4), 318-251.
- Artz, S., Nicholson, D., Halsall, E. y Larke, S. (2001). *A review of the literature on assessment, risk, resiliency and need*. The National Crime Prevention Centre.
- Ávalos, D., Recalde, F., Cristaldo, C., CusiHuaman, A., López, P. y Alonso, L. (2018). Estrategia de unidades de salud familiar: su impacto en la tasa de embarazo en adolescentes en Paraguay. *Rev Panam Salud Pública*, 42. DOI: 10.26633/RPSP.2018.59.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: What we have learned*. WestEd.
- Blanco, L., Cedre, O. y Guerra, M. (2015). Factors determinants of teenage pregnancy. *Odontología Pediátrica*, 14(2), 109-119.
- Chávez, A., Landa, A., Menkes, C. y Ruiz, T. (2010). *Informe final: estudio de diagnóstico nacional sobre el rezago educativo que presentan las madres jóvenes y las jóvenes embarazadas en relación con la educación básica*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Child Trends Databank (2018). *Teen pregnancy*. Recuperado de <https://www.childtrends.org/?indicators=teen-pregnancy>.
- Donas, S. (1997). *Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente*. Paltex-Organización Panamericana de la Salud.
- Fainsod, P. (2005). *Pobreza, embarazo y maternidad adolescente y escolarización. Notas críticas a las argumentaciones deterministas*. Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- Fergusson, D. y Horwood, J. (2007). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversity* (pp. 130-155). Cambridge University Press.
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. Siglo XXI Editores.
- Franklin, C., Corcoran, J. y Harris, M. (2004). Risk and protective factors for adolescent pregnancy: Bases for effective intervention. En M. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood* (pp. 281-314). NASW Press.

- García, G. (2012). *Embarazo y maternidad adolescente en contextos de pobreza: una aproximación a los significados de las trayectorias sexuales reproductivas*. El Colegio de México.
- García, G. (2014). Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 35(77), 14-53.
- Gardynik, U. y McDonald, L. (2005). Implications of risk and resilience in the life of the individual who is gifted/learning disabled. *Roeper Review*, 27(4), 206-214.
- Gómez, N. (2016). La construcción colectiva de conocimientos en las comunidades interpretativas. *Cinta Moebio*, 55, 66-79. DOI: 10.4067/S0717-554X2016000100005.
- Gómez, R., Rodríguez, L., Gómez, A. y Torres, E. (2017). Acciones educativas dirigidas a mejorar la percepción de riesgo del embarazo en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 180-190.
- Henshaw, S. y Feivelson, D. (2000). Teenage abortion and pregnancy statistics by state. *Family Planning Perspectives*, 32(6), 272-280. DOI: 10.2307/2648195.
- Hernández, L. (2007). Prácticas culturales de los adolescentes para prevenir el embarazo. *Avances en Enfermería*, 25(1), 92-100. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35904/36919>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). *Natalidad y fecundidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (menores de 20 años) por entidad federativa*. Recuperado de <http://www.beta.inegi.org.mx/app/tabulados/default.html?nc=mdemo29>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2017). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328094/Informe_Ejecutivo_2017_ENAPEA.pdf.
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) (2019). *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>.
- Jumping-Eagle, S., Sheeder, J., Kelly, L. S. et al. (2008). Association of conventional goals and perceptions of pregnancy with female teenagers' pregnancy avoidance behaviour and attitudes. *Perspect Sex Reprod Health*, 40(2), 74-80.

- Kraemer, H., Stice, E., Kazdin, A., Offord, D. y Kupfer, D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators and independent, overlapping, and proxy risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M., Castillo-Trejo, M. y Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43.
- Lechuga, A., Salvador, J., Terrones, A. y Martínez, Y. (2006). Estudio comparativo de estresores y apoyo psicosocial en adolescentes embarazadas en cinco ciudades de la república mexicana. *Ansiedad y Estrés*, 12(1), 31-43.
- Loredo-Abdalá, A. Vargas-Campuzano, E., Casas-Muñoz, A., González-Corona, J. y Gutiérrez-Leyva, C. (2017). Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la diada. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(2), 223-229.
- Lugo, V. (2018). Niños y jóvenes excombatientes en Colombia: ¿Por qué se vinculan y separan de la guerra?, *Athenea Digital*, 18(2), 1-22.
- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience. A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543-562.
- Masten, A. y Powell, J. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25). Cambridge University Press.
- Medina, O. y Ortiz, K. (2015). Fecundidad en adolescentes y desigualdades sociales en México, 2015. *Rev Panam Salud Pública*, 42. Recuperado de doi: 10.26633/RPSP.2018.99.
- Olson, D. H., Portner, J. y Lavee, Y. (1985). *FACES III (Family adaptation and cohesion scales)*. University of Minnesota Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/index.html>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). Mortalidad materna. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). El embarazo en la adolescencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

- Ponce-Rosas, E., Gómez-Clavelina, F., Terán-Trillo, M., Irigoyen-Coria, A. y Landgrave-Ibáñez, S. (2002). Validez de constructo del cuestionario FACES III en español (México). *Atención Primaria*, 30, 624-630.
- Quick, E. (2014). Adolescent pregnancy in Mexico. En A. Cherry y M. Dillon (Eds.), *International handbook of adolescent pregnancy* (pp. 433-448). Springer. DOI: 10.1007/978-1-4899-8026-7_23.
- Quiroz, J., Atienzo, E., Campero, L. y Suárez-López, L. (2014). Entre contradicciones y riesgos: opiniones de varones adolescentes mexicanos sobre el embarazo temprano y su asociación con el comportamiento sexual. *Salud pública de México*, 56(2), 180-188. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-.
- Roberts, G. y Balague, G. (1991). *The development and validation of the perception of success questionnaire*. Ponencia presentada en el FEPSAC Congress, Cologne, Germany.
- Rodríguez, N., Cala, A., Nápoles, J., Milán, Y. y Aguilar, M. (2018). Factores de riesgo asociados al embarazo en adolescentes. *Revista Información Científica*, 97(5), 945-954. Recuperado de <http://revinformcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/27/780>.
- Secretaría de Educación Pública (SEP) (2012). *Embarazo adolescente y madres jóvenes en México: una visión desde el Promajoven*.
- Soto, V. I. y Durán De Villalobos, M. M. (2008). Experiencias y vivencias del embarazo en adolescentes explicadas desde lo social. *Avances en Enfermería*, 26(2), 98-106. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12944>.
- Testa, M. (1992). Teenage parenthood: Policies and perspectives. En R. Rosenheim y M. Testa (Eds.), *Early parenthood and coming of age in the 1990s* (pp. 113-135). Rutgers University Press.
- Thomazini, I., Wysocki, A., da Cunha, M., da Silva, S. y Ruiz, M. (2016). Risk factors related to premature labor in pregnant adolescents: an integrative literature review. *Enfermería Global*, 44, 440-451.
- Villalobos-Hernández, A., Campero, L., Suárez-López, L., Atienzo, E., Estrada, F. y De la Vara-Salazar, E. (2015). Embarazo adolescente y rezago educativo: análisis de una encuesta nacional en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 135-143. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-.

LA FUNCIÓN PARENTAL PERCIBIDA POR HOMBRES Y MUJERES ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL EN SALTILLO, COAHUILA

Esmeralda Jacqueline Tapia García^{1}*

*Laura Karina Castro Saucedo**

*César Arnulfo de León Alvarado**

Los riesgos que se presentan en la adolescencia son múltiples: el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las conductas sexuales sin medidas de protección y el suicidio pueden considerarse fenómenos relevantes. Las familias presentan actualmente una multiplicidad de realidades en relación con sus estructuras, límites, funciones y roles de sus integrantes. En las últimas décadas, han tenido que vivir y sobrellevar profundas transformaciones, para algunos autores, una auténtica revolución familiar (Valdivia, 2007).

En el seno familiar se desarrollan las habilidades cognitivas, emocionales y sociales necesarias para el funcionamiento del individuo en la sociedad. Es donde el ser humano permanece largo tiempo en momentos cruciales de su desarrollo evolutivo, como el periodo neonatal, la infancia y la adolescencia (Nardone et al., 2003).

Las prácticas parentales son definidas como conductas específicas que los padres usan para socializar con sus hijos; son conductas dirigidas a un objetivo, mediante las cuales los padres desempeñan sus obligaciones parentales (Durbin et al., 1993).

Andrade y Betancourt (2008) señalan que los abordajes teóricos se han concentrado en dos líneas: los estilos y las prácticas parentales. “Los estilos parentales se refieren al clima emocional en el que los padres forman a sus hijos, las prácticas parentales aluden a las conductas específicas que utilizan

¹ Contacto: estapiag@uadec.edu.mx.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

los padres para educar a sus hijos” (Darling y Steinberg, 1993, citado en Andrade y Betancourt, 2008). Además, señalan que las dimensiones estudiadas tanto en los estilos como en las prácticas parentales son el apoyo y el control (Bahamón et al., 2018).

Se reconoce que es una tarea multifacética, ya que responde a una amplia variedad de circunstancias en el entorno y a la diversidad de demandas que plantean los hijos. En general, estas prácticas estarían enfocadas a satisfacer las necesidades de supervivencia y en asegurar buena calidad de vida, especialmente en edades tempranas. No obstante, es posible que se constituyan en un factor de riesgo cuando dichas pautas de atención no resultan pertinentes y efectivas (Ramírez, 2005).

Cuando se habla de riesgo se contempla un enfoque moderno de la previsión y control de las consecuencias futuras de la acción humana, las diversas consecuencias no deseadas de la modernización radicalizada. El concepto de riesgo y sociedad del riesgo combina lo que en tiempos era mutuamente excluyente: sociedad y naturaleza, ciencias sociales y ciencias de la materia, construcción discursiva del riesgo y materialidad de amenazas. Este concepto se ha usado de múltiples maneras y con diversos grados de complejidad; sin embargo, en la actualidad surgen dos aproximaciones dominantes: la construcción social del riesgo asociada con la percepción y la asociada con la vulnerabilidad y la desigualdad (Beck, 1998).

Si bien las situaciones de riesgo psicosocial para los menores tradicionalmente se asocian al maltrato familiar, incluyen todas aquellas circunstancias carenciales para el correcto desarrollo de la infancia y adolescencia: pobreza y exclusión social, entornos desfavorecidos, marginales o de riesgo, problemas con los padres, dificultad social, falta y habilidades de educación, violencia y desestructuración familiar (Blanco, 2008).

En los últimos años algunas investigaciones han abordado el tema de las prácticas parentales y los estilos educativos y de crianza relacionados a factores de riesgo o enfocados a poblaciones con características de riesgo psicosocial y vulnerabilidad. Una de estas investigaciones fue realizada en la UNAM, tuvo como propósito analizar las divergencias en la percepción de

las prácticas parentales, el comportamiento positivo y las problemáticas entre padres e hijos. Los participantes, padres y adolescentes, colaboraron de manera voluntaria. En total participaron 248 padres-hijos, 241 padres-hijas, 237 madres-hijos y 241 madres-hijas. Los instrumentos utilizados fueron la escala de capacidades y dificultades y la escala de prácticas parentales para madres y padres. El objetivo principal de ese estudio fue realizar un análisis de correlación, análisis de senderos y diferencias de medios con muestras relacionadas. Los resultados mostraron correlaciones –de moderadas a bajas– entre las prácticas parentales, los problemas y la conducta prosocial, además de diferentes factores predictores de las conductas de los hijos a partir del sexo de los padres y las prácticas parentales ejercidas. Se observaron divergencias entre los informes de prácticas parentales, conducta prosocial y problemas entre los padres y sus hijos. Se concluyó que la conducta parental se orienta según el sexo de los hijos, lo cual implica cierta deseabilidad social relacionada con su rol como hombres o como mujeres (Méndez et al., 2019).

Otro trabajo buscó identificar el valor predictivo de las practicas parentales percibidas por los hijos, tanto del padre como de la madre, sobre algunos indicadores de ajuste en los adolescentes, específicamente sobre aspectos positivos como la autoestima, la resiliencia y las competencias socioemocionales, también de aspectos negativos, como la ansiedad, la depresión y las conductas disruptivas. Se evaluaron a 417 adolescentes mexicanos, con la versión para hijos, de la Escala de Practicas Parentales, el Inventario Bar-On de Cociente Emocional (EQ-i:YV), Escala de Resiliencia para Adolescentes, Escala de Autoestima, Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños, revisada, Inventario de Depresión Infantil y Escala de Conducta Disocial. Los resultados indicaron que la variable de control psicológico es un importante predictor de la sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que las prácticas parentales relativas a la comunicación y a la autonomía explicaban la presencia de mejores indicadores de ajuste; asimismo, se encontró un efecto protector del control conductual materno sobre la presencia de conductas disociales. Al final, se discutieron los resultados a la luz de la problemática en el contexto (Ruvalcaba et al., 2016).

Otro estudio realizado en la Ciudad de México tuvo por objetivo diseñar y validar una escala de prácticas parentales prosociales. Se crearon grupos focales con el propósito de identificar prácticas maternas y paternas que promovieran la conducta prosocial en niños y adolescentes, con base en los resultados se diseñó la escala. La EPPPro se aplicó a 204 participantes (51.55 mujeres) de entre 10 y 13 años. La versión final de la escala mide por separado las practicas maternas y paternas, las cuales se agruparon en tres factores: 1) apoyo y comunicación prosocial, 2) recompensas y 3) castigos físicos. Los resultados mostraron que la EPPPro cuenta con suficientes evidencias de validez y confiabilidad, por lo tanto, puede ser utilizada tanto en la investigación como en programas de intervención (Zacarías-Salinas y Andrade-Palos, 2014).

Álvaro Capano Bosch realizó un trabajo de investigación que retoma aspectos similares a los que trata esta investigación, la cual consiste en identificar los estilos parentales, y abarca tanto la percepción de los padres sobre las prácticas educativas concretas, como la percepción que, sobre las mismas prácticas tienen sus hijos al seguir el concepto de bidireccionalidad. Se aplicaron las escalas de Afecto y de Normas y Exigencias a 107 padres y madres y 107 hijos e hijas; se encontraron diferencias significativas en la percepción de padres y madres en el factor Crítica/Rechazo y en la subescala Inductiva, según el sexo de los hijos que respondieron. Las percepciones de hijos e hijas arrojaron diferencias significativas para los padres, en las escalas Afecto e Indulgente y para las madres en las escalas Afecto, Indulgente e Inductiva. Los padres con nivel de enseñanza primaria mostraron de manera significativa ser más inductivos que los padres con estudios universitarios (Capano et al., 2016).

Hijos e hijas, tanto en la niñez como en la adolescencia, perciben a la madre de manera más positiva que al padre en lo que respecta a los aspectos emocionales y a los aspectos democráticos de la crianza. Las madres, a diferencia de los padres, son más aceptadas por los hijos, quienes perciben en ellas mayor comprensión (Smollar y Youniss, 1985); son consideradas más cercanas, cariñosas, controladoras, implicadas en las tareas escolares de casa (Paulson y Sputa, 1996); con estilos de disciplina más flexibles e igualitarios

(Pipp et al., 1985); menos severas (Sorbring et al., 2003), y más centradas en los hijos o las hijas (Samper, 2006). En cambio, los padres son considerados más autoritarios, rígidos, severos, restrictivos y formales (Collins y Russell, 1991; Shek, 2000). Los hijos informan que el padre utiliza métodos de disciplina más severos (Sorbring et al., 2003) y están claramente orientados a proporcionar consejos prácticos y guías de comportamiento (Smollar y Youniss, 1985).

Sin embargo, cuando se estudian las diferencias de estas percepciones en función del sexo de los hijos, los resultados dejan de ser tan homogéneos. La literatura recoge cierta controversia acerca de cómo el sexo de los hijos condiciona la percepción de los estilos de crianza parentales.

Uno de los estudios que realiza esta comparación es el llevado a cabo en Málaga en el 2009, y cuyo objetivo se centró en analizar la percepción sobre la crianza materna y paterna. 1182 niños y adolescentes (45.3% chicos y 54.7% chicas) con edades comprendidas entre los 8 y 16 años, fueron evaluados mediante el Child's Report Parental Behavior Inventory (Shaefer, 1965). Los resultados muestran que las chicas son más sensibles a la afectividad y los chicos al control y la hostilidad parentales. La madre obtiene mayores puntuaciones en todos los factores con excepción de la hostilidad. A medida que los hijos crecen informan de un decremento en el afecto, la comunicación y la supervisión de ambos padres y, por el contrario, de un incremento en la percepción de la hostilidad.

Las diferencias por sexo en niños y adolescentes se estudiaron también en Santiago de Chile, en donde se observa la necesidad de incorporar medidas de evaluación integrales en población no enferma, amerita el estudio de la calidad de vida y los factores relacionados a ésta. Bajo un diseño transversal, se describe y analiza la relación existente entre los auto reportes de competencias parentales y calidad de vida. Se evalúa a 1130 niños, niñas y adolescentes chilenos entre 8 y 18 años, en establecimientos públicos, subvencionados y privados, a través del cuestionario de calidad de vida KIDS-CREEN-52 y el cuestionario de Competencias Parentales. Se observan diferencias en las dimensiones de calidad de vida y en las competencias

parentales percibidas dadas por el sexo y el tipo de establecimiento educacional. La implicancia escolar y el control parental se hallan vinculados a diversos dominios de la calidad de vida, independientemente del rango de edad (Urzúa et al., 2011).

Por último, una investigación realizada en Buenos Aires, por María Fernanda Molina, recopila la percepción de los estilos de crianza percibidos y su influencia en la autopercepción de los niños en función del género, lo que dio como resultado que la percepción de la relación con los padres predice el nivel de las autopercepciones de las niñas en los todos los dominios evaluados (físico-social, académico-comportamental y autoestima global), mientras que sólo la aceptación por parte de la madre predice las autopercepciones de los varones en el dominio físico-social (Molina et al., 2017).

En cuanto al tema de riesgo psicosocial, también existen investigaciones que recopilan tanto el riesgo psicosocial como las prácticas o estilos parentales. Una de ellas analiza la relación entre el estilo educativo parental y el nivel de adaptación de menores en riesgo psicosocial. Para ello, se realizó un estudio descriptivo y de diseño transversal, cuya muestra estuvo formada por 17 familias, seleccionadas en función de la edad de los hijos, entre 11 y 15 años, con un total de 31 padres y 17 menores. Los resultados nos muestran niveles bajos de adaptación personal, escolar e insatisfacción con el ambiente familiar y discrepancias educativas, tanto en la percepción de los menores como en los estilos de los progenitores.

Por su parte, Sala y Collado (2013) valoran la eficacia del programa de desarrollo de la autoestima en menores en riesgo psicosocial. La muestra fue conformada por 110 menores entre 9 y 12 años, de los que 72 constituyen el grupo experimental y 38 el grupo control; todos fueron evaluados antes y después de la intervención. Se demuestra la eficacia del programa, según indica el análisis de varianza realizado. Existen diferencias en función de la cultura de origen, al ser el grupo de gitanos el que menos mejora con la intervención, comparado con el grupo de inmigrantes.

En la Universidad de Murcia, España, se realizó una investigación que analizó los efectos del cambio social en los adolescentes de la era del riesgo.

Dicho estudio integra diferentes métodos y técnicas en aras de triangular las evidencias. Se estudiaron 183 adolescentes condenados a medidas de internamiento judicial. Entre los principales hallazgos destaca la presencia de riesgo en contextos protegidos, donde los padres han disminuido el compromiso instructivo sobre sus hijos, delegando su responsabilidad parental, reduciéndose así la educación familiar en valores prosociales. Las conclusiones muestran una sociedad altamente individualizada, donde el riesgo emerge como un aspecto en la vida cotidiana y presente en todos los círculos y estratos sociales (Navarro et al., 2018). A partir de los fundamentos anteriores, el objetivo de este estudio consistió en caracterizar la función parental representada por la cercanía emocional, el monitoreo, la comunicación, la aceptación de relaciones sociales y el manejo del conflicto de la madre y del padre de adolescentes mujeres y hombres estudiantes de secundaria y sus diferencias por género, así como las correlaciones establecidas entre las dimensiones de la escala de función parental. La relevancia de establecer las correlaciones por género está relacionada con los hallazgos que señalan que la percepción de la relación con el padre y la madre predice el nivel de las autopercepciones de las niñas en los todos los dominios (físico-social, académico-comportamental, y autoestima), mientras que sólo la aceptación por parte de la madre predice las autopercepciones de los varones en el dominio físico-social (Molina et al., 2017). A partir de este objetivo se ha desarrollado una hipótesis de investigación H₁, existen diferencias por género de la función parental de la madre y del padre de adolescentes en situación de riesgo psicosocial.

MÉTODO

La presente investigación se desarrolla dentro de un paradigma cuantitativo, pues pretende conocer las características de la función parental de los padres de familia de los adolescentes que asisten a la Secundaria 5 de la ciudad de Saltillo, Coahuila. Asimismo, este estudio es de tipo no experimental transversal, debido a que los datos son recogidos en una sola aplicación, sin contar con un grupo de control, y sin aislar o manipular ninguna variable.

Participantes

Participaron 237 adolescentes de primero y segundo grado de la secundaria 5 de la ciudad de Saltillo, Coahuila. El tipo de muestreo es no probabilístico, por conveniencia, pues se buscó de manera deliberada esta institución educativa de un sector socioeconómico medio-bajo. La muestra se compone de 135 adolescentes del sexo masculino (57%) y 102 del femenino (43%).

TABLA 1
Distribución de la muestra por sexo

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
Hombre	135	57.0
Mujer	102	43.0
Total	237	100.0

Nota: Tabla de creación original.

La edad de los participantes oscila entre los 12 y los 15 años, con una media de 12.54, 53.6% de los adolescentes tienen 12 años, en menor proporción tienen entre 13 y 15 años de edad.

TABLA 2
Distribución de la muestra por edad

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>
12	127	53.6
13	92	38.8
14	17	7.2
15	1	.4
Total	237	100.0

Nota: Tabla de creación original.

Instrumentos

Para esta investigación se ha utilizado una ficha de datos demográficos con la que se pretende describir la muestra en ciertas variables como la edad, el sexo, el grado escolar y las personas con las que vive. La escala Adolescent Family Process (AFP), que consiste en una escala tipo Likert que mide el constructo de función parental. Es una traducción de la Adolescent Family Process Scale (Snider et al., 2004). El instrumento posee seis dimensiones que se miden con 25 ítems, listados uno a continuación del otro. Las dimensiones son las siguientes: cercanía (ítems 1, 2, 3, 4, 5, y 6), soporte (ítems 7, 8, 9, 10), monitoreo (ítems 11, 12, 13, 14), comunicación (ítems 15, 16, 17, 18 y 19), conflicto (ítems 20, 21 y 22) y aprobación de pares (ítems 23, 24 y 25). Para este estudio fue posible validar: Cercanía Emocional Materna (CEM); la Comunicación, Monitoreo y Conflicto Materno (CMCM); Comunicación Paterna (COP), y Monitoreo y Conflicto Paterno (MCP). Se obtuvieron las siguientes categorías factoriales. Véase Tabla 3.

TABLA 3

	<i>Cercanía Emocional Materna (CEM)</i>	<i>Comunicación, Monitoreo y Conflicto Materno (CMCM)</i>
Se pone orgulloso de mí cuando termino algo que me cuesta mucho	0.752	
Generalmente me pregunta sobre lo que hago en la escuela	0.729	
Me tiene confianza	0.708	
Es cariñoso conmigo	0.645	
Me siento más cercano/a mis papás que muchos de los chicos de mi edad	0.632	
Una de las peores cosas que podrían pasarme sería decepcionarlo	0.565	
Le gusta que salga con mis amigos	0.484	
Charlo sobre mis planes de trabajo que tengo a futuro		0.668
Con frecuencia dejo de hablarle porque me enoja con...		0.66
Me enoja fuertemente con...		0.639
Le cuento sobre decisiones personales importantes		0.596
En general le caen bien mis amigos		0.577

→

Peleo bastante seguido		0.577
Me parece que mis papás quisieran que yo fuera diferente		0.531
Si no vuelvo a casa después de la universidad, quiere que le avise dónde estoy		0.491
Cuando paso tiempo libre fuera de casa, sabe dónde estoy		0.4
	Comunicación Paterna (COP)	Monitoreo y Conflicto Paterno (CMP)
Hablo sobre las cosas importantes para mí con...	0.716	
Si no vuelvo a casa después de la universidad, quiere que le avise dónde estoy	0.707	
A veces me hace sentir que no logro lo que él espera de mí	0.634	
Charlo sobre mis planes de trabajo que tengo a futuro	0.604	
Una de las peores cosas que podrían pasarme sería decepcionarlo	0.572	
Generalmente me pregunta sobre lo que hago en la escuela	0.56	
Es cariñoso conmigo	0.533	
Peleo bastante seguido	0.514	
A veces me reta delante de otra gente	0.48	
Le cuento sobre los problemas que tengo en la escuela	0.446	
En general le caen bien mis amigos		0.625
Le hablo sobre cómo me llevo con mis profesores		0.604
Con frecuencia dejo de hablarle porque me enoja con...		0.602
Sabe dónde estoy cuando no estoy en casa		0.597
Me siento más cercano/a mis papás que muchos de los chicos de mi edad		0.58
Me enoja fuertemente con...		0.541
Le cae bien mi pareja		0.537
Me tiene confianza		0.524
Le cuento sobre decisiones personales importantes		0.507
Cuando paso tiempo libre fuera de casa, sabe dónde estoy		0.45

Nota: Tabla de creación original.

Procedimiento

En primer lugar, se realizó la coordinación con la institución, se estableció contacto verbal con las autoridades (directora y trabajadora social), posteriormente se envió un oficio de solicitud formal. Se solicitó la participación de los alumnos de primer y segundo grado, dado que los alumnos de tercero

se encontraban próximos a graduarse. Tras la aceptación de la solicitud, se coordinó con las autoridades las fechas y los horarios de aplicación.

El instrumento fue aplicado en seis grupos del turno matutino y estuvo a cargo de la trabajadora social de la institución y una alumna de la Facultad de Trabajo Social que realizaba ahí su práctica profesional. Se les entregó a los alumnos un consentimiento con los objetivos de la investigación, informándoles que sus respuestas serían anónimas y confidenciales.

Análisis de información

Se procesaron los datos con el SPSS versión 21, con la base de datos resultante se realizó el análisis de la validez y confiabilidad, efectuando en un primer momento un análisis factorial exploratorio, tomando la escala materna y paterna por separado. Se realizó el análisis con rotación Varimax, conservando los valores de carga factorial mayores a .40 e invalidando los menores a este puntaje.

De la escala materna se obtuvieron dos factores denominados: 1) Cercanía Emocional, compuesto por siete ítems, y 2) Comunicación, monitoreo y manejo del conflicto, con de nueve ítems. Para la escala de función parental paterna se obtuvieron dos factores denominados: 1) Comunicación y emoción, y 2) Relaciones sociales y manejo del conflicto, compuestos por 10 ítems cada uno. Los nombres se asignaron en función de las seis categorías originales que maneja la escala. Posteriormente, se realizó la confiabilidad de cada factor mediante el alfa de Cronbach. La escala general de función parental conformada por el total de reactivos (36) obtuvo un coeficiente de confiabilidad de alfa de Cronbach de .897, y al analizar cada una de las funciones (materna y paterna) se encontró que la escala de función parental materna (16 reactivos) obtuvo un .749 de coeficiente de confiabilidad y la escala de función parental paterna (20 reactivos) obtuvo un coeficiente de confiabilidad de .769, en los tres casos se obtuvieron porcentajes de varianza explicado superiores a 40%, lo que indica buenos niveles de confiabilidad y validez del instrumento.

RESULTADOS

La función parental reconocida por los adolescentes participantes en el estudio estuvo caracterizada por la dimensión de cercanía emocional y comunicación/manejo de conflicto de la madre, y la representación de la cercanía emocional, comunicación/manejo del conflicto paterna. Dentro de las medidas de tendencia central se encontró una representación de una media superior en las mujeres adolescentes participantes sobre las dos funciones maternas de cercanía emocional y comunicación ($M=15.25$; $M=15.25$).

En el caso de la función paterna de comunicación y emoción conservó una media superior para las adolescentes mujeres; sólo la función paterna de relaciones sociales, monitoreo y manejo de conflicto tuvo una media superior en los hombres adolescentes participantes en el estudio ($M=28.63$, $M=15.8$, respectivamente, véase Tabla 4).

TABLA 4
Medidas de tendencia central de las variables

	Sexo	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
CEM	Hombre	115	14.83	1.973	.184
	Mujer	87	15.25	1.416	.151
CMMCM	Hombre	121	24.72	5.180	.470
	Mujer	89	26.28	5.189	.550
COEP	Hombre	117	26.96	5.053	.467
	Mujer	94	28.63	5.100	.526
RMMCP	Hombre	113	15.48	4.520	.425
	Mujer	96	13.18	3.409	.348

CEM=Cercanía emocional materna; CMMCM=Comunicación, monitoreo y manejo de conflicto materna; COEP=Comunicación y emoción paterna; RMMCP=Relaciones sociales, monitoreo y manejo del conflicto paternos. Nota: Tabla de creación original.

Se estableció una comparación de medias por sexo para determinar las diferencias en las adolescentes mujeres y en los adolescentes hombres. Se encon-

traron diferencias significativas entre hombres y mujeres adolescentes en tres dimensiones de la función parental, comunicación, monitoreo y manejo del conflicto materna y paterna, además de comunicación y emoción paterna ($t=2.146$; $p=.033$; $t=2.37$; $p=.018$ $t=4.184$; $p=.000$).

Sólo en la dimensión de cercanía emocional materna no existieron diferencias significativas, por lo que es posible señalar que en la comunicación paterna las aceptaciones de relaciones sociales y el manejo de conflictos paternos, así como la comunicación y el manejo de conflictos en la relación materna tienen diferencias entre hombres y mujeres adolescentes, al ser principalmente las mujeres adolescentes quienes conservan mejores funciones maternas y paternas. Sólo en la función parental de aceptación de relaciones y manejo de conflictos paternos son los jóvenes hombres adolescentes los que conservan mejor función parental en comparación con las mujeres adolescentes (véase Tabla 5).

TABLA 5
Comparación de medias por prueba T para la igualdad de medias en muestras independientes

	F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	95% intervalo de confianza de la diferencia	
						Inferior	Superior
CEM	4.495	0.035	-1.676	200	.095	-0.90994	0.07376
			-1.753	199.492	.081	-0.88848	0.0523
CMMCM	0.089	0.765	-2.146	208	.033	-2.9808	-0.12645
			-2.146	189.579	.033	-2.98201	-0.12524
COEP	0.007	0.935	-2.38	209	.018	-3.05808	-0.28689
			-2.377	198.522	.018	-3.05993	-0.28504
RMMCP	4.894	0.028	4.092	207	.000	1.19135	3.4071
			4.184	204.255	.000	1.21585	3.3826

CEM=Cercanía emocional materna; CMMCM=Comunicación, monitoreo y manejo de conflicto materna; COEP=Comunicación y emoción paterna; RMMCP=Relaciones sociales, monitoreo y manejo del conflicto paternos. Nota: Tabla de creación original.

Las correlaciones establecidas entre las diferentes variables del estudio reflejaron una relación significativa entre la comunicación y el manejo de conflicto materna, con la comunicación y emoción paterna ($B=.535$). Otra relación significativa se mantuvo entre la cercanía emocional materna y la emocional paterna ($B=.183$), aun cuando esta relación se estableció con menor fuerza.

La función paterna de relaciones sociales, monitoreo y manejo de conflicto estuvo correlacionada con la cercanía emocional materna ($B=-.381$); sin embargo, esta relación fue negativa, por lo tanto, es indirectamente proporcional y entre mayor es la cercanía emocional con la madre, existe una menor aceptación de las relaciones sociales, monitoreo y manejo del conflicto con los adolescentes en riesgo psicosocial. Finalmente, la relación entre la aceptación de estas relaciones sociales y el manejo del conflicto paterno con la comunicación y manejo de conflictos maternos es indirectamente significativa ($B=-.191$) (véase tabla 6).

TABLA 6
Correlaciones de las competencias de la función materna y paterna

	CEM	CMMCM	COEP
CMMCM	0.051		
COEP	.183*	.535**	
RMMCP	-.381**	-.191**	-0.052

*La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral). **La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral). CEM=Cercanía emocional materna; CMMCM= Comunicación, monitoreo y manejo de conflicto materna; COEP=Comunicación y emoción paterna; RMMCP=Relaciones sociales, monitoreo y manejo del conflicto paternos. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

Es posible concluir que esta investigación está fuertemente apoyada en las aportaciones de López et al. (2011), quienes enfatizan en primer lugar que durante el tiempo que pasa un ser humano en familia es cuando alcanza las habilidades tanto cognitivas como emocionales y sociales. Andrade y Betancourt (2008) hablan sobre estilos y prácticas parentales y cómo estos contribuyen como factores de protección ante las situaciones de riesgo.

Siguiendo las premisas establecidas inicialmente sobre la relación entre la función parental y el riesgo psicosocial en jóvenes, es posible determinar desde los diferentes análisis realizados que la función parental materna se centra en las habilidades de protección, comprensión y cariño, mientras que la función parental paterna se enfoca en la rigidez, la autoridad y la restricción.

Lo anterior concuerda con la investigación de Smetana (1995), quien comparó la percepción de los estilos parentales de los padres y sus hijos adolescentes, cuyos resultados indican que para los hijos, los padres resultaban más permisivos y autoritarios, mientras que los padres se percibieron a ellos mismos más autoritativos. Por otro lado, Bersabé et al. (2001) encontraron una baja concordancia entre la información aportada por los padres y sus hijos.

En cuanto a la diferencia de percepción de la función parental por sexo, el presente estudio concuerda con el realizado por Bobbio et al. (2016), quienes mencionan que, en cuanto al género de los adolescentes, las mujeres reportan más conflicto, comunicación y aprobación por parte de sus madres que los varones, mientras que no hay diferencias entre los grupos cuando esas prácticas parentales corresponden al padre. Las mujeres también indican ser más supervisadas por ambos padres, siendo el monitoreo la única práctica parental paterna que se diferencia entre mujeres y hombres adolescentes.

Por otro lado, existe la premisa de que los adolescentes participantes en la investigación están inmersos en un contexto desfavorecido y tienen carencias de estructura familiar y dificultad social, lo cual concuerda con lo

propuesto por Blanco, quien afirma que las situaciones de riesgo psicosocial para los menores de edad no han de ser asociadas sólo al maltrato familiar (Blanco, 2008).

Además, el estudio realizado por Urzúa et al. (2011) señala que se observan diferencias de acuerdo al sexo respecto a la parentalidad percibida por los sujetos y la implicación que tiene en el entorno escolar y el control parental, lo cual se vincula con la calidad de vida de los adolescentes. Por último, se resalta la contribución del estudio comparativo en función del género, de la influencia en la percepción de los estilos de crianza en la auto-percepción de los niños. El resultado de esta investigación indica que en el caso de las niñas existe una asociación positiva entre la percepción de aceptación y las autopercepciones en el dominio académico; mientras que en el caso de los niños se observó una correlación positiva significativa entre la aceptación y las autopercepciones en el dominio social, en todos los casos el efecto fue medio.

REFERENCIAS

- Andrade, P., y Betancourt, O. D. (2008). Prácticas parentales: Una medición integral. *La psicología social en México*, 12, 561-565. AMEPSO México.
- Capano, A., del Luján, M. y Massonnier, N. (2016). Estilos relacionales parentales: estudio con adolescentes y sus padres. *Revista de Psicología*, 34(2), 413-444.
- Blanco Laserna, L. (2008). Menores en riesgo social en España. *En la Calle: Revista sobre situaciones de riesgo social*, 47(10), 8-12.
- Bahamón, M. J., Alarcón Vázquez, Y., Reyes Ruiz, L., Trejos Herrera, A. M., Uribe Alvarado, J. I. y García Galindo, C. (2018). Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos. *Psicogente*, 21(39), 50-61.
- Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*. Paidós.
- Bersabé, R., Fuentes, M. J. y Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, 13(4), 678-684.

- Bobbio, A., Arbach, K. y Alderete, A. (2016). Evaluación de las prácticas parentales: Análisis psicométrico de la escala Adolescent Family Process. *Revista Evaluar*, 16(1).
- Collins, W. A. y Russell, G. (1991). Mother-child and father-child relationships in middle childhood and adolescence: A developmental analysis. *Developmental Review*, 11(2), 99-136.
- Durbin, D. L., Darling, N., Steinberg, L., y Brown, B. B. (1993). Parenting style and peer group membership among European-American adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 3(1), 87-100. Recuperado de https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327795jra0301_5.
- López, M. T., Barrera, M. I., Cortés, J. F., Guines, M. y Jaime, M. (2011). Funcionamiento familiar, creencias e inteligencia emocional en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo y sus familiares. *Salud mental*, 34(2), 111-120.
- Méndez, M., Peñaloza, R., García, M., Jaenes, J., y Velázquez, H. (2019). Divergences in the perception of parental practices, positive behavior and problems between parents and children. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(2), 206-217.
- Navarro Pérez, J. J. y Pastor-Seller, E. (2018). De los riesgos en la socialización global: adolescentes en conflicto con la ley con perfil de ajuste social. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 25(76), 119-145.
- Nardone, G., Giannotti, E. y Rocchi, R. (2003). *Modelos de familia. Conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Herder.
- Paulson, S. E., y Sputa, C. L. (1996). Patterns of parenting during adolescence: Perceptions of adolescents and parents. *Adolescence*, 31(122), 369.
- Pipp, S., Shaver, P., Jennings, S., Lamborn, S. y Fischer, K. W. (1985). Adolescents' theories about the development of their relationships with parents. *Journal of personality and social psychology*, 48(4), 991.
- Ramírez, M. (2005). Padres y desarrollo de los hijos: prácticas de crianza. *Estudios de Pedagogía*, 31(2), 167-173.
- Ruvalcaba-Romero, N. A., Gallegos-Guajardo, J., Caballo, V. E., y Villegas-Guinea, D. (2016). Prácticas parentales e indicadores de salud mental en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 33(3), 223-236.
- Samper, J. (2006). *Las competencias argumentativas: la visión desde la educación*. COOP. Editorial Magisterio.

- Sala, F. G., y Collado, A. G. (2013). Menores en situación de riesgo social. Valoración de un programa para la mejora de la autoestima. *Psychosocial intervention*, 22(1), 1-5.
- Schaefer, E. S. (1965). A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology*, 29(6), 552.
- Shek, D. T. (2000). Parental marital quality and well-being, parent-child relational quality, and Chinese adolescent adjustment. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 147-162.
- Smetana, J. G. (1995). Parenting styles and conceptions of parental authority during adolescence. *Child Development*, 299-316.
- Smollar, J. y Youniss, J. (1985). Parent-adolescent relations in adolescents whose parents are divorced. *The Journal of Early Adolescence*, 5(1), 129-144.
- Snider, J., Clements, A. y Vazsonyi, A. T. (2004). Late adolescent perceptions of parent religiosity and parenting processes. *Family Process*, 43(4), 489-502.
- Sorbring, E., Rödhholm-Funnemark, M. y Palmérus, K. (2003). Boys' and girls' perceptions of parental discipline in transgression situations. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 12(1), 53-69.
- Urzúa, A., Godoy, J. y Ocajo, K. (2011). Competencias parentales percibidas y calidad de vida. *Revista Chilena de Pediatría*, 82(4), 300-310.
- Valdivia, M. del C. (2007). Nuevo modelo de familia. En M. R. Buxarrais y M. P. Zeledón (Coords.), *Las familias y la educación en valores democráticos. Retos y perspectivas actuales* (pp. 35-70). Claret.
- Zacarias-Salinas, X. y Andrade-Palos, P. (2014). Una escala para evaluar prácticas parentales que promueven la conducta prosocial en preadolescentes. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(38), 117-135.

PERCEPCIÓN DE LA CRIANZA Y EL APOYO SOCIAL EN FAMILIAS MONOPARENTALES

Mirta Margarita Flores Galaz^{1*}
*María de Lourdes Cortés Ayala**

Las familias denominadas en la literatura *one-parent family* (McLanahan y Sandefur, 1979) son aquellas cuya composición o estructura se caracteriza por la presencia de uno solo de los progenitores debido a diversas causas (procreaciones fuera de matrimonio, viudez, abandono, separaciones, migración, prisión, entre otras) por lo que constituyen una realidad histórica (Reher, 1996; Santibañez et al., 2018), aunque actualmente hay una mayor visibilidad de esta y otras formas de vida familiares (Benlloch, 2014). La definición de este tipo de familia enfatiza la presencia únicamente de un progenitor y su progenie, siendo estos menores de edad (Avilés, 2013; Morgado et al., 2014).

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas ([ONU] 2011), el término usado para estas familias debe indicar si el padre o la madre se encarga del hogar y de los hijos, y sugiere que se denomine a estas familias monoparentales con dirección femenina o masculina (Zapata, 2013). Por su parte, Montero y Terán (2016) usan la expresión “familias monoparentales femeninas” para aquellas en las que la madre está sola a cargo de los hijos, en tanto que Morgado et al. (2014) distinguen entre familias a cargo del padre (o monoparentales) y familias a cargo de la madre, llamando a las segundas monomarentales, términos que se han considerado más apropiados, pues reflejan con más precisión el tipo de hogar al que se hace referencia y visibiliza a las mujeres que están a cargo de la familia.

¹ Contacto: fgalaz@correo.uady.mx.

* Universidad Autónoma de Yucatán.

A pesar de estar siempre presentes en las diversas sociedades, las familias con un solo progenitor han experimentado a lo largo de la historia cambios en sus características intrínsecas, en su incidencia y en la percepción que se tiene de ellas. Históricamente, este tipo de familia fue considerada una desviación del modelo nuclear biparental dominante; objeto de rechazo y exclusión social al considerar que promovía serios problemas sociales en los vástagos, como delincuencia, prostitución, consumo de drogas, niños con problemas mentales, entre otros. (Castro y Seiz, 2014). Sin embargo, cuando la monoparentalidad o la monomarentalidad era producto de ciertas condiciones involuntarias (viudez o separaciones conyugales transitorias) gozaban de cierto apoyo y reconocimiento social (Avilés, 2013; Song, 1996).

En México, de acuerdo con las estadísticas reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI] 2017), se usa el término monoparental para referirse a aquel hogar integrado por un jefe(a) de familia que no cuenta con un cónyuge. Este tipo de familia ha venido en aumento, pues en 2010 representaba 16.8% del total de los hogares familiares y para 2015 creció 21%, incremento que resulta de interés ya que, aunado a ciertas variables, en este tipo de familias se pueden presentar mayores riesgos de pobreza, dificultades económicas, precariedad e inestabilidad laboral, entre otras, que señalan también mayor conflicto en el desarrollo de sus hijos. De acuerdo con las últimas estadísticas, estos hogares se han caracterizado por estar dirigidos por mujeres; en 2010, de los hogares clasificados como monoparentales, 84% eran dirigidos por mujeres (monomarentales) y en 2015 constituían 81.7%.

La investigación acerca de la monoparentalidad o monomarentalidad ha mostrado que puede ser una condición de riesgo si está asociada a ciertos contextos o características del progenitor a cargo del hijo. Estas familias comparten ciertas particularidades que, si interactúan con la etapa del ciclo vital de los hijos (niñez, adolescencia), pueden contribuir a generar algunas problemáticas; por ejemplo, tienen que realizar continuos ajustes relacionados con la elaboración de situaciones en torno al progenitor ausente (Ritvo y Glick, 2003). En el caso de las familias monomarentales, Morgado et al.

(2014) encuentran que los problemas que enfrentan las madres, con mayor frecuencia, son económicos, la conciliación de la vida laboral con el cuidado de los hijos, la sobrecarga de responsabilidades laborales y problemas de vivienda. Ison (2004) señala que 37.5% de familias monomarentales generalmente habitaban en viviendas precarias con hacinamiento, bajo nivel educativo y tenían al menos un hijo con conductas disruptivas. Santibañez et al. (2018) encuentran que la monomarentalidad –especialmente cuando no fue elegida– aumenta el riesgo de exclusión social y de pobreza, enfrenta serios problemas en la calidad de la alimentación de los hijos y viviendas precarias; también encontraron que las madres presentan problemas de ansiedad y depresión con mayor incidencia.

Ruiz y Martín (2012) señalan que la familia monomarental afronta además escaso apoyo de las instituciones de seguridad social para conciliar la vida laboral y familiar de las madres, como los permisos de emergencia remunerados. Por ello, las madres de familias monomarentales soportan grandes dificultades para ejercer y conciliar diversos roles: crianza familiar, laboral y personal, haciéndose cargo de la totalidad del cuidado de sus hijos y al mismo tiempo deben asegurar la supervivencia de la familia y de las tareas domésticas (Madrugá, 2006).

Cuando los hijos son adolescentes, la familia sigue siendo el contexto fundamental de la socialización. Por ello, las prácticas de crianza en las familias, independientemente de su constitución (biparentales, monomarentales, monoparentales, entre otras) continúan teniendo un papel relevante en el desarrollo de los hijos. Las prácticas de crianza se definen como aquellas conductas cotidianas que los padres o las madres realizan con sus hijos para obtener sus metas educativas (Darling y Steinberg, 1993). La crianza de los hijos en los hogares monomarentales presenta desafíos extras pues no cuenta con la división sexual del trabajo como en las familias biparentales y todo lo que esto conlleva. En este contexto, numerosos autores han evidenciado la importancia que la percepción de los hijos de las prácticas de crianza de su padre o madre guarda con las conductas de crianza de sus padres, al ser la percepción de los hijos la información más confiable y coherente que

la obtenida de otras fuentes, como los padres mismos (Roa y Barrio, 2002; Rodríguez et al., 2009; Samper et al., 2006.).

Otros estudios evidencian que la percepción de los hijos de crianza paterna o materna es positiva y constituye un factor protector para conductas problemáticas como el consumo de drogas ilícitas (Ryan et al., 2010; Villegas et al., 2014). Las investigaciones también muestran que la percepción de un padre o una madre que proporciona aceptación, calidez y afecto se relaciona con autopercepciones más positivas de los hijos y mayor bienestar (Rodríguez et al., 2016) y con el desarrollo de un autoconcepto positivo (Vargas et al., 2013).

Molina et al. (2017) encontraron que la percepción positiva de las prácticas de crianza de la madre se relaciona con el desarrollo del autoconcepto positivo en diversos dominios (físico-social y académico) para las niñas; para los varones, la percepción de aceptación por parte de la madre predice el autoconcepto positivo físico-social. Herraiz et al. (2015) encuentran que la percepción de prácticas de crianza maternas caracterizadas por un mayor rechazo y menor afecto se relaciona con trastornos de la alimentación (TCA) y bulimia. Cava (2001) encontró que las adolescentes con diagnóstico de TCA percibían una crianza con menor afecto y más rechazo por parte de la madre.

Un estudio realizado por Domínguez et al. (2011) revela que la familia es percibida como una de las más importantes fuentes de apoyo social por los adolescentes. El apoyo social percibido es una construcción subjetiva, valorativa, que una persona hace de su red social, su disponibilidad y satisfacción (Barrón y Sánchez, 2000). Se refiere al conjunto de aportaciones emocionales, afectivas, materiales y de información que una persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social (Gracia et al., 1995). En esta línea, los estudios muestran que la percepción de los adolescentes respecto a la crianza paterna o materna caracterizada por el escaso o pobre apoyo familiar predice la presencia de problemas como el consumo de drogas (Barrón y Sánchez, 2000). Respecto al apoyo social percibido, tanto de familia como de amigos, los estudios muestran que la percepción de apoyo social predice comportamientos adaptativos en la adolescencia (Chu et al., 2010; Daniel-

sen et al., 2010). Asimismo, las personas en condición de riesgo, como la pobreza, que perciben apoyo social de su familia reportan menos ansiedad y depresión y mayor autoestima, lo que ayuda a un mejor ajuste psicológico, escolar y a afrontar los problemas (Gracia y Herrero, 2006; Méndez y Barra, 2008; Ramos-Díaz et al., 2016). A partir de lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo conocer la percepción de la crianza y el apoyo social percibido por los hijos de familias monomarentales y la relación entre la percepción de la crianza y el apoyo social en hombres y mujeres adolescentes de secundaria y preparatoria.

MÉTODO

Participantes

Formaron parte del estudio 489 adolescentes seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de la ciudad de Mérida, Yucatán; 217 eran hombres y 272 eran mujeres, de 12 a 19 años, con una edad promedio de 14.97 años y una desviación estándar de 1.91. Del total de los participantes, 226 cursaban la secundaria y 263 la preparatoria. Todos los adolescentes pertenecían a familias monomarentales, es decir, vivían con su madre.

Instrumentos

Escala de Percepción de Prácticas Parentales de Crianza para Adolescentes (EPPPCA) (Flores et al., 2017). Consta de 26 reactivos en un formato tipo Likert de cinco opciones de respuesta que mide la frecuencia en la que los adolescentes perciben las conductas de sus padres para educarlos. La escala mide las siguientes dimensiones: 1) comunicación, se refiere al intercambio de información verbal entre padres e hijos que permite conectar los sentimientos de ambos y hacer sentir a los hijos que son cuidados, respetados, importantes y apoyados ($\alpha=.91$); 2) calidez, se refiere a la expresión verbal y conductas explícitas de aceptación, apoyo, afecto e interés por las necesi-

dades, emociones y preocupaciones de los hijos que crean un ambiente en el cual la relación con ellos fluye en forma agradable y positiva (alfa=.88); 3) énfasis en el logro, indica el nivel de exigencia y presión de los padres hacia los hijos para lograr altos niveles de madurez, autonomía y competencia en diversas actividades, basado en la confianza en las capacidades de los hijos, fomentando el pensamiento crítico, la perseverancia y el destacar (alfa=.86); 4) supervisión y monitoreo, se refiere al conjunto de conductas parentales que involucran atención y supervisión de las actividades de los hijos: lo que hacen, en dónde se encuentran o con quiénes se relacionan, por medio de los propios hijos o por medio de otras fuentes (alfa=.79); 5) apoyo escolar, se refiere al acompañamiento, guía y apoyo emocional e instrumental que los padres ofrecen a los hijos para sus actividades escolares, que incluye la motivación para que realicen adecuadamente sus responsabilidades escolares y logren éxito académico (alfa=.81) y 6) disciplina, límites y reglas, son las estrategias –positivas y negativas– que utilizan los padres para hacer que sus hijos se comporten y cumplan con sus expectativas y con las reglas que han impuesto en la casa (alfa=.73). Es importante mencionar que los adolescentes evaluaron la percepción de la crianza de la madre, pues provenían de familias monoparentales.

Escala de Apoyo Social Familiar y Amigos (AFA-R) (González y Landero, 2014). Consta de 14 ítems en un formato tipo Likert con 5 alternativas de respuesta (1 indica “nunca”, hasta 5 que equivale a “siempre”). Los autores reportan estructura bifactorial del AFA-R utilizando el método de extracción de componentes principales y rotación ortogonal que explica 66.09% de la varianza; asimismo, reportan un alfa de Cronbach total de .918. Las dimensiones que miden son dos: 1) apoyo de la familia (7 ítems, alfa de Cronbach .923) y 2) apoyo de los amigos (7 ítems, alfa de Cronbach .895).

Procedimiento

La administración de las escalas se realizó de manera colectiva en los salones de clase de las diferentes instituciones seleccionadas y con el previo consen-

timiento de las autoridades de la Secretaría de Educación y de los directores de cada una de las escuelas participantes. Los aspectos éticos del trabajo siguieron los lineamientos de acuerdo con las normas del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). De esta manera, se explicó a las participantes la naturaleza y objetivo del estudio; asimismo, a cada participante se le informó sobre la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas, cuyo análisis se hizo en forma grupal y con fines académicos e investigativos. La participación en el estudio fue voluntaria y las participantes no recibieron ningún tipo de compensación por su participación. El tiempo promedio de respuesta fue de veinte minutos.

RESULTADOS

El análisis se realizó con el *Statistical Package for the Social Sciences* (versión 22.0). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo con medias y desviaciones estándares de cada uno de los factores de las escalas utilizadas. Las medias más altas para la percepción de la crianza materna fueron la supervisión y monitoreo, seguida por el factor de énfasis en el logro y la calidez. En el caso de la percepción del apoyo social, la media más alta la obtiene el factor de apoyo de los amigos (véase Tabla 1).

Posteriormente, para el análisis de diferencias por sexo y por escolaridad se utilizó el análisis de varianza de doble clasificación, además se obtuvo la *d* de Cohen para determinar el tamaño del efecto de las diferencias por sexo y escolaridad por separado (.20 a .50 efecto bajo; .50 ≤ .80 efecto medio; ≥ .80 efecto alto).

Los resultados mostraron diferencias en cuatro factores de la escala de percepción de la crianza materna: comunicación ($F(1,462)=4.83$; $p=.028$); énfasis en el logro ($F(1,471)=5.95$; $p=.015$); supervisión y monitoreo ($F(1,470)=25.09$; $p=.001$) y disciplina, límites y reglas ($F(1,470)=5.00$; $p=.026$). Las mujeres obtuvieron las medias más altas en todos los factores. No se encontraron diferencias en la variable apoyo social (véase Tabla 2).

TABLA 1
Medias, desviaciones estándares y consistencias internas obtenidas para la Escala de percepción de prácticas parentales de crianza para adolescentes (percepción crianza materna) y apoyo social

<i>Percepción crianza materna</i>	N	M	DE	α
Comunicación	466	3.97	1.04	.91
Calidez	480	4.28	.93	.88
Énfasis en el logro	475	4.39	.78	.87
Supervisión y monitoreo	474	4.44	.65	.70
Apoyo escolar	468	4.03	.84	.74
Disciplina, límites y reglas	474	3.83	.96	.76
<i>Apoyo social</i>				
Apoyo de la familia	477	3.79	1.01	.91
Apoyo de los amigos	474	3.89	.88	.89

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 2
Análisis de diferencias por sexo obtenido para la Escala de percepción de prácticas parentales de crianza para adolescentes (percepción crianza materna) y apoyo social

<i>Percepción</i>	M		DE		F	Prob.	d de Cohen
	Hombres	Mujeres	M	DE			
<i>Crianza materna</i>							
Comunicación	3.84	.97	4.07	1.09	4.83	.028*	-.22
Calidez	4.25	.85	4.30	.99	.14	.70	-.05
Énfasis en el logro	4.29	.79	4.47	.77	5.95	.015*	-.23
Supervisión y monitoreo	4.28	.69	4.57	.59	25.09	.001***	-.45
Apoyo escolar	3.95	.84	4.09	.83	3.38	.06	-.16
Disciplina, límites y reglas	3.72	.97	3.91	.95	5.00	.026*	-.19
<i>Apoyo social</i>							
Apoyo de la familia	3.73	.95	3.84	1.05	1.37	.24	-.10
Apoyo de los amigos	3.83	.86	3.94	.90	1.97	.16	-.12

* $p < 0.05$. Nota: Tabla de creación original.

Para percepción de la crianza materna, de acuerdo con la escolaridad, se encontraron diferencias significativas en los factores de supervisión y monitoreo ($F(1,470)=4.87$; $p=.028$), apoyo escolar ($F(1,464)=15.30$; $p=.001$) y disciplina, límites y reglas ($F(1,470)=15.22$; $p=.001$), siendo los adolescentes de secundaria quienes obtuvieron las medias más altas que los adolescentes que cursan la preparatoria. Por su parte, para el apoyo social, se encontraron diferencias significativas en el factor apoyo de la familia ($F(1,473)=4.66$; $p=.031$); también fueron los adolescentes de secundaria quienes obtuvieron la media más alta (véase Tabla 3).

TABLA 3
Análisis de diferencias por escolaridad obtenido para la Escala de percepción de prácticas parentales de crianza para adolescentes (percepción crianza materna) y apoyo social

<i>Percepción</i>	<i>M</i>		<i>DE</i>		<i>F</i>	<i>Prob.</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>Secundaria</i>	<i>Preparatoria</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
<i>Crianza materna</i>							
Comunicación	3.95	1.19	3.98	1.03	.009	.925	-.02
Calidez	4.31	.92	4.25	.93	1.17	.27	.06
Énfasis en el logro	4.42	.73	4.46	.77	1.28	.25	-.05
Supervisión y monitoreo	4.61	.54	4.54	.62	4.87	.028*	.12
Apoyo escolar	4.18	.75	3.90	.88	15.30	.001***	.34
Disciplina, límites y reglas	4.01	.87	3.68	1.02	15.22	.001***	.34
<i>Apoyo social</i>							
Apoyo de la familia	3.89	1.00	3.71	1.01	4.66	.031*	.17
Apoyo de los amigos	3.87	.990	3.91	.87	.19	.65	-.04

*** $p<0.001$. Nota: Tabla de creación original.

Finalmente, se obtuvo un análisis de correlación por medio del coeficiente de Pearson, con el objetivo de establecer la relación entre la percepción de la crianza materna más el apoyo social de acuerdo con el sexo y el grado de escolaridad. Los resultados mostraron para las mujeres de secundaria y preparatoria correlaciones moderadas y significativas del apoyo social de la

familia con todos los factores de la percepción de la crianza materna, un patrón similar se observó para el caso de los jóvenes de preparatoria, no así para los jóvenes de secundaria, en cuyo caso sólo se reportaron correlaciones significativas del apoyo social de la familia con los factores de comunicación, calidez, énfasis en el logro y apoyo escolar.

Para el apoyo social de los amigos, se observaron correlaciones significativas con todos los factores de la percepción de la crianza materna en los hombres de preparatoria, las mujeres de secundaria y las mujeres de preparatoria, en éstas últimas con excepción del factor de calidez. En el caso de los hombres de preparatoria sólo se encontraron correlaciones significativas entre el apoyo social de los amigos con la calidez y el énfasis en el logro. Es importante señalar que, en general, las correlaciones obtenidas entre la crianza materna y el apoyo social de los amigos fueron ligeramente menores que las encontradas con el apoyo social de la familia (véase Tabla 4).

TABLA 4

Análisis de asociación entre los factores de la Escala de percepción de prácticas parentales de crianza para adolescentes (percepción crianza materna) y el apoyo social de acuerdo con el sexo y nivel de escolaridad

	Hombres				Mujeres			
	Secundaria		Preparatoria		Secundaria		Preparatoria	
<i>Percepción de la crianza materna</i>	Apoyo de la familia	Apoyo de los amigos	Apoyo de la familia	Apoyo de los amigos	Apoyo de la familia	Apoyo de los amigos	Apoyo de la familia	Apoyo de los amigos
Comunicación	.55**		.60**	.43**	.67**	.53**	.76**	.24**
Calidez	.53**	.22*	.57**	.44**	.67**	.51**	.60**	
Énfasis en el logro	.48**	.32**	.63**	.39**	.55**	.42**	.58**	.25**
Supervisión y monitoreo			.32**	.30**	.40**	.33**	.50**	.29**
Apoyo escolar	.41**		.52**	.36**	.51**	.52**	.52**	.29**
Disciplina, límites y reglas			.30**	.30**	.41**	.39**	.36**	.19*

* $p \leq .05$. ** $p \leq .01$ Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran que, en general, los jóvenes que forman parte de familias monomarentales tienen una percepción positiva de las prácticas de crianza maternas, que se caracterizan en primer lugar por la presencia de una madre atenta a sus actividades, interesada en sus hijos, en saber a qué lugares asisten, lo que hacen, con quiénes se relacionan, por medio de la información proporcionada por los propios hijos o a través de otras fuentes. Diversos estudios evidencian la importancia del monitoreo como un factor protector en adolescentes ante conductas disruptivas como el tabaquismo y el alcoholismo (Aguiar y Acle-Tomasini, 2012; Warren Wagsstaff et al., 2008). La supervisión y el monitoreo constante de los hijos permite que desarrollen competencia social y autonomía a través del reforzamiento que la madre hace de las reglas familiares y un control moderado (Peterson y Bush, 2013; Esteinou, 2015).

En segundo término, los adolescentes perciben que sus madres les presionan y exigen para que se esfuercen y logren altos niveles de madurez, autonomía y competencia en diversas actividades, fomentando el pensamiento crítico, la perseverancia y el destacar, sobre todo en el ámbito escolar, donde perciben el acompañamiento, la guía y el apoyo emocional e instrumental; también responden que sus madres son afectuosas, interesadas en ellos y sus necesidades, por lo que tienen un buen nivel de comunicación con ellas y consideran que sus madres imponen cierto control para que se comporten y cumplan con sus expectativas y con las reglas que han impuesto en la casa. Esta percepción corresponde a una crianza positiva con prácticas centradas en la calidez y el apoyo, establecimiento de límites, reglas y control moderado de los hijos, factores de protección ante diversos riesgos como el consumo de drogas, la depresión y los problemas escolares, según han mostrado diversos estudios al respecto (Ryan et al., 2010; Villegas-Pantoja, et al., 2014), dichos factores de protección también proporcionan mayor bienestar (Rodríguez-Fernández et al., 2016).

Al analizar las diferencias por sexo, los resultados evidencian que las adolescentes perciben que sus madres las supervisan más y están mucho más pendientes de ellas que de los chicos, lo cual puede reflejar la preocupación de las madres al cuidar más a sus hijas, ya que, desde una perspectiva tradicional machista, se debe proteger y cuidar más a las hijas que a los hijos, especialmente a las adolescentes (Rocha y Díaz-Loving, 2011). También se obtienen diferencias en cuanto al énfasis en el logro y la comunicación, donde las chicas perciben más y mejores niveles de comunicación con sus madres, así como que las alientan más que a los chicos para alcanzar madurez, autonomía y competencia, aunque el tamaño del efecto en estas dos variables es pequeño. También se obtiene una diferencia en disciplina, límites y reglas, pero el tamaño del efecto es muy bajo (insignificante), por lo que no se considera su interpretación. Las diferencias en énfasis en el logro y comunicación pueden significar que, dado que las familias monomarentales en general se caracterizan por dificultades económicas y de conciliación de los roles familiares y laborales (Tercero, 2014), las madres solas ante las tareas de la crianza tratan de evitar que sus hijas vivan estas situaciones de desventaja económica en el futuro y por ello son más exigentes con ellas que con sus hijos varones, lo que lleva también a un mayor intercambio verbal con las hijas. Sin embargo, estas interpretaciones deben tomarse con cautela, pues el tamaño del efecto encontrado en ambos resultados es bajo.

En cuanto al apoyo social, los adolescentes perciben buenos niveles, tanto de la familia como de su grupo de amigos; no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres adolescentes. Sí se obtuvieron diferencias según el grado de escolaridad, siendo las y los adolescentes de secundaria quienes perciben más apoyo social de su familia que los de preparatoria.

Por último, los análisis de asociación muestran resultados que coinciden con la literatura en este campo, ya que para todos los participantes, chicos y chicas de secundaria y preparatoria, la percepción de su madre como una persona que brinda y demuestra afecto, que los anima a ser mejores, los apoya en lo escolar, habla con ellos y los escucha, se relaciona en forma importante con la percepción de apoyo social familiar. Estos datos sugieren

que aunque tales adolescentes viven en familias monomarentales, sus madres han logrado generar un ambiente de afecto y apoyo que es percibido por sus hijos e hijas y que constituye un importante factor protector contra ciertos riesgos del desarrollo como el consumo de drogas (Barrón y Sánchez, 2000), trastornos de alimentación (Herraiz et al., 2015), ansiedad y depresión; asimismo, se relaciona con la promoción de la autoestima, mejor ajuste psicológico, escolar y afrontamiento de los problemas (Gracia y Herrero, 2006; Méndez y Barra, 2008; Ramos et al., 2016) que son generadores de bienestar (Molina et al., 2017; Rodríguez et al., 2016).

Se observan también importantes diferencias según el género y el grupo de edad, para las chicas adolescentes de secundaria y preparatoria, y para los chicos de preparatoria, todas las dimensiones positivas de la crianza percibida se relacionan con la percepción del apoyo social tanto de la familia como de los amigos. Los chicos de secundaria constituyen el único grupo que no relaciona el apoyo familiar con la imposición de la disciplina de sus madres, quizá esto se debe a que una madre sola enfrenta ciertos desafíos ante su hijo varón adolescente, como encontrar a alguien que le apoye y brinde un buen ejemplo masculino; por lo tanto, debe imponer control y disciplina, reglas que pueden resultar desagradables para sus hijos. García y Constante (2011) indican que en familias con un solo progenitor las reglas, roles y comunicación deben ajustarse para que funcionen adecuadamente, así como la madre debe cumplir con las tareas de la crianza para favorecer el desarrollo psicológico de sus hijos (Puello Scarpati et al., 2014).

En conclusión, los resultados muestran que la dinámica generada al interior de estas familias monomarentales, reflejada en la percepción de las prácticas de crianza de los y las adolescentes y en su percepción del apoyo familiar recibido, corresponde a familias con una crianza positiva, con altas expresiones de afecto, control y monitoreo de los hijos y niveles adecuados de comunicación. Aun cuando la literatura evidencia que las familias monomarentales constituyen un riesgo para el desarrollo de los hijos, por las diversas condiciones que debe enfrentar la madre sola, los resultados de este estudio muestran un panorama alentador para el desarrollo de los adoles-

centes de este estudio. Una posible explicación es que esas mujeres no están solas, sino que viven en una familia extensa con importante apoyo social proveniente de familiares (abuelos, tíos, hermanos), aunque este dato no se comprobó en el presente estudio. Se sugiere, para próximas investigaciones, indagar las condiciones particulares que generan la monomarentalidad, así como la relación con otras variables, como el nivel educativo de las madres, el número de hijos y la presencia de redes de apoyo social de familiares y amigos.

REFERENCIAS

- Aguiar Andrade, E. y Acle-Tomasini, G. (2012). Resiliencia, factores de riesgo y protección en adolescentes mayas de Yucatán: elementos para favorecer la adaptación escolar. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(2), 53-64.
- Avilés Hernández, M. (2013). Origen del concepto de monoparentalidad. Un ejercicio de contextualización sociohistórica. *Papers. Revista de Sociología*, 98(2), 263-285. DOI: 10.5565/rev/papers/v98n2.459.
- Barrón López de Roda, A. y Sánchez Moreno, E. (2000). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23.
- Benlloch, M. J. (2014). Monoparentales: análisis del apoyo social y de las políticas familiares. Recuperado de <http://www.ub.edu/tiifamo/wp-content/uploads/2014/10/9.-Biograma-de-familias-monoparentales.-Benlloch.pdf>.
- Castro, T. y Seiz, M. (2014). *La transformación de las familias en España desde una perspectiva sociodemográfica*. Fundación Foessa, IV Informe sobre exclusión y desarrollo social en España.
- Cava G. (2001). *Conexión entre crianza anómala y trastornos de la conducta alimentaria* [Tesis doctoral, Universidad de Valencia]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=144049>.
- Chu, P. S., Saucier, D. A. y Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624-645. DOI: 10.1521/jscp.2010.29.6.624.
- Danielsen, A. G., Wiium, N., Wilhelmsen, B. U. y Wold, B. (2010). Perceived support provided by teachers and classmates and students' self-reported aca-

- demic initiative. *Journal of School Psychology*, 48(3), 247-267. DOI: 10.1016/j.jsp.2010.02.002.
- Darling, N. y Steinberg, L. (1993). Parenting styles as context: an integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Domínguez, E. A., Salas, M. I., Contreras, B. C. y Procidano, M. (2011). Validez concurrente de la versión mexicana de las escalas de Apoyo Social Percibido de la Familia y los Amigos (PSS-Fa y PSS-Fr). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43(1), 125-137.
- Esteinou, R. (2015). Autonomía adolescente y apoyo y control parental en familias indígenas mexicanas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 13(2), 749-766.
- Flores, M., Cortés, L., Morales, M. y Campos, M. (2017). Escala de percepción de prácticas parentales de crianza para adolescentes (EPPPCA). Documento inédito, Universidad Autónoma de Yucatán.
- García, R. y Constante, E. (2011). Revisiones: las claves para el estudio de la familia monoparental en el contexto psicosocial. *Revista Fundesfam*, 6(1), 51-62.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. PPU.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- González Ramírez, M. T. y Landero Hernández, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de apoyo social familiar y de amigos en una muestra de estudiantes. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1469-1480. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471914703874>.
- Herraiz-Serrano, C., Rodríguez-Cano, T., Beato-Fernández, L., Latorre-Postigo, J. M., Rojo-Moreno, L. y Vaz-Leal, F. J. (2015). Relación entre la percepción de la crianza y la psicopatología alimentaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(3), 91-98.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Datos sobre los hogares en México. Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>.
- Ison, M. S. (2004). Características familiares y habilidades sociocognitivas en niños con conductas disruptivas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(2), 257-268.

- Madruga, I. (2006). Monoparentalidad y política familiar. Dilemas en torno a la madre cuidadora/madre trabajadora. CIS. Recuperado de http://ebookrich.com/product.php?id=629817&geo=es&utm_source=gsite&utm_medium=es-country-es-lang#.
- Méndez, P. y Barra, E. (2008). Apoyo social percibido en adolescentes infractores de ley y no infractores. *PSYKE*, 17(1), 59-64.
- McLanahan, S. y Sandefur, G. (1979). *Growing up with a single parent*. Harvard University Press.
- Morgado, B., González, M. M. y Jiménez, I. (2014). Familias monomaternales: problemas, necesidades y recursos. *Portularia: Revista de Trabajo Social*, 3, 137-160.
- Molina, M. F., Raumundi, M. J. y Bugallo, L. (2017). La percepción de los estilos de crianza y su relación con las autopercepciones de los niños de Buenos Aires: diferencias en función del género. *Universitas Psychologica*, 16(1), 1-12. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy16-1.pecr.
- Montero, P. y Terán, A. (2016). *La crianza de los hijos en familias monoparentales de la ciudad de Maracibo (estado de Zulia, Venezuela)*[Tesis de licenciatura, Escuela de Sociología de la Universidad de Zulia]. Recuperado de <https://www.academica.org/programa.cambio.socialcesaluz/17.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2011). *Salud y desarrollo del niño y el adolescente*. Recuperado de <http://www.who.int/hdp/html>.
- Peterson, G. W. y Bush, K. R. (2013). Introduction: Balancing connectedness and autonomy in diverse families. En G. W. Peterson y K. R. Busch (Eds.), *Handbook of marriage and the family* (pp. 1-10). Springer.
- Puello Scarpatti, M., Silva Pertuz, M. y Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225-246.
- Ramos-Díaz, E., Rodríguez-Fernández, A., Fernández-Zabala, A., Revuelta, L., y Zuazagoitia, A. (2016). Apoyo social percibido, autoconcepto e implicación escolar de estudiantes adolescentes. *Revista de Psicodidáctica*, 21(2), 339-356. DOI: 10.1387/RevPsicodidact.14848.
- Reher, D. (1996). *La familia en España. Pasado y presente*. Alianza Universidad.
- Ritvo, E. y Glick, I. (2003). *Terapia de pareja y familia*. Manual Moderno.
- Roa Capilla, M. L. y Barrio Gandara, M. V. (2002). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa*, (8)1, 37-51.

- Rocha Sánchez, T. y Díaz-Loving, R. (2011). *Identidades de género. Más allá de cuerpos y mitos*. Trillas.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. y Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: El papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23(1), 60-69. DOI: 10.1016/j.sumpsi.2016.02.002.
- Rodríguez, M. A., Del Barrio, M. V. y Carrasco, M. A. (2009). ¿Cómo perciben los hijos la crianza materna y paterna? Diferencias por edad y sexo. *Escritos de Psicología*, 2(2), 10-18.
- Ruiz Seisdedos, S. y Martín Cano, M. C. (2012). Nuevas formas de familia, viejas políticas familiares. Más familias monomarentales. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 33(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181/18123129009>.
- Ryan S. M., Jorm A. F. y Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent alcohol use: A systematic review of longitudinal studies. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(9), 774-783. DOI: 10.1080/00048674.2010.501759.
- Samper, P., Cortés, M. T., Mestre, V., Nácher, M. J. y Tur, A. M. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory (Schaefer, 1965) a población española. *Psicothema*, 18(2), 263-271.
- Santibañez, R., Flores, N. y Martín, A. (2018). Familia monomarental y riesgo de exclusión social. *IQUAL. Revista de género e igualdad*, 1, 123-144.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2017). *Código Ético del Psicólogo*. Recuperado de http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/CODIGO_ETICO_SMP.pdf.
- Song, M. (1996). Changing conceptualizations of lone parenthood in Britain: Lone parents or single mums? *The european journal of women's studies*, 3, 377-397.
- Tercero García, S. (2014). Las familias monomarentales, una aproximación a sus principales problemas y necesidades. *Humanismo y Trabajo Social*, 13-14, 249-273.
- Villegas-Pantoja, M. A., Alonso-Castillo, M., Alonso-Castillo, B. y Martínez-Maldonado, R. (2014). Percepción de crianza parental y su relación con el inicio del consumo de drogas en adolescentes mexicanos. *Aquichan*, 14(1), 41-52.

- Vargas Rubilar, J. A. y Oros, L. B. (2013). Parentalidad y autoestima de los hijos: una revisión sobre la importancia del fortalecimiento familiar para el desarrollo infantil positivo. *Apuntes Universitarios*, 1(1), 155-171. DOI: 10.17162/au.voi1.13.
- Warren, J. R., Wagstaff, D. A., Hecht, M. L. y Elek, E. (2008). The Effects of Mexican origin family structure on parental monitoring and pre-adolescent substance use expectancies and substance use. *Journal of Substance Use*, 13(4), 283-292.
- Zapata, J. (2013). *Familias monomarentales y monoparentales y su relación con los hijos* [Tesis doctoral, Universidad Pablo de Olavide]. Recuperado de <https://www.uv.es/lisis/otras-publica/t-j-zapata.pdf>.

ESTILO DE VIDA Y CONDUCTAS DE RIESGO EN JÓVENES DE FAMILIAS MONOPARENTALES Y BIPARENTALES

Rafael Peñaloza Gómez^{1}*

*María del Pilar Méndez Sánchez**

*Mirna García Méndez**

*José Carlos Jaenes Sánchez***

La adolescencia y el tránsito hacia la vida adulta es un periodo de muchos cambios que dependiendo de diversos factores se manifiestan de una manera positiva o negativa en las conductas de los jóvenes; para hacer estos cambios se puede mencionar la variable de estilo de vida, definida como el conjunto de actividades y rutinas que una persona realiza en su tiempo libre, relacionado, o no, con su actividad principal; actividades entendidas principalmente, en el caso de los jóvenes, por ejemplo, como la organización de los hábitos de estudio, la práctica de actividad física y los hábitos de sueño (Córdoba, 2010).

En una revisión de diversos artículos publicados entre 2002 y 2014, Sánchez-Ojeda y De Luna-Bertos (2015) encontraron que en la mayoría de los estudios, cuando se pide la opinión de los jóvenes sobre un estilo de vida saludable, todos tienen una opinión favorable sobre la buena alimentación y la actividad física, pero en la práctica, la mayoría tienen hábitos alimenticios desequilibrados de alto contenido calórico, no llevan a cabo ninguna actividad física y consumen alcohol, tabaco y hasta marihuana.

González-Sánchez et al. (2015), en una muestra de 276 adolescentes cubanos, encontraron que una cantidad considerable tenían algún problema de salud: 23.3% padecían obesidad, 2.3% hipertensión arterial y 14.5%,

¹ Contacto: penaloza.gr@comunidad.unam.mx.

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

** Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España.

prehipertensión; padecimientos asociados a un consumo alto de alimentos dulces (72%) y frituras (43.5%) diariamente y un consumo muy bajo de vegetales; además, 34.4% consumía bebidas alcohólicas de manera regular, 7.2% eran fumadores activos y 56.2% fumadores pasivos.

Datos similares fueron reportados por Alfaro et al. (2016), quienes realizaron una encuesta con estudiantes de bachillerato, de entre 13 y 18 años de edad, en Valladolid, España. Los resultados demostraron que 4% de los estudiantes no desayunaba; 45% consumía frutas y verduras de manera regular; 10.5% consumía refresco diariamente; en contraste, 62.4% afirmaba que su peso era adecuado, aunque 30% había hecho dieta alguna vez en su vida y 7.7% había recurrido a laxantes como una forma de cuidar su peso. Aunque 95% de los estudiantes practicaba a diario una actividad física, 66% lo hacía por un deber escolar.

En este sentido y de acuerdo con Capdevilla et al. (2015), en cuya muestra de 313 estudiantes se encontró, en relación con el estilo de vida y específicamente con la práctica de alguna actividad física, que los deportistas tienen un mejor rendimiento académico, mejores hábitos de estudio y dedican menos tiempo al ocio sedentario; además, entre los hábitos de estudio, los sujetos deportistas planean mejor su tiempo libre y mantienen una mejor actitud hacia los estudios.

Angelucci et al. (2017) realizaron una investigación con 312 universitarios, cuyos resultados indicaron que además de niveles bajos y medios de ansiedad y depresión, los jóvenes mostraban malos hábitos alimenticios, poca actividad física y no asistían de manera regular a chequeos médicos; además, hallaron un consumo bajo de drogas, las mujeres registraron mayor grado de ansiedad, jóvenes con problemas de sueño. La depresión era influida por problemas de sueño y se presentaba en los jóvenes de menor edad. Estos hallazgos indican que el estilo de vida se relaciona con conductas de riesgo y con ciertos padecimientos psicológicos.

En jóvenes que estudian alguna carrera que corresponde al área de la salud, por ejemplo, estudiantes de enfermería, predominan los estilos de vida saludables; Silva et al. (2016) identificaron un estilo de vida saludable,

es decir, buenos hábitos de sueño, de estudio, una práctica adecuada de actividad física y una baja incidencia en el consumo de drogas; además de un estilo de vida más saludable, los jóvenes alcanzan mejor autoestima.

En otro estudio, que también consideraba el estilo de vida, pero se enfocaba más a la presencia de conductas de riesgo, Gómez et al. (2016) hallaron incidencia de sobrepeso, en particular en los varones, relacionado con malos hábitos alimenticios; una cuarta parte de la muestra estudiada no realizaba ninguna actividad física, la misma proporción de jóvenes sólo realizaba dos comidas al día y prácticamente todos consumían alcohol por lo menos en reuniones sociales. Dichos factores indican que una cantidad importante de jóvenes estaba en riesgo de desarrollar problemas cardiovasculares.

Las mujeres parecen tener una tendencia mayor que los hombres a las prácticas menos saludables, es decir, no tienen actividad física de manera regular y no dedican suficiente tiempo a una actividad de ocio saludable, además de que son más propensas a desarrollar estrés, aunque consumen menos sustancias psicotrópicas que los hombres. Todo lo anterior puede deberse en primer lugar a los roles de género tradicionales, donde las mujeres llevan a cabo múltiples actividades que no les dejan tiempo para la actividad física (Varela-Arévalo et al., 2016).

Aunque en el caso de la obesidad los hombres tienen mayor incidencia respecto a este trastorno, además de registrar una propensión a la tensión arterial elevada, esto se ve influido directamente por los malos hábitos alimenticios, como no desayunar y consumir de manera regular comida rápida; asimismo, el consumo de tabaco es un factor de riesgo para el estado nutricional (Lorenzini et al., 2015).

En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ([ENCODAT] Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2017) muestra una tendencia al alza de manera continua desde 2002 en el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, siendo el alcohol la sustancia más consumida por los mexicanos de entre 16 y 65 años; además, hombres y mujeres empiezan a igualar el número de consumidores, sobre todo entre jóvenes que viven en ciudades.

A pesar de que los adolescentes y los jóvenes pasan menos tiempo con sus padres, la familia sigue siendo la principal influencia socializadora, transmitiendo conocimientos, valores, actitudes, roles y hábitos. Asimismo, al seguir siendo los padres los que satisfacen las necesidades básicas de los hijos, mantienen un gran dominio en todos los aspectos del desarrollo, al brindarles los medios para obtener una experiencia existencial válida, probada y encauzada hacia el inicio de la maduración psicosocial responsable y autogestiva (Dulanto, 2000).

Tradicionalmente, se considera a la familia como una organización conformada por la presencia de un hombre y una mujer unidos por el matrimonio y que comparten un espacio físico y patrimonio común (López, 2013); esta familia biparental es considerada como el modelo “conveniente” de familia, pero más allá de esta estructura familiar, para Giberti (2007) la familia puede tomar diferentes formas:

- La familia biológica, en la que sus integrantes comparten consanguinidad.
- La familia nuclear o tradicional.
- La familia extensa, constituida por parientes, puede incluir abuelos, tíos, primos, etcétera.
- La familia compuesta o reconstituida, en la que al menos uno de los cónyuges proviene de una unión familiar anterior.
- La familia conjunta o multigeneracional, donde los hijos incorporan a sus propios cónyuges e hijos a la familia nuclear y conviven múltiples generaciones en un mismo espacio físico.
- La familia homosexual, constituida por dos padres o madres homosexuales.
- Las familias sin hijos, donde sólo existe el vínculo entre dos personas y no se considera o no se tiene la posibilidad de engendrar.
- Las familias acogedoras o sustitutas, en la que los hijos están a cargo de personas que no son sus padres biológicos.

Además de estas estructuras también se reconocía la familia desintegrada, en la que uno o varios de sus integrantes habían abandonado el núcleo familiar por falta de cohesión (Robles, 2003); sin embargo, con el paso del tiempo la concepción de los modelos de familia ha cambiado, al surgir la familia monoparental que se encuentra dirigida únicamente por el padre o la madre, que asume individualmente la responsabilidad de estar al frente de la familia y que tiene su origen en la ruptura del vínculo conyugal o una decisión basada en situaciones sociales (Silva, 2015).

En México, la última Encuesta Nacional de los Hogares (ENH, 2017) del Instituto Nacional de Geografía (INEGI), indica que 63.6% de los hogares son conducidos por un hombre y 49.4% por una mujer; considera que 63.6% de los hogares mexicanos son nucleares, es decir, están constituidos por un jefe o jefa de familia, cónyuge e hijos, o jefe o jefa de familia y cónyuge, o jefe o jefa de familia e hijos; aunque sí especifica que de 100% de los hogares en México, 58.3% son biparentales y 18% monoparentales.

Usualmente, se dice que este tipo de familia es mucho más susceptible que la biparental a afectaciones del entorno, y se le identifica como un grupo de riesgo, en donde los hijos pueden tener problemas de comportamiento, fracaso escolar o movilidad social (Fernández y Tobío, 1998).

Los estudios de Montoya y Landeros (2008) mostraron que los jóvenes con una estructura familiar biparental tenían mejor autoestima y una vida más satisfactoria; sin embargo, consideran que esto puede relacionarse con el funcionamiento familiar más que con la estructura en sí. Chiquimajo (2014) también halló que los jóvenes que forman parte de familias monoparentales percibían un clima familiar más inadecuado y desconfianza escolar, aunque en este caso, los hombres eran quienes elevaban las puntuaciones.

Mayorga et al. (2016) encontraron en un estudio realizado a 466 adolescentes que existía una relación entre el conflicto interparental y los problemas de conducta en los hijos, pero el impacto del conflicto en la conducta problemática era mayor en las familias biparentales que en las monoparentales, lo cual, aunque puede resultar obvio (en las familias biparentales la frecuencia de problemas interparentales es mayor al estar ambos padres

presentes), también puede indicar que el impacto de los problemas parentales es menor en los hijos de familias monoparentales.

Respecto a conductas de riesgo, en una investigación realizada en Madrid con 2 890 adolescentes se encontró que la estructura familiar no era un factor en el consumo de alcohol, pero sí para el abuso; es decir, los hijos de familias monoparentales eran los que más bebían a diario, solos o acompañados por sus padres, aunque la investigación demostró que el afecto familiar percibido era un factor protector en ambas estructuras parentales (Uroz et al., 2018).

Asimismo, Bella Fernández y Willington (2010) encontraron que la familia monoparental presenta mayores riesgos que la nuclear en términos de ideación suicida, debido a la precariedad en el soporte y el apoyo a los integrantes. En las familias monoparentales hay más intentos de suicidio y más antecedentes de suicidio de familiares. Por ello, se considera importante identificar si el estilo de vida de los jóvenes y la presencia de las diferentes conductas de riesgo cambia según su estructura familiar, es decir, cuánto influye que los jóvenes provengan de una familia monoparental o biparental en sus mejores o peores hábitos de estudio, sueño, alimentación y actividad física, además de la posibilidad de presentar problemas con el consumo de alcohol, tabaco y sustancias ilegales como la marihuana y la cocaína.

MÉTODO

Participantes

En el presente estudio participaron 250 universitarios procedentes principalmente del oriente de la Ciudad de México, 44.9% hombres y 55.1 mujeres, con un promedio de edad de 20.5 años ($DE=2.7$); 44% de los participantes pertenecían a estructuras familiares monoparentales y 56% a estructuras biparentales.

Instrumentos

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

Para la variable de estilo de vida se utilizaron los indicadores del Cuestionario de Hábitos de Estudio (Escalante et al., 2008), una escala autoaplicada con tres opciones de respuesta: nunca, a veces y siempre, dividida en cuatro dimensiones: 1) Estrategias de higiene: aquí se encuentran los actos que permiten mantener y propiciar la salud física y mental. 2) Condiciones de materiales: son todos los recursos y materiales necesarios para abordar los contenidos propuestos en nuestras materias, además del espacio físico y sus características. 3) Estrategias de estudio: es el método de estudio que la persona tiene para adquirir conocimiento. Crear el hábito de estudio integra la voluntad, la motivación y el aislamiento psicológico. 4) Capacidad de estudio: son las acciones mentales que debemos poseer y dominar para mejorar el aprendizaje, entre las que se pueden citar la observación, la asociación y la síntesis. Para este estudio, la fiabilidad total del instrumento fue de $\alpha=.850$.

El Cuestionario de Conductas de Riesgo se compone de diferentes indicadores, siguiendo la propuesta de Palacios (2008) que considera los siguientes aspectos: conducta sexual de riesgo, consumo de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e ideación suicida.

Procedimiento

Se solicitó el permiso de las autoridades académicas correspondientes. Se aplicaron los instrumentos en los horarios de clase; la aplicación duró cerca de veinte minutos en cada caso. Previamente, se informó a los estudiantes que sus respuestas serían anónimas y utilizadas con fines de investigación, esto con apego a la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial [MMA], 2008) y a los lineamientos éticos de la APA.

Análisis de información

Todos los análisis se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS v.25, se realizaron análisis de estadísticos descriptivos para el cuestionario de hábitos de estudio (medidas de tendencia central, estadísticos de dispersión) y recuento de porcentajes de conductas de riesgo; se realizaron pruebas t de Student para muestras independientes, de acuerdo con el sexo y la estructura familiar de los participantes; para las conductas de riesgo se elaboraron tablas de contingencia según la estructura familiar y el sexo de los participantes; se realizaron análisis de correlaciones r de Pearson para los diferentes hábitos de estudio y datos de consumo de algunas sustancias.

RESULTADOS

El primer resultado muestra las puntuaciones promedio de cada una de las variables contenidas en el cuestionario de hábitos de estudio (véase Tabla 1).

TABLA 1
Puntuaciones del cuestionario de hábitos de estudio

<i>Variable</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Puntuación mínima</i>	<i>Puntuación máxima</i>
Estrategias de higiene	20.76 (3.02)	13.00	29.00
Condición de los materiales	22.42 (3.39)	14.00	30.00
Estrategia de estudios	22.11 (3.73)	14.00	44.00
Capacidad de estudios	21.98 (3.41)	15.00	42.00

Nota: Tabla de creación original.

Como se puede observar, teniendo en cuenta que el puntaje máximo posible es alrededor de 40 puntos, todas las puntuaciones promedio están casi a la mitad, siendo la más baja, por así decirlo, las estrategias de higiene, es decir, aquellas actividades de ocio y de realización de actividad física que balancean la vida escolar de los universitarios.

Para saber si existían diferencias entre aquellos universitarios procedentes de familias monoparentales y biparentales se realizó una prueba t de Student para muestras independientes; los resultados indicaron que en ningún caso existen diferencias significativas entre grupos ($p > .05$). Las pruebas estadísticas según el sexo de los participantes resultaron no significativas.

En cuanto a conductas de riesgo, el primer indicador utilizado fue el de conducta sexual de riesgo; respecto a esta variable, 78% de los estudiantes ya habían tenido al menos una relación sexual en su vida; de ellos, 25% reportó no haber utilizado ningún método anticonceptivo en su última relación, la edad mínima de la iniciación sexual fue de 13 años; el condón continúa siendo el método de protección más popular (50%).

Respecto al consumo de diversas sustancias, en la Tabla 2 se muestran los porcentajes de universitarios consumidores y no consumidores de las diferentes sustancias de las que se obtuvieron datos.

TABLA 2
Consumo de sustancias en universitarios

<i>Sustancia</i>	<i>Consume</i>	<i>No consume</i>
Alcohol	82.8%	17.2%
Tabaco	48.5%	51.5%
Marihuana	52%	48%
Cocaína	13%	87%

Nota: Tabla de creación original.

Esta información también resulta relevante debido a los datos complementarios del consumo. En el caso del alcohol, la edad mínima inicial de consumo es a los ocho años; además, un porcentaje importante de estudiantes consume de dos a seis copas o vasos, mínimo, en un evento. Con el tabaco, la edad inicial de consumo ocurre a partir de los 10 años.

Para las sustancias ilegales, el consumo de marihuana inicia a los 12 años y la edad inicial para el consumo de cocaína a los 16 años. Un dato

relevante señala que 80% de los consumidores de marihuana fuman al menos una vez al mes; el resto de los consumidores, de una a tres veces por semana y de éstos 20% indicó fumar regularmente una vez por semana.

Para terminar con los indicadores de las conductas de riesgo, la variable de ideación suicida mostró que 9% de los participantes había intentado quitarse la vida al menos una vez y otro 6% había tenido dos o más intentos de suicidio; otro dato importante es que la edad mínima de intento suicida fue de 12 años.

En relación con las conductas de riesgo y para lograr el objetivo de este estudio, se realizaron una serie de análisis con tablas de contingencia, cruzando la estructura familiar (monoparental, biparental) con el consumo o no de sustancias, las prácticas sexuales de riesgo y el intento de suicidio; sin embargo, respecto al estadístico *chi* cuadrada, ninguna distribución fue estadísticamente significativa ($p > .05$). Del mismo modo, no se encontraron valores significativos de *chi* cuadrada al comparar las conductas de riesgo según el sexo de los participantes.

Lo anterior implica que no existen diferencias estadísticas significativas en el estilo de vida y las conductas de riesgo de los universitarios procedentes de estructuras familiares monoparentales y biparentales.

Finalmente, considerando la ausencia de diferencias significativas en la muestra se calcularon los valores de correlación entre las variables de hábitos de estudio y las variables continuas de edad, frecuencia y cantidad de las conductas de riesgo utilizadas para este estudio, tomando en cuenta a todos los participantes del estudio. Los valores se muestran en la Tabla 3.

Se puede observar que las estrategias de higiene están relacionadas de manera negativa con el consumo de alcohol (frecuencia y cantidad), mientras que las estrategias de estudio también están relacionadas negativamente con la frecuencia de consumo de alcohol y la frecuencia de consumo de marihuana; además, la capacidad de estudio es mayor entre los jóvenes cuyo consumo de todas las sustancias es bajo.

TABLA 3
Correlaciones entre hábitos de estudio y consumo de sustancias

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Estrategias de higiene	1	.43**	.39**	.39**	-.67**	-.77*	-.27	-.19
2. Condición de los materiales		1	.40**	.29**	-.05	.09	-.09	-.21
3. Estrategias de estudio			1	.40**	-.66*	-.27	-.24*	-.09
4. Capacidad de estudio				1	-.34**	-.40*	-.27*	-.31*
5. Frecuencia de consumo de alcohol					1	.72**	.09	.06
6. Cantidad de consumo de alcohol						1	.09	.06
7. Frecuencia de consumo de marihuana							1	.01
8. Frecuencia de consumo de cocaína								1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue comparar el estilo de vida y las conductas de riesgo que pueden tener estudiantes universitarios de la Ciudad de México con diferentes estructuras familiares, y derivado de los diferentes análisis, se encontraron resultados relevantes para su discusión.

El primero de ellos corresponde al estilo de vida de los jóvenes, entendido como los puntajes del cuestionario de hábitos de estudio nos muestra que los jóvenes encuestados tienen conductas de higiene de pobres a medias; de acuerdo con el reporte 2018 del Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF), realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el sedentarismo afecta al 58.3% de los mexicanos mayores de 18 años, y es la inactividad física un factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad y enfermedades crónico degenerativas.

En nuestra muestra, al menos la mitad de los estudiantes reportan no realizar ningún tipo de actividad física, lo cual concuerda con los reportes antes mencionados sobre sedentarismo; sin embargo, los puntajes medios y bajos nos indican problemas en el sueño y en general con el uso del tiempo de ocio y de recreo. Aunque las otras tres variables (condición de mate-

riales, estrategias de estudio, capacidad de estudio) muestran puntajes ligeramente más altos en promedio, los materiales, espacios físicos, las tácticas para estudio y la percepción de ciertas capacidades para estudiar no son las mejores.

Sobre las conductas de riesgo, en el caso de las sustancias legalmente permitidas, en la última ENCODAT (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2017) se observó que al menos 71% de la población ha consumido alcohol en algún momento de su vida; además, al menos 54% de la población consumió alcohol antes de los 17 años. Los resultados de nuestro estudio demuestran que la gran mayoría de los universitarios consume alcohol, algunos de ellos iniciaron su consumo a partir de los 12 años; esta tendencia es preocupante debido a las enfermedades asociadas a este consumo, además, las primeras causas de muerte en nuestro país están relacionadas con el consumo de alcohol y los accidentes viales, sobre todo en jóvenes.

En el caso del tabaco, el porcentaje nacional de consumidores señalado por la ENCODAT (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2017) es menor que el de nuestra muestra (17% contra 48.5%), que indica que entre los jóvenes la prevalencia del cigarro es mayor en esta etapa del desarrollo, lo cual, nuevamente, los hace una población vulnerable al desarrollo de enfermedades como el enfisema pulmonar; y aunque pudiera disminuir el consumo conforme crecen, se tendrían que considerar acciones para erradicarlo desde etapas tempranas del desarrollo en función de que, en nuestros datos, el consumo de tabaco inicia a partir de los 10 años de edad.

Respecto a otras drogas, la ENCODAT (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2017) indica que al menos 7% de la población ha consumido alguna vez en su vida una sustancia ilegal, en este caso, la marihuana tuvo una presencia importante en nuestra muestra (52%), con consumidores recurrentes (de dos o tres veces por semana), lo que implica un consumo importante y, en algunos casos, mayor al del alcohol o el tabaco; del mismo modo, la cocaína, aunque en menor medida (13%), tiene presencia en la comunidad universitaria, droga que es más agresiva y provoca una mayor dependencia, por lo tanto es importante de considerar.

La ideación suicida también es una variable a considerar, pues la muestra indicó que un porcentaje significativo de jóvenes reportó haber intentado, al menos en una ocasión, quitarse la vida (9%), lo que concuerda con diversos estudios que indican que el suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo (Suk et al., 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001); además, la OMS (2006) señala que las tasas de suicidio global han aumentado 60% en los últimos 45 años y por lo tanto es un problema grave de salud mental.

La conducta sexual de riesgo es el indicador mejor evaluado en nuestra muestra, ya que sólo 25% indica no utilizar ningún método anticonceptivo; del 75% restante al menos la mitad utiliza el condón como método anticonceptivo principal, lo cual representa un factor protector ante el embarazo a temprana edad y ayuda a prevenir infecciones de transmisión sexual.

Además de lo expuesto, es importante destacar el hecho de que las mujeres y los hombres tienen niveles de conducta de riesgo similares, lo cual concuerda con datos de la ENCODAT (Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2017) que indican que en contextos urbanos el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas tiende a igualarse, aunque en la conducta sexual de riesgo, a nivel descriptivo, se observa que fueron más mujeres quienes no utilizaron algún método anticonceptivo en su última relación sexual; esto puede explicarse desde el factor cultural, que suele otorgarle el papel de elegir y portar el método anticonceptivo al hombre.

Es innegable que entre los jóvenes la frecuencia en el uso de sustancias está relacionada con hábitos saludables y de estudio negativos; es decir, se puede afirmar que entre aquellos jóvenes que tienden a consumir más alcohol o sustancias ilegales, los hábitos higiénicos (como practicar deporte), las estrategias y la capacidad de estudio son pobres en comparación con aquellos que consumen de manera moderada o baja.

Finalmente, y con respecto al objetivo principal del estudio, se encontró que no existen diferencias significativas ni en el estilo de vida ni en las diferentes conductas de riesgo incluidas en esta investigación, entre jóvenes con diferentes estructuras familiares. Esto contradice los hallazgos de diferentes

autores (Fernández y Tobío, 1998; Montoya y Landeros, 2008; Uroz et al., 2018) sobre la vulnerabilidad de las familias monoparentales, lo cual no implica que los jóvenes incluidos en la muestra obtuvieran puntajes positivos, sino como se ha descrito en la discusión existen diferentes indicadores que hacen evidente la necesidad del desarrollo de intervenciones orientadas al mejoramiento del estilo de vida de los jóvenes y las técnicas de prevención para las conductas de riesgo.

A pesar de que no se encontraron diferencias significativas en ninguna variable de esta investigación, es importante considerar que la familia puede fungir como un factor asociado o mediador de otros componentes sociales, más que como un factor causal. Los hallazgos de esta investigación deben ser considerados para incluir el papel de la familia en las estrategias de intervención y prevención.

REFERENCIAS

- Alfaro, González, M., Vázquez-Fernández, M. E., Fierro Urturi, A., Rodríguez Molinero, L., Muñoz Moreno, M. y Herrero Bregón, B. (2016). Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Pediatría. Atención Primaria*, 18(71), 221-229.
- Angelucci, L. T., Cañoto, Y., y Hernández, M. J. (2017). Influencia del estilo de vida, el sexo, la edad y el IMC sobre la salud física y psicológica en jóvenes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 531-546.
- Asociación Mundial de Medicina (2017). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.
- Bella, M. E., Fernández, R. A. y Willington, J. M. (2010). Identificación de factores de riesgo en intentos de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(3), 24-29.
- Capdevila Seder, A., Bellmunt Villalonga, H. y Domingo, C. H. (2015). Estilo de vida y rendimiento académico en adolescentes: comparación entre deportistas y no-deportistas. *RETOS. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (27), 28-33.

- Chiquimajo Huamantumba, S. (2014). *Personalidad y clima social familiar en adolescentes de familia nuclear biparental y monoparental* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de San Marcos].
- Consejo Nacional Contra las Adicciones (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017. Recuperado de <https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017.php>.
- Córdoba, L. G. (2010). *Hábitos de estilo de vida en relación con el rendimiento académico en alumnos de la ESO de Extremadura-Badajoz* [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura].
- Dulanto, E. (2000). *El adolescente*. McGraw-Hill Interamericana.
- Escalante Estrada, L. E., Escalante Estrada, Y. I., Linzaga Elizalde, C. y Merlos Escobedo, M. E. (2008). Comportamiento de los estudiantes en función a sus hábitos de estudio [Behavior of the students in function to its habits of study]. *Actualidades Investigativas en Educación*, 8(2), 1-15.
- Fernández Cordón, J. A. y Tobío Soler, M. C. (1998). Las familias monoparentales en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 83, 51-85.
- Giberti, E. (2007). *La familia, a pesar de todo*. Noveduc.
- Gómez, C. Z., Landeros, R. P., Romero, V. E. y Troyo, S. R. (2016). Estilos de vida y riesgos para la salud en una población universitaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 15(2), 15-21.
- González-Sánchez, R., Llapur-Milián, R., Díaz Cuesta, M., Illa Cos, M. R., Yee López, E. y Pérez-Bello, D. (2015). Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*, 87(3), 273-284.
- Instituto Nacional de Geografía (INEGI) (2017). Encuesta Nacional de los Hogares (ENH, 2017). Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/temas/hogares/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). Informe de Resultados del Módulo de Práctica Deportiva y Ejercicio Físico (MOPRADEF). Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/moprade/def/doc/resultados_moprade_nov_2018.pdf.
- López, A. (2013). *La influencia de la depresión en el funcionamiento familiar y el apego* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Lorenzini, R., Betancur-Ancona, D. A., Chel-Guerrero, L. A., Segura-Campos, M. R. y Castellanos-Ruelas, A. F. (2015). Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 94-100.

- Mayorga, M. C. J., Godoy, B. M. P., Riquelme, S. V., Ketterer, R. L. M. y Gálvez, N. J. L. (2016). Relación entre problemas de conducta en adolescentes y conflicto interparental en familias intactas y monoparentales. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 107-122.
- Montoya Flores, B. I. y Landeros Hernández, R. (2008). Satisfacción con la vida y autoestima en jóvenes de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 18(1), 117-122.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). The world health report 2001. Mental health: New understanding, New Hope. World Health Organization, Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/resource_work_spanishpdf.
- Palacios Delgado, J. R. (2008). *Modelo Biopsicosocial de las conductas de riesgo* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Robles Mendoza, A. L. (2003). Formas y expresiones de la familia. En L. L. Eguiluz (Comp.). *Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico*. Pax México.
- Sánchez-Ojeda, M. A. y De Luna-Bertos, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 1910-1919.
- Silva, G. (2015). *Familia y poder: estructura de la familia y del poder en la familia en la Ciudad de México: 2000-2010* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Silva Fron, J. R., Ayala Caire, M., Valério Mendoça Júnior, J. A. y Rodrigues, R. A. (2016). Estilo de vida asociado a autoestima y variables demográficas en estudiantes de enfermería. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 9(2), 72-78.
- Suk, E., Van Mill, J., Vermeiren, R., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M., Doreleijers, T. y Deboutte, D. (2009). Adolescent suicidal ideation: A comparison of incarcerated and school-based samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18(6), 377-383.
- Uroz Olivares, J., Charro Baena, M. B., Prieto Úrsua, M. y Meneses Falcón, C. (2018). Estructura familiar y consumo de alcohol en adolescentes. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1), 107-118.
- Varela-Arévalo, M. T., Ochoa-Muñoz, A. F. y Tovar-Cuevas, J. R. (2016). Tipologías de estilo de vida en jóvenes universitarios. *Revista Universidad y Salud*, 18(2), 246-256.

LA INTERACCIÓN TRABAJO-FAMILIA Y SU RELACIÓN CON LA JUSTICIA ORGANIZACIONAL QUE VIVEN LOS TRABAJADORES MEXICANOS

Nancy Montero Santamaria^{1*}

*Rosa Flores Herrera**

*Mirna García Méndez**

*Sofía Rivera Aragón**

El conflicto entre el trabajo y las responsabilidades familiares es un tema muy complejo, pues se ve afectado por situaciones como las largas jornadas laborales, los bajos salarios, la precarización del trabajo, la demanda de horas extras y la falta de políticas que permitan conciliar el trabajo y las labores domésticas o compromisos familiares. Esto, sin duda, se refleja en los posibles empleos para las personas que no trabajan, en el desarrollo profesional de aquellas que sí trabajan y, debido a la incompatibilidad entre el horario laboral y el horario escolar, afecta a los niños, pues los hermanos mayores deben cuidar a los menores o los padres se ven obligados a asistir con sus hijos al trabajo (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2009).

Lograr una conciliación entre trabajo y familia se ve obstaculizado por muchos factores, como los roles de género establecidos por la sociedad, se sigue reproduciendo el rol del hombre como proveedor o el de la mujer como cuidadora (Murphy y Zagorski, 2005). Otro obstáculo a enfrentar son las creencias de algunas personas sobre elegir las opciones que brinda la organización para equilibrar ambas esferas, pues consideran que al no hacerlo, el desarrollo profesional se verá afectado. Aunado a esto, incluso existe la creencia de que aquellos hombres que no tienen compromisos familiares son más comprometidos y productivos (Ugarteburu et al., 2008).

¹ Contacto: nancy.montero@gmail.com.

* Universidad Nacional Autónoma de México.

A nivel teórico, Ugarteburu et al. (2008) consideran que la relación trabajo-familia se interrelaciona de manera positiva y negativa, y en dos direcciones opuestas, es decir, la relación familia-trabajo, en donde la familia influye al trabajo, y la relación trabajo-familia, en donde el trabajo influye en la familia. Consideran que este último caso es el más frecuente y se trata de una relación asimétrica entre ambas esferas.

El trabajo y la familia pueden influirse y ser influidos recíprocamente, de manera positiva y negativa; por ello Geurts et al. (2005) mencionan el término interacción trabajo y familia, definiéndolo como “un proceso en el que el comportamiento de un trabajador en un dominio (por ejemplo, en casa) es influido por determinadas ideas y situaciones (positivas o negativas) que se han construido y vivido en el otro dominio (por ejemplo, en el trabajo)” (p. 322). La interacción de ambas esferas puede producir un crecimiento personal y social para el individuo (Guerrero, 2003).

Campbell-Clark (2000) considera que se pasa de una esfera a otra a lo largo del día, ambas tienen repercusiones en la otra, de tal manera que se puede decir que la familia interfiere con el trabajo, y viceversa. La teoría de borde explica que cuando ambas esferas (trabajo y familia) resultan incompatibles, entonces se realizará un derrame de una a la otra. Para lograr el balance (o interacción positiva) Greenhaus et al. (2003) consideran que se deben resaltar tres elementos en ambas esferas: el tiempo dedicado, el compromiso con esa esfera y la satisfacción con ella. En el caso del marco legal mexicano, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018 considera la interferencia en la relación trabajo-familia un factor de riesgo, pues la vida laboral afecta los horarios familiares y personales, debido a que la persona tiene que dedicar tiempo a labores del trabajo durante los horarios familiares.

La OIT (1981) ha impulsado el Convenio 156 y la Recomendación 165 sobre Trabajadores con Responsabilidades Familiares como respuesta a estas demandas. En ella se plantea que el ejercicio pleno del derecho al empleo implica que las responsabilidades familiares no constituyan causas de discriminación, no obstruyan el mejoramiento de las condiciones de vida ni comprometan el acceso y la permanencia laboral.

Dentro de los aspectos estudiados se presta especial atención a la interacción entre el gerente o supervisor y su relación con empleados; esto en la medida en que la comunicación y el trato del jefe pueden afectar la percepción del colaborador. Se han investigado las percepciones de justicia que sus acciones generan y su relación con el conflicto trabajo-familia (Cropanzano et al., 2001; Ferris et al., 2012; Kossek et al., 2001 en Andrade, 2018).

Greenberg y Colquitt (2005), Judge y Colquitt (2004), Kyei-Poku (2014), Malisetty y Kumari (2016, en Andrade, 2018) pusieron en evidencia la relación negativa entre la justicia organizacional, en sus dimensiones procedimental e interaccional, y el conflicto trabajo-familia (o interacción negativa trabajo a familia).

En lo que corresponde a la justicia procedimental, tal relación se explica a partir de la tensión que genera entre los colaboradores percibir los procedimientos que se están ejecutando como incorrectos e injustos. Por ejemplo, los empleados a quienes sus jefes no les permitían explicar por qué llegaban tarde o cometían algún error en sus trabajos, generalmente percibían tal hecho como una injusticia; mientras que las personas que eran escuchadas fueron más propensas a percibir el proceso como justo, incluso si los resultados no eran lo que buscaban y al final les sancionaron (Andrade, 2018).

La relación con la justicia interaccional se hace evidente en su faceta interpersonal y en la informacional. En la faceta interpersonal, tal relación es perceptible cuando el supervisor se torna asequible en aspectos como facilitar permisos parentales y permitir horarios de trabajo flexibles, especialmente cuando existen compromisos familiares o asuntos personales, en lugar de promover que sus colaboradores sacrifiquen los asuntos familiares importantes por el trabajo.

Por último, en la faceta informacional, la relación parece explicarse al valorar una comunicación abierta, confiable y honesta, mientras que podría verse afectada negativamente cuando el colaborador percibe como injusto que sólo un grupo de personas en la organización (por ejemplo, los empleados preferidos del jefe) manejen información relevante de interés general

(por ejemplo, posibles periodos de vacaciones o futuros cambios en los turnos de trabajo) (Andrade, 2018).

Es importante resaltar que la organización de los recursos humanos es una variable clave para que las empresas resulten eficientes. Esta organización incluye diferentes procesos para la asignación de funciones, diseños de los procedimientos de trabajo y toma de decisiones, distribución de recursos, entre otros. En el desarrollo de dichos procesos surge un conjunto de percepciones compartidas por los empleados sobre su lugar de trabajo (Hemingway y Smith, 1999) que influyen en la calidad de vida laboral (Gershon et al., 2007; Rose et al., 2006). Este conjunto de percepciones fue etiquetado por Jerald Greenberg (1987) como justicia organizacional, engloba aquellas percepciones relacionadas con la equidad en diferentes dimensiones de la actividad laboral, vinculadas con el salario, los procedimientos utilizados para el desarrollo del trabajo, la información de acontecimientos que surgen en la empresa, etcétera.

Desde su surgimiento como una dimensión independiente, la justicia interaccional ha causado polémica. A efectos de conciliar criterios, Greenberg (1993) propuso una taxonomía de justicia basada en dos dimensiones: 1) justicia distributiva y procedimental y 2) justicia estructural (cuando se focaliza en el contexto ambiental donde ocurren las interacciones) y social (cuando lo hace en el tratamiento de los individuos). De la combinación cruzada de esas dimensiones surgieron cuatro tipos de justicia: sistémica (procedimental x estructural), informacional (procedimental x social), configuracional (distributiva x estructural) e interpersonal (distributiva x social).

El estudio de la validez del constructo realizado por Colquitt (2001) reportó sólidas evidencias en favor de las cuatro dimensiones propuestas por Greenberg (1993), las que rotuló como justicia distributiva, procedimental, interpersonal e informacional. En función de esta nueva nomenclatura, los elementos sociales presentes en la justicia interaccional se desdoblan en las llamadas justicia interpersonal y justicia informacional.

Paralelamente a las discusiones de orden teórico-conceptual en torno a la definición del constructo y de la especificación de sus múltiples dimensiones,

la investigación en el área se ha dirigido preferentemente a la búsqueda de sus principales antecedentes y consecuentes. Entre los primeros se han incluido factores macro sistémicos, tales como la cultura nacional y la cultura organizacional, inmersas en los sistemas de gestión, en las políticas y en las prácticas organizacionales. Los segundos factores engloban de manera prioritaria las respuestas actitudinales, afectivas y comportamentales orientadas a un resultado específico o al trabajo propiamente dicho, al supervisor o a la organización como un todo. A continuación, se describen cada uno de los constructos.

Justicia distributiva

Fue la primera que se utilizó para definir el concepto de justicia organizacional. Este tipo hace referencia a las percepciones que tienen los trabajadores sobre las recompensas obtenidas y que evalúan en relación con ciertas reglas de distribución. Una de estas reglas para evaluar la justicia distributiva es la *igualdad*. Esta regla sugiere que todos los individuos deben tener la misma oportunidad para alcanzar una recompensa dada. Otra de las reglas es la *necesidad*, la cual señala que las recompensas deben ser distribuidas conforme a la necesidad individual. Que los sujetos reciban lo que necesitan, definiría lo justo. Sin embargo, la regla que prevalece es la de la equidad, que implica la comparación entre lo que se aporta y se obtiene en comparación con lo que otros aportan y obtienen (Mladinic e Isla, 2011).

La justicia distributiva tiene su base en la teoría de la equidad de Adams puesto que las distribuciones que no se consideran equitativas modifican las emociones de los trabajadores, promueven una percepción negativa de la empresa y un cambio de conducta personal. Otro aspecto que se ve afectado por la percepción de inequidad es la actitud, que no sólo se refiere a salarios bajos, sino también a aquellas situaciones en que los trabajadores se sienten sobrepagados. Por lo tanto, esta dimensión de la justicia en la organización se deriva de la equidad en los salarios o las promociones en comparación con el desempeño, la responsabilidad o el nivel educativo del trabajador. En definitiva, es un *feedback*, un intercambio entre dos partes: trabajador y empresa.

Justicia procedimental

La justicia procedimental concierne a los procedimientos y procesos por los que se consiguen los resultados u objetivos en el trabajo. Esta segunda dimensión de la justicia organizacional proviene de las teorías de Thibaut y Walker (1975), quienes en una investigación de laboratorio compararon las reacciones de los trabajadores en función de los procedimientos utilizados para resolver conflictos. En este trabajo descubrieron que las personas no sólo se preocupaban por la distribución de los resultados, sino que también daban importancia a los criterios y procedimientos adoptados para conseguirlos, hasta el punto de llegar a aceptar resultados poco favorables si consideraban que los procedimientos para alcanzarlos habían sido justos. Los procedimientos justos eran aquellos en los que las personas podían expresar su opinión. Leventhal (1980) planteó que los procedimientos justos debían cumplir los siguientes criterios:

- La aplicación debe ser consistente para todas las personas.
- Estar libres de sesgos. La información utilizada para poder seguir los procedimientos debe ser fiable, coherente y válida.
- Deben existir procedimientos alternativos para detectar y corregir actuaciones sesgadas.
- Ajustarse a los estándares de ética y moralidad que prevalecen en el grupo.
- Tomarse en consideración las opiniones de los grupos que pudieran resultar afectados por las decisiones.

Finalmente, la justicia procedimental es una dimensión clave en el constructo de justicia organizacional, dado que favorece el que los trabajadores se impliquen de manera activa en la organización, aumentando así su motivación y rendimiento laboral.

Justicia interaccional: justicia interpersonal y justicia informacional

A partir de la justicia de los procedimientos, Greenberg (1993) identifica una nueva clase de justicia organizacional relacionada con el trato y las explicaciones que reciben los empleados acerca de los procedimientos formales utilizados en el trabajo. Este tipo de justicia, denominada justicia interaccional, describe la percepción de los trabajadores respecto al trato recibido por los supervisores. En concreto se refiere a la información que reciben sobre los nuevos procesos que se implantan en las organizaciones. Según Bies y Moag (1986) los trabajadores, en la aplicación de los procedimientos, también atienden al trato recibido, al ser un elemento añadido que influye sobre la percepción de justicia organizacional. De modo que no es sólo significativo lo que se comunica para la toma de decisiones, sino también el cómo se transmite. Siguiendo a estos autores, la justicia interaccional se concreta en cuatro procesos informativos: 1) veracidad de la información, 2) respeto al interlocutor, 3) adecuación y conveniencia de las preguntas a realizar, y 4) justificación adecuada de lo transmitido. Por lo tanto, la justicia interaccional guarda relación con el lado más humano de las prácticas organizacionales, ya que está directamente asociada a los comportamientos, sentimientos y actitudes del personal de la organización.

Posteriormente, y a partir de los postulados de Cropanzano y Greenberg (1997), surge la necesidad de dividir este tipo de justicia en dos componentes diferenciados que muestran efectos independientes: justicia interpersonal y justicia informacional.

La justicia interpersonal se refiere al grado en que las personas se sienten tratadas con cortesía, dignidad y respeto por parte de los jefes inmediatos o superiores. Este tipo de justicia actúa principalmente en las reacciones de los empleados frente a las decisiones tomadas por la empresa. Por otro lado, la justicia informacional se centra en las explicaciones facilitadas a los trabajadores sobre las razones que justifican la implementación de ciertos procedimientos o el por qué se distribuyeron las recompensas en cierta forma. La justicia informacional actúa sobre todo modificando las reacciones a

los procedimientos, ya que las explicaciones facilitan la información necesaria para evaluar los aspectos estructurales de dicho proceso de toma de decisiones (Mladinic e Isla, 2011). Ambas variables han sido poco estudiadas en México, por lo que el objetivo del presente estudio fue relacionar la interacción trabajo-familia y la justicia organizacional en trabajadores de la Ciudad de México.

MÉTODO

Participantes

La muestra se conformó de 113 personas de 36 años en promedio ($DE=12$), 57 mujeres y 56 hombres; la escolaridad reportada con más frecuencia fue licenciatura (40%), seguida por bachillerato (25%). Entre los participantes, el estado civil más frecuente fue casado (45%), seguido por soltero (37%). Las personas con hijos mencionan que tienen dos; el 36% de la muestra reporta no tener hijos; también declaran que en la mayoría de los casos dos personas dependen económicamente de ellos.

Los participantes reportan 40 horas de trabajo a la semana ($DE=17$), con un contrato laboral por tiempo indefinido (79%); bajo la supervisión de un hombre como su jefe directo, las personas laboran en su lugar de trabajo desde hace seis años aproximadamente.

En lo referente a la familia, dos personas aportan dinero para solventar los gastos; los participantes señalan que en promedio realizan tres horas de trabajo doméstico al día ($DE=2$), 36% de los participantes reportan ser los responsables de las labores domésticas; mientras que otro 36% afirma que otra persona se encarga del hogar y sólo 2% cuenta con ayuda externa para dichas labores.

Instrumentos

Para medir la interacción trabajo-familia, se utilizó el cuestionario de auto-reporte SWING - M de Montero et al. (2019), que cuenta con 22 reactivos

cuyo formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos tiene un valor $\alpha=.80$; este instrumento explica 57% de la varianza, evalúa la existencia de interacción trabajo a familia y familia a trabajo con la carga que tenga, ya sea positiva o negativa.

Para la variable Justicia Organizacional se utilizó la escala de justicia organizacional de Colquitt (2001), desarrollada para investigar las dimensiones propuestas por Greenberg (1987) y validar una nueva medida de justicia. Colquitt (2001) en su estudio realizó un análisis factorial confirmatorio, para comparar posteriormente diferentes modelos de uno, dos, tres y cuatro factores con el método de máxima verosimilitud en el programa EQS. Los resultados demostraron que el modelo que mejor ajustaba era el que incluía cuatro dimensiones.

La escala está compuesta por veinte ítems distribuidos en cuatro dimensiones: justicia distributiva, constituida por siete ítems; justicia procedimental, compuesta por cuatro ítems; justicia interpersonal, consta de cuatro ítems, y justicia informativa formada por cinco ítems.

Procedimiento

Se convocó a las personas en lugares públicos de trabajo, estudio y recreación para que en primer lugar leyeran el consentimiento informado; una vez que aceptaban responder, se les proveía de los dos instrumentos que contestaron de manera individual; se les aseguró el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. Los voluntarios tardaron entre 15 y 20 minutos en responder.

Análisis de información

Las respuestas de los participantes fueron procesadas en el paquete SPSS v. 21. Para buscar la relación entre las variables se llevó a cabo un coeficiente de correlación de producto-momento de Pearson. Los datos sociodemográficos fueron analizados mediante frecuencias y estadísticas descriptivas.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el estudio. En la Tabla 1 se pueden observar las medias obtenidas por la muestra en cada factor de los instrumentos, en la que se observa la puntuación de los factores de justicia por arriba de la media teórica, un indicio de que la muestra tiene una percepción positiva de la justicia en su trabajo. Para la interacción familia a trabajo y trabajo a familia (positiva y negativa), las medias de la muestra sólo se superan en algunos factores. En la Tabla 2, se presentan las relaciones entre los factores que fueron encontradas.

TABLA 1
Medias de los factores de justicia organizacional e interacción familia a trabajo y trabajo a familia

	<i>Justicia procedimental</i>	<i>Justicia distributiva</i>	<i>Justicia interpersonal</i>	<i>Justicia informacional</i>	<i>Interacción negativa trabajo a familia</i>	<i>Interacción negativa familia a trabajo</i>	<i>Interacción positiva trabajo a familia</i>	<i>Interacción positiva familia a trabajo</i>
M	14.71	10.42	11.81	13.24	2.66	2.66	2.85	2.20
DE	3.80	3.13	3.06	4.01	1	.50	1.80	.69
Mín	5	1	2	3	1	1	4	2
Máx	23	16	16	20	8	4	5	5

Nota: Tabla de creación original.

Se puede observar en la Tabla 2 que la justicia informacional no presenta relaciones significativas con ninguna variable de la interacción trabajo-familia. Es decir, para la muestra de este estudio, no son relevantes las explicaciones facilitadas a los trabajadores sobre las razones que justifican la implementación de ciertos procedimientos o por qué se distribuyeron las recompensas en cierta forma.

La justicia distributiva se refiere a las percepciones que obtienen los trabajadores sobre las recompensas obtenidas y que evalúan en relación con ciertas reglas de distribución (igualdad y necesidad); se relaciona con la

interacción negativa familia a trabajo ($r=.208$; $p<0.005$) y con la interacción positiva trabajo a familia ($r=.206$; $p<0.005$); en el primer caso, posiblemente porque no se reconoce la necesidad de apoyo extra, y en el segundo, por alguna recompensa otorgada, como se observa en la Tabla 2.

De la misma manera se aprecia que la justicia interpersonal, es decir, cuando las personas se sienten tratadas con cortesía, dignidad y respeto por sus superiores, tiene relación con la interacción positiva trabajo a familia ($r=.200$; $p<0.005$), y es factible porque establece un clima emocional positivo para los individuos.

En último lugar está la justicia procedimental, que incluye los procedimientos y procesos por los que se consiguen los resultados u objetivos en el trabajo, la cual tiene una relación con la interacción positiva trabajo a familia ($r=.346$; $p<0.001$), es decir, el trabajador utiliza procesos similares para obtener resultados en su esfera personal, como se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2

Correlaciones entre los factores de justicia organizacional e interacción familia a trabajo y trabajo a familia

	<i>Justicia procedimental</i>	<i>Justicia distributiva</i>	<i>Justicia interpersonal</i>	<i>Justicia informacional</i>
Interacción negativa trabajo a familia	.057	.083	-.103	-.048
Interacción negativa familia a trabajo	.138	.208*	-.151	-.015
Interacción positiva trabajo a familia	.346**	.206*	.200*	.042
Interacción positiva familia a trabajo	.179	.045	.130	.007

* $p<0.05$; ** $p<0.001$. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

La familia como grupo debe ser capaz de atender sus propias necesidades; sin embargo, el desequilibrio entre las responsabilidades familiares y la esfera del trabajo representan dificultades a enfrentar; que le impiden lograrlo (Oli-va y Villa, 2014). De acuerdo con lo anterior y según los cambios recientes en

la normatividad del marco legal en México, este estudio pretende dar luz a una relación entre variables que puedan mejorar las condiciones de trabajo para las personas, fomentando tanto la productividad como la salud mental.

Los participantes de este estudio fueron en su mayoría jóvenes, con escolaridad superior y media superior, quienes declararon que al menos dos personas dependían económicamente de ellos, aunque también dos personas aportaban económicamente al hogar. La mayoría de los participantes trabajaban bajo condiciones estables (contrato indefinido), con jornadas estándar (media=40 horas). No hay una sobrecarga en lo relacionado al trabajo doméstico, pues mencionaron que entre ellos y alguien más cumplían dichas labores. Como se puede observar, las condiciones de trabajo y de responsabilidades familiares de la muestra parecen ser bastante aceptables, sin largas jornadas de trabajo o sobrecarga de cuidados, posiblemente un motivo por el que las relaciones encontradas se centran en interacciones positivas trabajo a familia o familia a trabajo.

Los resultados coinciden con las investigaciones. A continuación se expondrán las relaciones encontradas; a manera de conclusión, serán propuestas ciertas medidas para facilitar las interacciones positivas entre ambas esferas: trabajo y familia. Madero (2010) resalta que los factores para el desarrollo profesional de la población mexicana son el nivel educativo, las habilidades de comunicación, el apoyo familiar y el equilibrio entre la esfera familiar y laboral.

En este sentido, se cumple el objetivo del presente estudio, que consistió en relacionar la interacción trabajo-familia y la justicia organizacional en trabajadores de la Ciudad de México. Se da inicio por las relaciones encontradas para la justicia distributiva, cuando se asocia a la interacción positiva trabajo a familia, ya que respalda la literatura que menciona el efecto favorable de esto. Rodríguez et al. (2012) encuentran que existe una relación positiva entre el *engagement* y la interferencia positiva trabajo a familia y familia a trabajo. Consideran que las habilidades aprendidas en una esfera pueden usarse en la otra y de esta manera crear más habilidades que favorezcan el bienestar de los trabajadores. En México se encontraron resultados simila-

res, ya que la interacción negativa familia a trabajo correlaciona negativamente con los tres elementos del *engagement* (Ordaz, 2018).

Respecto a la relación entre este mismo tipo de justicia y la interacción negativa familia a trabajo, las investigaciones mencionan que la principal fuente de conflicto entre la esfera familiar y laboral es ocasionada por el estrés organizacional. El horario laboral habitual, la sobrecarga de trabajo percibida y la ambigüedad de rol son factores que pueden provocar estrés (Rhnima y Núñez, 2014).

Para la relación entre la justicia interpersonal y la interacción positiva trabajo a familia, De Oliveira y Salles (2000) postulan que el trabajo debe de cumplir la satisfacción de necesidades tanto del individuo como de los miembros de su familia, pues cuando dichas necesidades están resueltas se renueva la capacidad del trabajador y puede regresar a la fuerza de trabajo, reorganizado y dispuesto a dar su máximo esfuerzo.

De igual forma, la interacción trabajo a familia tiene fuerte relación con la satisfacción del trabajo y el compromiso organizacional, al ser moderada por la preferencia que tenga la persona hacia la esfera familiar o laboral. Aquellos que prefieren la esfera familiar tienen más riesgo de salir de la organización y presentar bajos niveles de actitud hacia el trabajo, si no se les presta atención a sus necesidades familiares, en comparación con aquellos que priorizan el trabajo (Carr et al., 2008).

En último lugar, la relación entre la justicia procedimental y la interacción positiva trabajo a familia se puede entender desde la perspectiva de la teoría del intercambio social (Blau, 1964, en Andrade, 2018). En cuanto los empleados perciben que los procedimientos (por ejemplo, la política de toma de decisiones participativa) implementados por la organización son justos, podrían estar inclinados a “regresar el favor” a la organización a través de actitudes positivas hacia ésta, como el compromiso organizacional (Grant et al., 2008, en Andrade, 2018). Los colaboradores valoran esta dimensión como un aspecto estructural en la organización (Andrade, 2018) y la posibilidad de una relación a largo plazo con ella (Judge y Colquitt, 2004), por lo tanto, su percepción de compromiso es mayor.

Para terminar este ensayo, se proponen algunas prácticas organizacionales que favorezcan la interacción positiva trabajo a familia y familia a trabajo. Rodríguez et al. (2012) consideran que evitar que los empleados realicen trabajos pendientes en sus hogares; limitar el número de horas extras de trabajo; ajustar horarios que permitan conciliar la vida personal con la vida laboral, son prácticas que permiten a los empleados percibir a la organización interesada en sus vidas, más allá de sus muros y tareas. Estas acciones requieren el compromiso de la organización y la corresponsabilidad de los empleados, para lograr poco a poco el cumplimiento de la NOM-035-STPS-2018 y las recomendaciones de la OIT. A nivel macro es necesario que se disminuyan las condiciones de precarización del trabajo y el ambiente VUCA (volatilidad, incertidumbre, complejidad y ambigüedad, por sus siglas en inglés) que es tan común en la actualidad.

En cuanto a las implicaciones prácticas de la investigación, se propone que los especialistas en recursos humanos denoten la importancia de trabajar en programas de desarrollo de competencias de liderazgo; competencias orientadas a que los diferentes jefes o supervisores en una organización tengan un mejor trato hacia sus colaboradores o subordinados, brindándoles respeto, honestidad, dignidad y cortesía. Lo anterior, en cuanto que este tipo de trato/interacción es el que ayuda a generar en los empleados percepciones de justicia y, por esta vía, contribuye a disminuir los niveles de conflicto trabajo-familia (o interacción negativa trabajo a familia) que estos últimos presenten.

Es importante para las organizaciones tratar de minimizar los niveles de conflicto entre el trabajo y la familia, pues dichos niveles suelen relacionarse con fenómenos contraproductivos como el estrés y el agotamiento de los empleados (Amstad et al., 2011), pérdida de salud física, así como provocar en los trabajadores menores niveles de satisfacción laboral y mayores niveles de rotación (O'Neill y Davis, 2011).

REFERENCIAS

- Andrade Navia, J. M. (2018). *El papel mediador de la percepción de justicia organizacional en la relación entre el liderazgo transformacional y el conflicto trabajo-familia* [Tesis de maestría, Universidad de Manizales].
- Amstad, F. T., Meier, L. L., Fasel, U., Elfering, A. y Semmer, N. K. (2011). A meta-analysis of work-family conflict and various outcomes with a special emphasis on cross-domain versus matching-domain relations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(2), 151-169.
- Bies, R. J. y Moag, J. F. (1986). Interactional justice: Communication criteria of fairness. En R. J. Lewicki, B. H. Sheppard y M. H. Bazerman (Eds.), *Research on negotiations in organizations*, 1, 43-55. JAI Press.
- Campbell-Clark, S. (2000). Work/family border theory: A new theory of work/family balance. *Human Relations*, 53(6), 747-770. DOI: 10.1177/0018726700536001.
- Carr, J. C., Boyar, S. L. y Gregory, B. T. (2008). The moderating effect of work-family centrality on work-family conflict, organizational attitudes, and turnover behavior. *Journal of Management*, 34(2), 244-262.
- Colquitt, J. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Cropanzano, R. y Greenberg, J. (1997). Progress in organizational justice: Tunneling through the maze. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 12, 317-372.
- Cropanzano, R., Rupp, D. E., Mohler, C. J. y Schminke, M. (2001), "Three roads to organizational justice". *Research in Personnel and Human Resources Management* (vol. 20, pp 1-113). Emerald Group Publishing. DOI: 10.1016/S0742-7301(01)20001-.
- De Oliveira, O. y Salles, V. (2000). Reflexiones teóricas para el estudio de la reproducción de la fuerza de trabajo. En E. de la Garza Toledo (Coord.), *Tratado Latinoamericano de Sociología del Trabajo* (pp, 619-643). El Colegio de México, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma Metropolitana, Fondo de Cultura Económica.
- Ferris, D., Spence, J. R., Brown, D. J. y Heller, D. (2012) Interpersonal Injustice and Workplace Deviance: The Role of Esteem Threat. *Journal of Management*, 38(6). DOI: 10.1177/0149206310372259.

- Gershon, R. R., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., Macdavitt, K. y Shin-Shang, C. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: A systematic review. *Industrial Health*, 45(5), 622-636.
- Geurts, S., Taris, T. W., Kompier, M., Dikkers, J., Van Hooff, M. y Kinnunen, U. (2005). Work-home interaction from a work psychological perspective: Development and validation of a new questionnaire, the SWING. *Work & Stress*, 19(4), 319-339.
- Greenberg, J. (1987). A taxonomy of organizational justice theories. *Academy of Management Review*, 12(1), 9-22.
- Greenberg, J. (1993). Justice and organizational citizenship: A commentary on the state of the science. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 6(3), 249-256.
- Greenberg, J. y Colquitt, J. (2005). *Handbook of organizational justice*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Greenhaus, J. H., Collins, K. M. y Shaw, J. D. (2003). The relation between work-family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior*, 63(3), 510-531.
- Guerrero, J. (2003). Los roles no laborales y el estrés en el trabajo. *Revista Colombiana de Psicología*, 12, 73-48.
- Hemingway, M. A. y Smith, C. S. (1999). Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(3), 285-299.
- Judge, T. A. y Colquitt, J. A. (2004). Organizational Justice and Stress: The Mediating Role of Work-Family Conflict. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 395-404.
- Kyei-Poku, I. (2014). The benefits of belongingness and interactional fairness to interpersonal citizenship behavior. *Leadership & Organization Development Journal*, 35(8), 691-709. DOI: 10.1108/LODJ-09-2012-0117.
- Leventhal, G. S. (1980). What should be done with equity theory? New Approaches to the Study of Fairness In Social Relationships. En K. J. Gergen, M. S. Greenberg y R. H. Willis (Eds.), *Social exchange* (pp. 27-55). Springer.
- Madero, S. (2010). Factores relevantes del desarrollo profesional y de compensaciones en la carrera laboral del trabajador. *Contaduría y Administración*, (232), 109-130.
- Mladinic, A. e Isla, P. (2011). Justicia organizacional: entendiendo la equidad en las organizaciones. *Psykhé*, 11(2), 171-179.

- Montero, N., Muñoz, I. A., Velasco, P. W. y Rivera, S. (2019). Validación del cuestionario SWING - M en trabajadores mexicanos. En prensa.
- Murphy, S. E. y Zagorski, D. A. (2005). Enhancing work-family and work-life interaction: The role of management. En D. F. Halpern y S. E. Murphy (Eds.), *Enhancing work-family and work-life interaction: The role of management* (pp. 27-47). Routledge.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018. Recuperado de: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009). Trabajo y familia: ¡Compartir es la mejor forma de cuidar! Recuperado de: https://www.ilo.org/gender/Events/Campaign2008-2009/WCMS_101750/lang-es/index.htm.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1981). C156 - Convenio sobre los trabajadores con responsabilidades familiares. Recuperado de: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C156.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1981) OIT: R165 - Recomendación sobre los trabajadores con responsabilidades familiares. Recuperado de: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R165.
- O'Neill, J. W. y Davis, K. (2011), Work stress and well-being in the hotel industry. *International Journal of Hospitality Management*, 30(2), 385-390.
- Ordaz, A. (2018). Interacción trabajo-familia y engagement en trabajadores de la Ciudad y el Estado de México [Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza].
- Oliva, E. y Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.
- Rhnima, A. y Núñez Grapain, J. F. (2014). La articulación empleo-familia: análisis del apoyo social como factor regulador. *CIENCIA ergo-sum. Revista Científica Multidisciplinaria de Prospectiva*, 21(1), 9-20.
- Rodríguez, R., Vélez, M. y Meléndez, M. (2012). El engagement y la interacción familia-trabajo: un estudio exploratorio. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional*, 31(2), 73-84.
- Rose, R. C., Beh, L., Uli, J. e Idris, K. (2006). Quality of work life: implications of career dimensions. *Journal of Social Sciences*, 2(2), 61-67.

- Thibaut, J. W. y Walker, L. (1975). *Procedural justice: A psychological analysis*. L. Erlbaum Associates.
- Ugarteburu Gastañares, I., Cerrato Allende, J. y Ibarretxe Zorriquetta, R. (2008). Transformando el conflicto trabajo/familia en interacción y conciliación trabajo/familia. *Lan Harremanak: Revista de Relaciones Laborales*, (18), 17-41.

SUCESOS DE VIDA EN LA ADOLESCENCIA: UNA COMPARACIÓN ENTRE HOMBRES Y MUJERES DE MÉRIDA, YUCATÁN

María Teresa Morales Manrique^{1}*

*María José Campos Mota**

*Mirta Margarita Flores Galaz**

El bienestar físico y mental de los adolescentes es uno de los temas esenciales en la agenda de la Organización Mundial de la Salud ([OMS] 2019) y de sus países miembros, ya que, para esta organización mundial, los adolescentes son precisamente el elemento clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030. La adolescencia constituye un periodo del desarrollo humano, caracterizado por cambios físicos y psicológicos y que se enmarca en un contexto social específico. Muus et al. (1995), teórico de la adolescencia, definió este periodo a nivel sociológico y psicológico como un tiempo de transición y adaptación. Autores de la psicología del desarrollo como Papalia y colaboradores (2010) definen a la adolescencia como “una construcción social”, debido a que en las sociedades preindustriales no existía dicho concepto. De acuerdo con la OMS (2019), la adolescencia es una etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, e involucra a la vez cambios a nivel físico, emocional y social.

Es esperado que durante esta etapa se presenten cambios en diferentes áreas de la vida. Sin embargo, también pueden presentarse situaciones que provoquen impactos negativos importantes en el desarrollo de los adolescentes, provenientes de sus experiencias en ámbitos externos (sus relaciones con la familia, las amistades, la escuela y la comunidad), así como de factores internos, psicosociales (pensamientos y creencias, emociones, senti-

¹ Contacto: maria.morales@correo.uady.mx.

* Universidad Autónoma de Yucatán.

mientos y conductas) (Eryilmaz, 2012; Fuentes et al., 2015). A esas experiencias o acontecimientos que ocurren al individuo, a su contexto familiar o entorno comunitario y que tienen potencial para generar estrés se les conocen como sucesos de vida (Plunkett et al., 2000). Algunos ejemplos de esos acontecimientos pueden ser la pérdida de personas significativas, las buenas o malas experiencias escolares, distintos cambios socioculturales, entre otros.

Los sucesos de vida constituyen factores psicosociales de riesgo para los adolescentes debido a la etapa que atraviesan. Estas situaciones, dependiendo de las condiciones personales o contextuales del adolescente, pueden convertirse en un estresor y perturbar de manera negativa, directa o indirectamente su salud emocional o física (Barcelata et al., 2012; Plunkett et al., 2000). Los sucesos de vida pueden añadir una dosis extra de estrés que disminuye la actividad vital de los adolescentes y aumenta el riesgo de desarrollar conflictos emocionales. Algunos eventos, como las discusiones entre padres y hermanos, pueden hacerse más complicados o críticos, y en este sentido ser estresores crónicos, dada su frecuencia, intensidad o duración, generando ansiedad e incrementando sus niveles al grado de provocar problemas en la salud integral del adolescente (Barcelata et al., 2004).

Un suceso de vida es un acontecimiento que tiene el potencial de producir estrés, por lo que su valoración es un factor básico en los procesos adaptativos (Barcelata et al., 2012). La literatura hace una diferencia entre eventos no normativos, es decir, sucesos que no suelen ser experimentados por la mayoría de los chicos y las chicas de esas edades, como es el caso de la muerte o divorcio de los padres, ingreso en prisión de algún miembro de la familia, el embarazo propio o de la pareja y el desempleo parental. Por otro lado, están los eventos que se consideran de carácter normativo, las cuales son parte de la vida de la mayor parte de los adolescentes, como el cambio de escuela, y conflictos entre los padres y con los pares (Jiménez et al., 2008). Estos eventos resultan vivencias de importancia y relevancia para los adolescentes que las experimentan, pudiendo ser reconocidas como importantes o psicológicamente sanas dentro del proceso de desarrollo evolu-

tivo; o bien pueden alterar el ajuste psicológico y el bienestar personal físico y psicosocial cuando se interpretan como inadecuadas con respecto a la insuficiente madurez para afrontarlas (Sánchez, 2017). Diferentes autores coinciden en que evaluar los sucesos de vida que enfrentan los adolescentes constituye una forma de identificar los tipos de estresores y fuentes de estrés, sus efectos sobre la salud física y psicológica de los mismos (Daniel et al., 2016; Eggum et al., 2017; Ávila et al., 2006).

En México, la población joven, entre los 15 y los 29 años, representa poco más de la cuarta parte: 30.6 millones, 25.7% de la población a nivel nacional, 35.1% son adolescentes (entre los 15 y los 19 años de edad) y en Yucatán, 26.5% de población corresponde a jóvenes (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2015). La Encuesta Estatal de Adicciones Yucatán (2014), realizada a 225 775 adolescentes entre los 12 y los 17 años de edad (114 386 hombres y 111 389 mujeres) mostró que el inicio del consumo de drogas en hombres corresponde al 36.6% en el rango de 15 a los 17 años. En el caso de las mujeres, la edad de inicio en menores de 18 años fue de 45.8%. Una implicación importante del consumo es que los trastornos por abuso de sustancias están asociados con ideación, planeación e intento suicida (Natera, 2015).

El inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas, durante las primeras décadas de vida. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, realizada en México en 2003 (Medina-Mora et al., 2003) reportó que 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años, mientras que 10.5% de los adolescentes de entre 12 y 17 años presentaron depresión mayor, distimia y trastorno bipolar I y II. Una problemática fuertemente asociada a la depresión es el suicidio, en la población entre los cinco y los 19 años de edad, pues representó 7% de las muertes por lesiones de causa externa entre 1998 y 2011 (Veytia et al., 2012). En Yucatán la tasa de suicidios en jóvenes se ha incrementado en los últimos años.

Diferentes estudios han encontrado relación positiva entre sucesos de vida negativos y problemas internalizados (Eggum et al., 2017); conducta y pensamiento suicida (Daniel et al., 2016); depresión (Mackin et al., 2017);

consumo de alcohol (Cheney et al, 2018), y drogas ilícitas (Carliner et al., 2016). Asimismo, se han encontrado diferencias en los sucesos estresantes vividos de acuerdo con el sexo de los adolescentes y el nivel socioeconómico al que pertenecen; en los niveles socioeconómicos bajos, los hombres, a diferencia de las mujeres, reportan mayor porcentaje de sucesos (Lucio et al., 2001). El presente estudio tiene como objetivo describir los sucesos de vida a los que se han enfrentado los adolescentes y establecer las diferencias de acuerdo con el sexo en presencia de los sucesos de vida experimentados.

MÉTODO

Participantes

Fueron seleccionados 1 322 alumnos mediante un muestreo no probabilístico por cuota de secundarias (702) y preparatorias (620) públicas de la Ciudad de Mérida; 644 hombres y 678 mujeres, con una media de edad de 14.64 años y una desviación estándar de 1.88. Todos los participantes forman parte de familias biparentales.

Instrumentos

Escala de Sucesos de Vida, elaborada por Casullo (1998), consta de 50 ítems referida a distintos eventos vitales. En ella, el participante identifica los sucesos que realmente le han ocurrido durante el transcurso de su vida y valora en una escala de cinco puntos en un formato tipo Likert, que va de 1, que corresponde a nada; 2, poco; 3, algo; 4, bastante, y 5, mucho impacto. Al tomar como referencia las categorías que utiliza Lin (1986), los eventos se agrupan en siete diferentes áreas: familia, salud, trabajo, problemas personales, escuela, afecto y pareja, y legal. Estudios previos que han empleado la escala de Sucesos de Vida de Casullo, han reportado índices de confiabilidad con alfas de entre .60 y .80 para cada una de las subescalas y para la escala total (Cardozo y Alderete, 2009; Brizzio y Carreras, 2007).

Procedimiento

Para la administración del instrumento se siguieron las normas del Código Ético del Psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007). De esta manera, con el previo consentimiento de las autoridades de la Secretaría de Educación y de los directores de cada una de las escuelas participantes, se acudió a los diferentes salones y a los alumnos participantes se les explicó el objetivo del estudio y se les informó sobre la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. El tiempo promedio de respuesta fue de 25 minutos.

RESULTADOS

Los resultados descritos a continuación son únicamente de los eventos que se reportaron con mayor frecuencia por los participantes. El análisis se realizó utilizando el *Statistical Package for the Social Sciences* (versión 22.0); es importante mencionar que se describe en primer lugar el porcentaje de ocurrencia del suceso de vida y si en la actualidad continúa afectando, para cada una de las áreas: familia, salud, trabajo, problemas personales, escuela, afecto y pareja, y legal.

En el área de familia, los sucesos que con mayor frecuencia han vivido los adolescentes son los siguientes: la muerte de algún abuelo (54.2%), situación que aún afecta a 25.2%; mudanzas (22.6%), que afecta a 9.8%, y problemas familiares graves (17.4%), situación que afecta a 26.6% de los adolescentes (véase Tabla 1).

En relación con los sucesos de vida en el área de salud, son las enfermedades físicas propias o de personas cercanas como familiares y amigos las que se les han presentado con mayor frecuencia y siguen afectando a los adolescentes. En menor porcentaje se reportan situaciones como abuso de alcohol o drogas en alguno de los padres (9.2%) y problemas personales en relación con alcohol o drogas (5.4%) que afectan hasta 35.5% y 35.1%, respectivamente (véase Tabla 2).

TABLA 1
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área familia

<i>Sucesos de vida - Familia</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Muerte del padre	13	1.0%	2	15.4%
Muerte de la madre	11	8.0%	0	0
Muerte de algún hermano/a	76	5.7%	22	28.9%
Muerte de algún abuelo/a	716	54.2%	179	25.2%
Desaparición de algún familiar (no saber en dónde está)	81	6.1%	17	21%
Divorcio o separación de los padres	98	7.4%	18	18.9%
Divorcio o separación de algún hermano/a	38	2.9%	9	21.4%
Mudanzas	299	22.6%	29	9.8%
Problemas familiares graves	230	17.4%	61	26.6%
Divorcio o separación personal	32	2.4%	6	18.2%

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 2
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área de la salud

<i>Sucesos de vida - Salud</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermedad física propia, seria, importante	370	28%	92	25%
Enfermedad física seria de algún hermano/a	248	18.8%	39	15.8%
Enfermedad física seria del padre	259	19.6%	56	21.9%
Enfermedad física seria de la madre	226	17.1%	46	20.7%
Enfermedad física seria de algún amigo/a	331	25%	40	12%
Enfermedad psíquica de algún hermano/a	72	5.4%	24	33.8%
Enfermedad psíquica del padre	41	3.1%	6	15%
Enfermedad psíquica de la madre	56	4.2%	13	24.1%
Enfermedad psíquica de algún pariente	163	12.3%	35	21.1%
Enfermedad psíquica de algún amigo/a	121	9.2%	21	17.5%
Abuso de alcohol o drogas de algún hermano/a	57	4.3%	12	21.4%
Abuso de alcohol o drogas de alguno de los padres	121	9.2%	44	35.5%
Problemas personales en relación con alcohol o droga	72	5.4%	26	35.1%
Haber sufrido un accidente serio	139	10.5%	23	16.4%

Nota: Tabla de creación original.

En el área del trabajo, los adolescentes han vivido serios problemas económicos familiares (26.2%), situación que afecta a 31.7%, en menor porcentaje reportaron tener dificultades para conseguir trabajo (5.1%), que aún afecta a 23.8% (véase Tabla 3).

TABLA 3
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área del trabajo

<i>Sucesos de vida - Trabajo</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Alguno de los padres despedidos o sin empleo	168	12.7%	33	19.5%
Serios problemas económicos familiares	347	26.2%	111	31.7%
Tener dificultades para conseguir trabajo	67	5.1%	15	23.8%
No poder conservar por mucho tiempo un trabajo	44	3.3%	11	.8%

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 4
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área de los problemas personales

<i>Sucesos de vida - Problemas personales</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Problemas psicológicos personales importantes	211	16%	64	30.5%
Desaparición de algún amigo/a (no saber en dónde está)	99	7.5%	11	11.1%
Estar separado/a de un ser querido	281	21.3%	106	37.9%
Dificultades para tener amigos/as	246	18.6%	86	35%
Problemas de fe (crisis religiosa)	146	11%	41	27.7%
Intentar quitarme la vida	76	5.7%	19	25%
Sentirme amenazado o perseguido por alguien	97	7.3%	30	30.6%
Saber que soy adoptado	24	1.8%	2	8%
Haber sido golpeado/a, duramente castigado/a	101	7.6%	11	10.8%
Haber tenido pensamientos suicidas	201	15.2%	46	23%

Nota: Tabla de creación original.

En cuanto a los problemas personales vividos, los adolescentes reportan como mayor frecuencia estar separado/a de un ser querido (21.30%), que aún afecta a 37.90%; dificultades para tener amigos/as (18.60%), que perjudica a 35%; problemas psicológicos personales importantes (16%) que afecta a 30.50%, y haber tenido pensamientos suicidas(15.20%) que aún afecta a 23% (véase Tabla 4).

En el área de la escuela, los adolescentes reportan vivir con mayor frecuencia confusión vocacional, no saber qué estudiar (33.1%) situación que sigue afectando a 46.2% y problemas para aprender en la escuela/colegio/universidad (22.2%) que aún afecta a 31.4% (véase Tabla 5).

TABLA 5
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área de la escuela

<i>Sucesos de vida - Escuela</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Problemas personales con algún docente	134	10.1%	24	18.2%
Problemas para aprender en la escuela/colegio/universidad	293	22.2%	93	31.4%
Confusión vocacional, no saber qué estudiar	437	33.1%	203	46.2%
Problemas de disciplina en la escuela/colegio/universidad	196	14.8%	67	33.5%

Nota: Tabla de creación original.

En relación con el área de afecto y pareja, la situación más reportada fue la ruptura del noviazgo o de pareja (26.40%), la cual aún afecta a 23%; dificultades para tener pareja (14.80%) que aún afecta a 37.70%, y la muerte de algún amigo/a (11.30%) que perjudica a 21.70% (véase Tabla 6). Finalmente, se reportan problemas que implicaron la participación de la policía (10.9%) en el área legal (véase Tabla 7).

TABLA 6
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área de afecto y pareja

<i>Sucesos de vida - Afecto y pareja</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Embarazo no deseado	26	2%	4	17.4%
Aborto	19	1.4%	6	30%
Violación	26	2%	5	20%
Alguna experiencia sexual desagradable, traumática	49	3.7%	8	17.8%
Muerte de algún amigo/a	149	11.3%	33	21.7%
Ruptura del noviazgo o de pareja	349	26.4%	80	23%
Dificultades para tener pareja	195	14.8%	75	37.7%

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 7
Distribución de frecuencias de Sucesos de vida en el área legal

<i>Sucesos de vida - Legal</i>	<i>Le ha pasado</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Sigue afectando</i>	<i>Porcentaje</i>
Problemas que implicaron la participación de la policía	144	10.9%	22	15.4%

Nota: Tabla de creación original.

Posteriormente, se realizó un análisis de diferencias según los sucesos de vida de los participantes, de acuerdo con el sexo y según si dichos sucesos aún afectaban o no, por medio de una distribución *ji* cuadrada. Los resultados mostraron diferencias significativas en los acontecimientos que concierne al área de la salud: enfermedad propia ($\chi^2=5.66$, $p=.017$), a las mujeres aún afecta este suceso (30.7%, $f=58$); enfermedad física del padre ($\chi^2=4.01$, $p=.045$), de igual manera, este acontecimiento de vida aún perjudica a las mujeres (27.5%, $f=36$). En el área de problemas personales: dificultades psicológicas personales importantes ($\chi^2=6.05$, $p=.014$), aún afecta a las mujeres (37.4%, $f=43$). Finalmente, en el área familiar: la muerte de la abuela o el abuelo ($\chi^2=4.01$, $p=.045$), que todavía afecta a las mujeres (28.5%, $f=100$).

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio permiten evidenciar que los adolescentes yucatecos experimentan con mayor frecuencia sucesos de vida en las áreas de familia, escuela, salud, pareja y trabajo (en relación con problemas económicos familiares). Esto es congruente con la literatura, que indica que los problemas de salud que presentan los adolescentes se relacionan por lo regular con dificultades en las áreas familiar, escolar, sexual y social, principalmente (Sánchez-Sosa et al, 2010). De manera similar, en estudios previos se ha encontrado que las áreas social, familiar y personal obtienen un promedio mayor de respuestas (Ávila et al., 2006). Barcelata et al. (2012), en estudios con adolescentes mexicanos de zonas marginadas, reportan que en el área familiar los problemas de conducta, personales y escolares exhiben las puntuaciones más altas.

Los sucesos concretos que vivieron con mayor frecuencia los adolescentes yucatecos son la muerte de alguno de los abuelos, seguido por la confusión vocacional, enfermedad física, dificultad para formar pareja y problemas económicos familiares. Respecto de la muerte de alguno de los abuelos, Kirchner y Forns (2000), en un estudio con adolescentes españoles, identificaron que el evento estresante que constituye el mayor factor de riesgo para esta población es la muerte de un familiar, y que las mujeres consideran a la familia como un factor protector más importante que los hombres.

Aunque en el presente estudio no se considera la exploración de los factores protectores, estos hallazgos diferenciados por sexos empiezan a indicar algunas directrices en materia de protección de los adolescentes considerando las diferencias por sexo. Por ejemplo, Barcelata et al. (2012) mencionan que algunas variables sociodemográficas, tales como el sexo y la edad, son en sí mismas factores de riesgo, al parecer entre las mujeres tienen mayor impacto ciertos eventos que son percibidos como estresantes.

En el mismo sentido, Forns et al. (2004) afirman que la naturaleza de los problemas que enfrentan los adolescentes, su contenido, los sujetos implicados y el ámbito en el que ocurren varían según el sexo. Lo anterior se hizo

evidente en el presente estudio con las diferencias encontradas según el sexo, en el que, a las mujeres, con mayor frecuencia, aún les afectan los siguientes eventos: enfermedad propia, enfermedad física del padre, problemas psicológicos personales importantes y la muerte de alguno de los abuelos. Evidencias similares en cuanto al sexo se han encontrado en otros estudios, indicando que son las mujeres las que suelen sentirse más afectadas emocionalmente que los hombres frente a situaciones estresantes (Jiménez et al., 2008).

A pesar de que el presente estudio evaluó la afectación actual de cada uno de los eventos, no se consideró el impacto emocional percibido por los adolescentes. Casullo (1998) asegura que la relevancia del suceso no reside únicamente en su frecuencia, sino que considera importante valorar la percepción subjetiva del impacto emocional de los eventos por su relación con el bienestar psicológico.

El presente estudio aporta información valiosa de los eventos no normativos que con mayor frecuencia se presentan en la población adolescente yucateca. Su relevancia estriba en que se ha comprobado que estos eventos, a diferencia de los normativos, tienen mayor impacto en la salud socioemocional de los chicos y chicas, en particular la muerte de un progenitor o –como destaca la presente investigación– de alguno de los abuelos, así como el divorcio de los padres, el ingreso a prisión de algún miembro de la familia y el desempleo parental (Jiménez et al., 2008). Sin embargo, como se mencionó antes, no se evalúa el impacto emocional de los eventos. Identificar qué acontecimientos aún afectan a los adolescentes permite valorar aquellos que está tomando más tiempo superar. Por consiguiente, se sugiere incorporar la medición cuantitativa del impacto de dichos eventos y realizar estudios posteriores con variables como estrategias de afrontamiento (Sanchez et al., 2013), y niveles de estrés y ansiedad (Hernández-Cervantes y Lucio, 2006), e incorporar variables sociodemográficas como nivel socioeconómico (Barcelata et al., 2012).

REFERENCIAS

- Ávila Chávez, M., Heredia Ancona, M. C., Gómez Maqueo, E. L. y Martínez Pantoja, L. V. (2006). Confiabilidad interna y estabilidad temporal del cuestionario de sucesos de vida para adolescentes en estudiantes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 11(1), 97-113. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29211107>.
- Barcelata, B., Durán, C. y Lucio, E. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 64-73.
- Barcelata, E. B. E., Durán, P. C. y Gómez-Maqueo, E. L. (2012). Valoración subjetiva de los sucesos de vida estresantes en dos grupos de adolescentes de zonas marginadas. *Salud Mental*, 35(6), 513-520.
- Brizzio, A., y Carreras, A. (2007). Variables salugénicas y su relación con los sucesos de vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(23), 83-99. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459645446006>.
- Cardozo, G. y Alderete, A. M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe*, 23, 148-182. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=213/21311917009>.
- Carliner, H., Keyes, K. M., McLaughlin, K. A., Meyers, J. L., Dunn, E. C. y Martins, S. S. (2016). Childhood trauma and illicit drug use in adolescence: A population-based National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(8), 701-708.
- Casullo, M. M. (1998). *Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica*. Paidós.
- Cheney, M. K., Vesely, S. K., Aspy, C. B., Oman, R. F. y Tolma, E. L. (2018). Prospective associations between negative life events and adolescent alcohol use. *Journal of Alcohol & Drug Education*, 62(1), 8.
- Daniel, S. S., Goldston, D. B., Erkanli, A., Heilbron, N. y Franklin, J. C. (2016). Prospective Study of Major Loss Life Events and Risk for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adolescents and Young Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 436-449. DOI: 10.1111/sltb.12305.

- Eggum-Wilkensa, N. D., Zhanga, L. y Farago, F. (2017). Karamojong adolescents in Tororo, Uganda: Life events, adjustment problems, and protective factors. *Journal of loss and trauma*, 22(4), 283-296. DOI: 10.1080/15325024.2017.1284508.
- Encuesta Estatal de Adicciones Yucatán*. (2014). Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/sitios/RIEF/Documents/yucatan-estudioadicciones-2014.pdf>.
- Eryilmaz, A. (2012). A model for subjective well-being in adolescence: Need satisfaction and reasons for living. *Social Indicators Research*, 107(3), 561-574. DOI: 10.1007/s11205-011-9863-0.
- Forns Santacana, M., Amador Campos, J. A., Kirchner Nebot, T., Martorell, B., Zanini, D. y Muro Sans, Pilar. (2004). Sistema de codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes. *Psicothema*, 16(4), 646-653. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72716417>.
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E. y Alarcón, A. (2015). Los estilos parentales de socialización y el ajuste psicológico. Un estudio con adolescentes españoles. *Revista de Psicodidáctica*, 20(1). DOI: 10.1387/RevPsicodidact.10876.
- Hernández-Cervantes, Q. y Lucio, G. E. (2006). Evaluación del riesgo suicida y estrés asociado en adolescentes estudiantes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(1), 45-52. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243020646006>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). Encuesta intercensal 2015. Principales resultados. http://www.inegi.org.mx/est/contenidos-proyectos/encuestas/hogares/especiales/ei2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf.
- Jiménez García, L., Menéndez Álvarez-Dardet, S. e Hidalgo García, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Kirchner, T. y Forns, M. (2000). Autopercepción de life events como factores de riesgo y de protección en adolescentes. Estudio diferencial. *Revista Psiquiatría*, 27(2), 63-79.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. En *Social support, life events, and depression* (pp. 17-30). Academic Press.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. y Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 17-24.

- Lucio, E., Durán, P. C., Barcelata, E. B. y Romero, G. E. (2016). Propiedades Psicométricas de la Escala de Afrontamiento para adolescentes: EA-A. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8(1), 36-48.
- Mackin, D. M., Perlman, G., Davila, J., Kotov, R. y Klein, D. N. (2017). Social support buffers the effect of interpersonal life stress on suicidal ideation and self-injury during adolescence. *Psychological Medicine*, 47(6), 11-49.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñoz, C. L., Benjet, C., Blanco Jaimes, J., Fleiz Bautista, C., Villatoro Velázquez, J., Rojas Guiot, E., Zambrano Ruiz, J., Casanova Rodas, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Muuss, R. E., Velder, E. y Porton, H. (1995). *Theories of Adolescence*. McGraw-Hill.
- Natera, G. (2015). El suicidio: La situación en México. Conferencia regional de salud mental. Santiago de Chile. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/natera-suicide-mexico.pdf>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Salud mental del adolescente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- Papalia, D. E., Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2009). *Psicología del desarrollo*. McGraw-Hill.
- Plunkett, S. W., Radmacher, K. A. y Moll-Phanara, D. (2000). Adolescent life events, stress and coping: A comparison of communities and genders. *Professional School Counseling*, 3(5), 356-367.
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G. y Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación suicida en adolescentes: un análisis psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817507008>.
- Sánchez Vélez, H. J. (2017). *Sucesos de vida estresantes y su relación con los conflictos emocionales en adolescentes de la Fundación Proyecto Don Bosco* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. <http://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/1855/1/76358.pdf>.
- Sanchez, Y. M., Lambert, S. F. y Cooley-Strickland, M. (2013). Adverse life events, coping and internalizing and externalizing behaviors in urban African American youth. *Journal of Child and Family Studies*, 22(1), 38-47.

Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.

Veytia López, M., González-Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Mental*, 35(1), 37-43. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So185-33252012000100006&lng=es&tlng=es.

REACTIVIDAD INTERPERSONAL EN JÓVENES DE COLOMBIA Y BRASIL

*Janivys Andrea Niebles-Charris**

*Diana Carolina Pérez-Pedraza**

*Emanuele Gomes Dos Santos Dantas***

*José González Tovar***

*Iris Rubi Monroy Velasco***

*Karla Valdés García***

*Alicia Hernández Montaña***

El ser humano por su condición de ser social se encuentra sometido al establecimiento de relaciones con su entorno e interacciones con los demás, para esto cuenta con herramientas que le permiten llevar una vida en sociedad (Mestre et al., 2004). En esta relación juega un papel fundamental la cognición social que según Uribe (2010) puede entenderse como un proceso neurológico, psicológico, social y biológico, cuya función es el reconocimiento y la evaluación de las situaciones sociales orientados a generar comportamientos sociales adecuados y asertivos.

La cognición social tiene como principios fundamentales para el proceso de socialización: 1) la influencia de la situación en la interpretación del contexto, 2) las decisiones que se toman y 3) el comportamiento que se genera; todos están basados en los procesos de identificación, expresión y manejo de emociones (que pueden ser primarias o secundarias) y que regulan la experiencia de las emociones o el comportamiento ante la presencia de diferentes estímulos externos (Uribe, 2010).

En tal sentido, la cognición asume el papel de agente regulador de la moralidad. De acuerdo con Kohlberg (1973), el desarrollo moral supone

* Universidad Autónoma de Coahuila.

** Universidad de la Costa.

una construcción del significado de moralidad en la que el sujeto asume una postura donde ha interiorizado las normas y reglas sociales y orienta su comportamiento basándose en ella; en ese sentido, para que el mundo externo pueda ser comprendido, es importante que se interprete, analice y almacene la información recibida, generando un proceso de socialización que permite a los individuos ajustarse a las normas sociales y reconocer a los otros como sujetos de derecho simplemente por su condición humana. Sin embargo, según Baron et al. (2018), este proceso no se desarrolla de la misma manera en todos y requiere ciertas habilidades para su ejecución, como la empatía, por ejemplo.

La empatía es considerada una habilidad crucial en el desarrollo de pensamientos y conductas adaptados a los contextos sociales (García-López et al., 2012); para Eisenberg (2000) comprende una respuesta de tipo emocional orientada a la comprensión de la situación, condición y el estado afectivo desde la perspectiva de otras personas; va más allá de sólo compartir los sentimientos del otro, pues se trata de comprenderlos a partir de la respuesta afectiva que se genera al mismo tiempo que cumple una función relacionada con la inhibición de las conductas agresivas.

De acuerdo con Hoffman (1992), para que se genere un proceso de empatía debe existir un paralelo entre los sentimientos, los pensamientos, los principios morales y los esquemas comportamentales, de tal manera que los efectos empáticos durante el ciclo vital de un individuo van generando relaciones con los principios morales. Es así que en una situación en la que aparece una cuestión moral, surgirá también un afecto empático al activar los principios morales y orientar la toma de decisiones más acertada.

A lo largo de la vida, las experiencias pueden hacer que los jóvenes reevalúen sus criterios y nociones de lo que es cierto o fundamental para su vida. Incluso esta misma población atribuye sus acciones y respuestas morales asociadas a estos factores. Es así como el proceso de desconexión moral (Bandura, 1983) ocurre en situaciones en que las personas llevan a cabo actos contrarios a dichos valores y normas interiorizadas, bien sea por conveniencia, conformismo o supervivencia, y provocan una disonancia entre

el hacer y el pensar. Es en estos casos cuando la transgresión supone una fuerte ruptura con nuestras creencias y valores, hay una desactivación de la autorregulación y la censura moral.

Por otro lado, diversas investigaciones han estudiado la importancia de la reactividad emocional (empatía) en actos de violencia; es decir, una sociedad con altos niveles de empatía también tiende a presentar menores niveles de criminalización, inseguridad, así como mayores niveles de felicidad y satisfacción interpersonal (Carpena, 2016). Por el contrario, la empatía negativa tiende a cosificar al otro, aumentando las probabilidades de deshumanizar a las personas y de ejecutar actos de crueldad contra ellas (Álvarez et al., 2019; Pozueco et al., 2013).

De acuerdo con el vigésimo noveno informe anual de Human Rights Watch (HRW, 2019) –orientado al análisis de las prácticas de derechos humanos en el mundo y que hace especial énfasis en el recrudecimiento de la violencia reflejado a nivel mundial– en 2017 Brasil estableció un récord de homicidios (64 000), además, se presentan conductas discriminatorias relacionadas con la homofobia, la xenofobia y la misoginia, que se agravan por el escaso control judicial y policial que incumple los acuerdos con la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

En el caso de Colombia el panorama no es alentador. Si partimos de la historia del conflicto entre las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FARC) y el Estado, que en 2016 cumplió 52 años, se verá que pese a la firma del acuerdo de paz, los hechos de violencia se han perpetuado debido a la formación de disidencias de las FARC, abusos por parte del Ejército de Liberación Nacional que han provocado la muerte de periodistas, indígenas, líderes sociales, sin mencionar las consecuencias del desplazamiento forzado y el crimen organizado que ataca las grandes ciudades del país (HRW, 2019).

Ambos panoramas resaltan la importancia de comprender el papel que juega la reactividad interpersonal en la etiología y el mantenimiento de la violencia; sin embargo, es necesario entender que son muy pocas las investigaciones sobre el tema en ambos países. En Colombia, por ejemplo, se ha estudiado la reactividad interpersonal en excombatientes del conflicto

armado, específicamente en la adaptación de la Interpersonal Reactivity Index (IRI); sin embargo, no deja evidencia de los niveles que presenta esta población (Pineda et al., 2013). Tobón et al. (2016) relacionan la baja reactividad interpersonal con un síntoma asociado a la presencia de algún trastorno de personalidad. Por otro lado, existen investigaciones en estudiantes de enfermería, medicina, enfermeros y médicos, que demuestran bajos niveles de empatía sin diferencias significativas entre géneros (Aparicio et al., 2018); de igual manera, Fernández-Aragón et al. (2019) no hallaron evidencias de la existencia de declinación empática en estos estudiantes en el transcurso de los semestres aprobados.

El objetivo de esta investigación consiste en contrastar los niveles de reactividad interpersonal en jóvenes que residen en Colombia y Brasil. Además, busca identificar las diferencias significativas de reactividad interpersonal en función del país de procedencia.

MÉTODO

La presente investigación es de corte cuantitativo, con diseño *ex post facto* de tipo transversal y con alcances comparativos o de contraste a partir de variables demográficas.

Participantes

En total participaron 108 jóvenes con edades comprendidas entre los 18 y los 29 años, residentes en Colombia (54 participantes) y Brasil (54 participantes), seleccionados por medio de un muestreo por conveniencia. Dentro de los criterios de inclusión se consideró el rango de edad y el país de residencia: Colombia y Brasil.

Del total de participantes, 63.9% son mujeres y 36.1% son hombres, entre los 18 y 29 años de edad (Med-ad=22.66, DE=2.81); 87% indicó que era soltero(a); 6.5%, casado; 4.6%, en una relación; sólo dos de los participantes, que corresponde a .9%, indicaron encontrarse en unión libre y divorcia-

do(a); 68.5% reportaron ser estudiantes y 31.5% no estudian. Poco más de la mitad de los participantes indicaron que actualmente trabajan (68.5%). 54.6% reportaron haber acudido a terapia psicológica alguna vez, 45.4% no lo ha hecho.

Instrumentos

Para caracterizar a la población de estudio, se utilizó un apartado de datos demográficos conformado por 12 ítems: 1) país de origen –con dos opciones de respuesta (Colombia, Brasil)–; 2) edad –pregunta abierta–; 3) sexo –con dos opciones de respuesta (masculino, femenino)–; 4) estado civil –con seis opciones (soltero, casado, con pareja/en una relación, unión libre, divorciado o viudo); dos preguntas abiertas: 5) ¿cuántos hijos tiene? y 6) ¿cuántos hermanos tiene?; cuatro preguntas dicotómicas (cuyas respuestas pueden ser sí o no): 7) ¿trabajas actualmente?, 8) ¿estudias actualmente?, 9) ¿has acudido a terapia psicológica alguna vez?, y 10) ¿realizas alguna actividad física o deportiva?; 11) Nivel de estudios –con cuatro opciones de respuesta (secundaria, bachillerato, licenciatura/pregrado o posgrado)–, y por último, 12) ¿con quién vives actualmente? –con cuatro opciones (solo, con mi familia, con amigos o con mi pareja)–.

El instrumento que se utilizó para evaluar la Reactividad Interpersonal fue el IRI. Es un instrumento estandarizado de autoinforme de dimensiones múltiples creado por Davis (1980) que evalúa diferentes variables de la empatía desde una perspectiva multidimensional que agrupa factores cognitivos y emocionales. Está dividido en dos dimensiones: cognitiva y emocional, cada una con dos subescalas. La dimensión cognitiva valora las subdimensiones de Fantasía (FS) y Toma de Perspectiva (PT); la FS evalúa la capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias; la PT define aquellos intentos espontáneos del individuo para adoptar la perspectiva del otro ante situaciones de la vida cotidiana. Como parte de la dimensión emocional se encuentran las subescalas de Preocupación Empática (EC) y Malestar Personal (PD); la EC mide sentimientos de compasión, preocupación y

cariño ante el malestar del otro; la PD evalúa lo relacionado con sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás.

El instrumento se responde en una escala Likert de 5 puntos: donde 1 corresponde a “No me describe”, y 5 corresponde a “me describe bastante bien”. De los 28 ítems que lo componen, 19 se califican de manera directa y 9 a través de calificación inversa; la calificación total y la de cada una de las dimensiones se obtiene por medio de la sumatoria de los puntajes de los ítems. Es importante indicar que para esta investigación se tomaron las traducciones de los instrumentos adaptados y validados al español por Mestre et al. (2004) y Pérez-Albéniz et al. (2003), así como que se mantuvo la estructura de los ítems asignados para cada dimensión de acuerdo con el instrumento original de Davis (1980). Para el caso de la población de Brasil se contó con la traducción al portugués por parte de una psicóloga experta.

Procedimiento

En ambos países, a los posibles participantes se les mandó una liga de participación individual, la cual contenía inicialmente el consentimiento informado para que fuera aceptada la participación. Así, antes de comenzar con la aplicación del cuestionario, cada participante era informado sobre los propósitos de la investigación, la posibilidad de cesar su participación en cualquier momento. Una vez realizado esto, cada participante completaba los dos cuestionarios. La duración del proceso de aplicación fue de aproximadamente 10 minutos.

Los autores afirman que los procedimientos se siguieron de acuerdo con la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. A todos los participantes se les garantizaron la privacidad y la confidencialidad, y todos ellos firmaron un consentimiento fundamentado antes de participar; siempre se atendió a los principios de respeto, autonomía de las personas mayores de edad, conocimiento de los procedimientos y confidencialidad de información. Durante todo el proceso del estudio, se cumplió con el princi-

pio de confidencialidad, siguiendo los criterios de cada país, por medio del anonimato de los datos, tanto en la submuestra de Brasil (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2005) como en la de Colombia se clasifica como una investigación sin riesgo, en el marco del artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 para investigación en seres humanos, ya que no se realiza ninguna intervención de las variables del estudio.

Análisis de la información

Una vez obtenidos los datos, se procedió al vaciado de la información en el paquete estadístico SPSS, versión 24, con la finalidad de realizar los análisis estadísticos pertinentes. Se efectuaron comparaciones entre las características sociodemográficas de ambas muestras con respecto al género, el nivel de estudios, el estado civil. Para determinar si existían diferencias entre la muestra colombiana y brasileña –según el género o si tenían pareja o no, por ejemplo–, se realizaron pruebas de hipótesis mediante la prueba *t* para muestras independientes.

Para la prueba *t*, se verificó el cumplimiento de los supuestos de la prueba, los coeficientes de asimetría y de curtosis para la homogeneidad de las varianzas.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se realizó una tabulación cruzada según el país de procedencia, el sexo y el estado civil de la muestra. Se encontró que la mayoría de las mujeres brasileñas (66.7%) y colombianas (63.3%) estaban solteras, lo que representa casi el doble del porcentaje reportado por los hombres de Brasil (33.3%) y Colombia (36.7%). También sobresale el porcentaje de hombres brasileños que se encuentran en una relación (66.7%); no hay reporte de mujeres y hombres brasileños en unión libre. Las proporciones de las muestras son significativas.

TABLA 1
Tabulación cruzada por país y sexo de la muestra con su estado civil

<i>Estado conyugal</i>	<i>País de procedencia</i>			
	<i>Colombia</i>		<i>Brasil</i>	
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>
Soltero	18 (36.7%)	31 (63.3%)	15 (33.3%)	30 (66.7%)
Casado	0 (0%)	2 (100%)	2 (40%)	3 (60%)
Con pareja/en una relación	1 (50%)	1 (50%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)
Unión libre	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)
Divorciado	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)
<i>c² de Pearson</i>	1.873	<i>p</i> =.599	3.113	<i>p</i> =.375
<i>Coefficiente de contingencia</i>	.183	<i>p</i> =.599	.233	<i>p</i> =.375

Nota: Tabla de creación original.

Como se puede observar en la Tabla 2, se realizó una tabulación cruzada según el país de procedencia y el nivel de estudios a partir del sexo de los adultos jóvenes. En general, los adultos jóvenes residentes en Brasil mostraron porcentajes mayores de escolaridad que los residentes de Colombia, puesto que la mayoría de la submuestra se concentró en educación secundaria (H=52%, M=48%), seguida de mujeres adultas jóvenes con estudios de licenciatura (77.8%) y mujeres con estudios de bachillerato (57.1%); mientras que, para el caso de Colombia se encontró un porcentaje de la submuestra a nivel de bachillerato (H=64.9%, M=35.1%), y el porcentaje de adultos jóvenes con únicamente estudios de bachillerato fue cercano al de la submuestra brasileña; sin embargo, el porcentaje de quienes cursaron la secundaria o posgrado fueron inferiores, con total representatividad por parte de las mujeres (100%) frente a los hombres (0%). Se encontraron diferencias significativas entre las muestras en algunos datos demográficos, como en la escolaridad.

TABLA 2
Tabulación cruzada por país y sexo de la muestra en el nivel de estudios

¿Cuál es tu último nivel de escolaridad concluido?	País de procedencia			
	Colombia		Brasil	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Secundaria	0 (0%)	0 (0%)	13 (52%)	12 (48%)
Bachillerato	13 (35.1%)	24 (64.9%)	3 (42.9%)	4 (57.1%)
Licenciatura	6 (37.5%)	10 (62.5%)	4 (22.2%)	14 (77.8%)
Posgrado	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	4 (100%)
<i>c2 de Pearson</i>	.580	<i>p</i> =.748	6.549	<i>p</i> =.088
Coeficiente de contingencia	.103	<i>p</i> =.748	.329	<i>p</i> =.088

Nota: Tabla de creación original.

Previo a la prueba de hipótesis se realizó el análisis de los estadísticos descriptivos para cada muestra según el país de procedencia respecto a la escala de Índice de Reactividad Interpersonal (IRI). Se encontró que en ambos grupos las variables a comparar del perfil pueden considerarse que poseen una distribución normal, puesto que el coeficiente de asimetría (s), el coeficiente de curtosis (κ) tienen valores que se ubican por debajo de dos puntos; por tal motivo, se procedió a continuar con los análisis paramétricos (véase Tabla 3).

TABLA 3
Estadísticos descriptivos por país de origen de la muestra según las dimensiones de IRI

Variables	Colombia				Brasil			
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>k</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>S</i>	<i>k</i>
Toma de perspectiva	18.509	4.535	.222	-.899	15.759	3.0649	.220	-.410
Fantasia	19.194	4.324	.797	.649	17.648	2.7137	-.318	-.733
Preocupación empática	24.629	3.805	-.117	-.579	23.611	3.3948	-.058	.261
Malestar personal	19.379	5.296	.349	-.396	22.463	4.5171	.196	-.413

Nota: Tabla de creación original.

Luego de haber obtenido esta información, se realizó un análisis comparativo según el país de procedencia y los puntajes totales obtenidos en las dimensiones de la escala IRI (véase Tabla 4). El análisis evidenció diferencias significativas entre Colombia y Brasil en las cuatro dimensiones de la reactividad interpersonal. Inicialmente se llevó a cabo el análisis con el total de la muestra, luego sólo con participantes hombres, en función del país de procedencia, y al final sólo con mujeres, en función de su procedencia.

En la muestra general no se asumen diferencias significativas. En la muestra de hombres se evidencia que existen diferencias sobre todo en las dimensiones fantasía y preocupación empática; en la muestra de mujeres no se presentan diferencias significativas en ninguna de las dimensiones.

TABLA 4
Análisis comparativo por país de procedencia y los puntajes totales de la escala IRI

Variables	País	Muestra general				Hombres				Mujeres			
		M (DS)	t	gl	p	M (DS)	t	gl	p	M (DS)	t	gl	p
Toma de perspectiva	Col	21.25 (4.08)	7.90	106	.000	21.68 (3.94)	5.55	37	.000	21.02 (4.20)	5.68	67	.000
	Bra	15.75 (3.06)				15.40 (3.08)				15.97 (3.07)			
Fantasía	Col	20.74 (5.05)	3.96	106	.000	19.73 (4.99)	1.58	37	.121	21.28 (5.06)	3.77	67	.000
	Bra	17.64 (2.71)				17.60 (3.28)				17.67 (2.37)			
Preocupación empática	Col	25.64 (3.94)	2.87	106	0.005	23.05 (4.03)	-1.26	37	.214	27.05 (3.14)	4.80	67	.000
	Bra	23.61 (3.39)				24.45 (2.78)				23.11 (3.65)			
Malestar personal	Col	16.29 (4.10)	-7.42	106	.000	14.84 (2.87)	-5.52	37	.000	17.08 (4.48)	-5.46	67	.000
	Bra	22.46 (4.51)				21.55 (4.48)				23.00 (4.51)			

Col= Colombia, Bra= Brasil. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

A partir del análisis de este estudio se puede concluir que las diferencias culturales construidas según el país de pertenencia tienen peso sobre la prevalencia de reactividad emocional en adultos jóvenes, ya que los resultados de las submuestras de ambos países en las características demográficas como el sexo, la escolaridad y el estado civil hicieron diferencia en la respectiva caracterización. Estos hallazgos apoyan la relación entre los factores socio-demográficos de las personas adultas jóvenes y la presencia de la reactividad interpersonal, lo cual confirma lo obtenido en trabajos anteriores (Mestre et al., 2004).

En ese mismo orden de ideas, diversos estudios han encontrado una relación entre el nivel de escolaridad y los índices de reactividad interpersonal, en específico, mencionan que a mayor nivel de escolaridad mayor orientación a la empatía positiva (Arango et al., 2014; Martí et al., 2014). En Brasil, Martí-Vilar y Almerich (2014) se han centrado en el análisis de las relaciones entre las variables empatía y autoatribución de comportamientos y actitudes socialmente responsables de acuerdo con niveles educacionales. De hecho, en universitarios la empatía y las estrategias de afrontamiento se asocian con el grado de bienestar psicológico e instrucción educacional percibido por los mismos. Según Galán et al. (2014) este factor de educación/empatía tiene una relación directa, una vez que la empatía también se hace a través de la comunicación, al ser una correlación ampliamente utilizada en contextos en los que para prestar una atención social y sanitaria de calidad las habilidades de una comunicación eficiente son necesarias.

Por otro lado, se encontró que en los hombres jóvenes los niveles de empatía se orientan significativamente hacia las dimensiones de preocupación empática y fantasía, tal y como lo mencionan Grau et al. (2017); los hombres presentan niveles bajos en las dimensiones de fantasía en comparación con las mujeres, ya que no tienden a empatizar desde la reacción emocional ni hacerlo desde la imaginación, en comparación con las mujeres, que sí muestran altos niveles en estas dimensiones.

REFERENCIAS

- Aparicio, D. E., Ramos, A. E., Mendoza, J., Utsman-Abarca, R., Calzadilla-Núñez, A. y Díaz-Narváez, V. P. (2018). Levels of empathy, empathy decline and differences between genders in medical students of Cartagena (Colombia). *Educación Médica*, 20(2), 136-143. DOI: 10.1016/j.edumed.2018.06.004.
- Arango Tobón, O., Clavijo Zapata, S., Puerta Lopera, I. y Sánchez Duque, J. (2014). Formación académica, valores, empatía y comportamientos socialmente responsables en estudiantes universitarios. *Revista de la Educación Superior*, 43(169), 89-105. DOI: 10.1016/j.resu.2015.01.003.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Alianza.
- Barón, M. J. O., Bilbao, I. E., Urquijo, P. A., López, S. C., y Jimeno, A. P. (2018). Moral emotions associated with prosocial and antisocial behavior in school-aged children. *Psicothema*, 30(1), 82-88.
- Carpena, A. (2016). *La empatía es posible. Educación emocional para una sociedad empática*. Desclée de Brouwer.
- Conselho Federal de Psicologia (2005) *Código de ética profissional do psicólogo*. XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation and moral development. *Annual Review of Psychology*, 51(1), 665-697. DOI: 10.1146/annurev.psych.51.1.665.
- Fernández-Aragón, S. P., Díaz-Pérez, A. y Díaz-Narváez, V. P. (2019). Niveles de empatía en estudiantes de enfermería en Colombia. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(3), 1-14.
- Ferrer-Álvarez, R., Robles Sánchez, J. I. y Gascón, M. R. A. (2019). Cuestionario de empatía y violencia: estudio psicométrico preliminar. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 263-286.
- Galán González-Serna, J. M., Romero Serrano, R., Morillo Martín, M. S. R. y Alarcón Fernández, J. M. (2014). Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicología Educativa*, 20(1), 53-60. DOI: 10.1016/j.pse.2014.05.007.

- García-López, L. M., Gutiérrez, D., González-Villora, S. y Valenzuela, A. V. (2012). Cambios en la empatía, la asertividad y las relaciones sociales por la aplicación del modelo de instrucción educación deportiva. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 321-330.
- Grau, A., Toran, P., Zamora, A., Quesada, M., Carrion, C., Vilert, E., Castro, A., Cerezo, C., Vargas, S., Gali, B. y Cordon, F. (2017). Evaluación de la empatía en estudiantes de Medicina. *Educación Médica*, 18(2), 114-120.
- Hoffman, M. L. (1992). La aportación de la empatía a la justicia y al juicio moral. En V. Maestre Escrivá, M. D. Frías Navarro y P. Samper García (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Human Rights Watch (2019). Vigésimo noveno informe anual: Brasil. Eventos de 2018. Recuperado de <https://www.hrw.org/es/world-report/2019/country-chapters/326043>.
- Human Rights Watch (2019). Vigésimo noveno informe anual: Colombia. Eventos de 2018. Recuperado de <https://www.hrw.org/es/world-report/2019/country-chapters/326041>.
- Kohlberg, L. (1973). Continuities in childhood and adult moral development revisited. En *Life-span Developmental Psychology* (pp. 179-204). Academic Press.
- Martí Noguera, J. J., Martí-Vilar, M. y Almerich, G. (2014). Responsabilidad social universitaria: influencia de valores y empatía en la autoatribución de comportamientos socialmente responsables. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 160-168. DOI: 10.1016/S0120-0534(14)70019-6.
- Mestre, V., Frías, M. D. y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia (1993). Resolución 8430 de 1993.
- Pérez-Albéniz, A., De Paúl, J., Etxeberria, J., Montes, M. P. y Torres, E. (2003). Adaptación de Interpersonal Reactivity Index (IRI) al español. *Psicothema*, 15(2), 267-272.
- Pineda, D. A., Aguirre-Acevedo, D. C., Trujillo, N., Valencia, A. M., Pareja, A., Tobón, C., Velilla, L. e Ibáñez, A. (2013). Dimensiones de la empatía en excombatientes del conflicto armado colombiano utilizando una escala estandarizada. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 9-28.

- Pozueco Romero, J. M., Moreno Manso, J. M., Blázquez Alonso, M. y García-Baamonde Sánchez, M. E. (2013). Psicopatología subclínica, empatía emocional y maltrato psicológico en la pareja: empatía cero negativa y violencia instrumental manipulativa. *Clínica Contemporánea. Revista de diagnóstico psicológico, psicoterapia y salud*, 4(3), 223-243. DOI: 10.5093/cc2013a18.
- Tobón, C., Aguirre-Acevedo, D. C., Velilla, L., Duque, J., Ramos, C. P. y Pineda, D. (2016). Perfil psiquiátrico, cognitivo y de reconocimiento de características emocionales de un grupo de excombatientes de los grupos armados ilegales en Colombia [Psychiatric, cognitive and emotional profile in ex-combatants of illegal armed groups in Colombia]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(1), 28-36. DOI: 10.1016/j.rcp.2015.07.004.
- Uribe, C. (2010). Una introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados. *Psicología Con-Textos*, 4, 1-10. *Universidad Piloto de Colombia*.

INTELIGENCIA EMOCIONAL, DUREZA EMOCIONAL E INDICADORES DE CONDUCTA ANTISOCIAL Y PROSOCIAL EN ADOLESCENTES DE CONTEXTOS ADVERSOS

Blanca Estela Barcelata Eguiarte^{1*}

Ana Laura Álvarez Ortega*

En el marco de las ciencias del desarrollo, las emociones son un factor central que contribuye a las trayectorias de adaptación y bienestar psicológico durante la adolescencia (Thompson, 1991). En los últimos años ha aumentado el interés por estudiar las habilidades personales que influyen en el bienestar emocional, en las relaciones interpersonales, la salud mental y en los aspectos académicos, entre otros. Esto se debe a que en el campo de las emociones se encuentran diversas investigaciones enfocadas a analizar factores como la inteligencia emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2013), así como los rasgos de dureza emocional (del inglés *callus unemotional traits*), también conocida en castellano como “callo emocional” y traducida como insensibilidad emocional en los primeros estudios con adolescentes mexicanos (Galván, 2011; Rivera, 2016). Ambas variables se definen a partir de un marco interaccional matizado por un microcontexto cultural, en el cual se desarrollan ciertas estrategias y habilidades que en general contribuyen a enfrentar las demandas específicas de cada entorno, de acuerdo con lo cual pueden ser consideradas en términos de adaptación positiva o negativa.

Mayer y Salovey (1993) definen la inteligencia emocional (IE) como un conjunto de características englobadas en la inteligencia social, que implica la capacidad de controlar los sentimientos y emociones propios y de los

¹ Contacto: bareg7@hotmail.com.

* Universidad Nacional Autónoma de México.

demás, discriminarlos y utilizar esta información para guiar su pensamiento y sus acciones. Se centra en procesos como el reconocimiento y uso de los estados emocionales propios y ajenos para resolver problemas y regular el propio comportamiento. El valor y la expresión verbal y no verbal de las emociones, la regulación emocional personal e intrapersonal y la utilización de las emociones en la resolución de conflictos, se encuentran inmersos en la inteligencia emocional (Ferrándiz et al., 2012).

Sosa et al. (2017) explican que el estudio de la IE se ha llevado a cabo a partir de dos visiones teóricas. La primera concibe a la IE como una capacidad (Salovey y Mayer, 1990) que se compone de cuatro habilidades diferentes: percibir y expresar, facilitar, comprender y regular las emociones. La segunda visión teórica de la IE la considera un rasgo de personalidad, la cual se manifiesta a través de un perfil de rasgos específicos o comportamientos estables de personalidad, como competencias socioemocionales, aspectos motivacionales y diversas habilidades cognitivas como la empatía, la asertividad y el optimismo (Petrides y Furnham, 2000). La IE se relaciona directamente con el área social y personal de los individuos, pues favorece su calidad de vida y adaptación (Petrides, 2016).

Por su parte, Roberts et al. (2016) destacan que es importante que tanto las habilidades como los rasgos emocionales se estudien en conjunto, ya que cualquier táctica social requiere ambas para ponerse en práctica. Por tanto, la IE implica la interacción entre cognición y emoción, lo que da paso a la adaptación para que, en este caso, un adolescente funcione de acuerdo con una situación específica o a un ambiente determinado (Sosa et al., 2017). En este sentido, la IE puede ser conceptualizada como una mezcla de habilidad específica y de rasgo de personalidad; por tanto, la medición de la IE ha diferido dependiendo de la visión teórica que se adopte de la misma. La IE, como conjunto de habilidades de procesamiento emocional, ha considerado la medición de dicho constructo mediante la evaluación de una ejecución y solución de problemas o de tareas en que el evaluado tiene que hacer uso de sus competencias emocionales (Extremera y Fernández-Barrocal, 2013). Los modelos iniciales de la IE la conciben como un conjunto de característi-

cas asociadas a un mejor funcionamiento que ayuda a las personas a adaptarse de manera más exitosa (Goleman, 1995); sin embargo, otros estudios en el ámbito científico como los de Salovey y Mayer (1990) han reportado hallazgos en diversas direcciones (Austin et al., 2007; Sosa-Correa, 2008).

Los estudios sobre IE, de acuerdo con el sexo, reportan resultados diversos. Petrides y Furnham (2000) reportaron diferencias significativas en las puntuaciones de hombres y mujeres, con valores más altos en los primeros. Otros estudios como el de Harrod y Scheer (2005) en adolescentes de 16 a 19 años, reveló diferencias estadísticamente significativas por sexo (hombres y mujeres), quienes presentaron niveles más altos de IE. Un estudio de Katyal y Awasthi (2005) mostró que las mujeres puntuaron más alto en IE; sin embargo, la diferencia no fue significativa y los resultados no fueron concluyentes. Por otra parte, Bar-On (2006), con base en su modelo mixto que combina habilidades cognitivas, facetas o disposiciones emocionales relacionadas con la IE como rasgo, encontró diferencias de género en términos de inteligencia emocional total, pero no en todas las habilidades específicas. Datos similares reportaron Nasir y Masrur (2010) al examinar la relación entre el sexo, la edad, el rendimiento, el logro académico, el manejo del estrés y la inteligencia o cociente emocional con el modelo de Bar-On (2006), y tampoco encontraron diferencias por sexo, excepto en manejo del estrés, en el cual los hombres presentaron mayores puntuaciones. La IE se relacionó con el rendimiento y el logro, aunque no con la edad. Estudios recientes sobre IE han evidenciado que la IE no siempre se asocia con adaptación positiva, dado que, en algunos perfiles con problemas de interacción, como agresividad y victimización entre pares (Kokkinos y Kipritsi, 2012), puede ser usada de manera negativa para manipular su entorno y tomar ventaja de las situaciones, por lo que se ha utilizado el término uso de la IE prosocial y antisocial (Sosa-Correa, 2008; Sosa-Correa; et al., 2017).

Estudiar la relación o influencia de la IE en etapas tempranas y en la adolescencia es central desde una perspectiva del desarrollo, ya que permite explicar los procesos adaptativos tanto positivos como negativos asociados al manejo de las emociones; sin embargo, una investigación reciente pone de

manifiesto la importancia del estudio de los rasgos de dureza o insensibilidad emocional, como otros elementos que involucran el manejo de las emociones, debido a su relación con actos antisociales y conductas delictivas asociadas a situaciones adversas (Larsson et al., 2008). Se informa que la dureza emocional (DE) es un componente emocional vinculado más con la conducta agresiva y antisocial cuando las puntuaciones son altas (Frick et al., 2000). Los *callous unemotional traits* o rasgos de dureza emocional son un conjunto de atributos afectivos y conductuales que se manifiestan en un ámbito interaccional como falta de expresión emocional o afecto superficial, carencia de culpa, la falta de preocupación por los sentimientos de los demás, la falta de empatía y consideración ante las necesidades de otros, nulo reconocimiento de la violación a los derechos de otros, así como la despreocupación por el rendimiento, entre otros (Cima et al., 2014). Estas características son algunos descriptores de los rasgos DE, que dentro del DSM-V aparecen bajo el especificador de emociones prosociales limitadas para referirse a estos rasgos y tienen un valor diagnóstico en la salud mental individual, incluso en ausencia de trastorno conductual (Molinuevo, 2014). Viding y McCrory (2012) también emplean el término rasgos DE para designar características relativamente estables en los adolescentes que por lo general presentan desajuste social, bajo comportamiento prosocial e hiperactividad.

La investigación muestra la asociación de los rasgos DE a conductas problemáticas como abuso de sustancias, problemas con la autoridad y sobre todo conducta antisocial y delincuencia en etapas posteriores a la adolescencia (Frick et al., 2000). En la edad adulta, la DE puede manifestarse de forma más severa y relacionarse con crímenes violentos (Frick et al., 2003). También hay evidencia de que los niños y los adolescentes con problemas de conducta que no pueden mantener relaciones sociales adecuadas tienden a ser más agresivos y a presentar más conductas externalizadas y algunos rasgos DE (Essau et al., 2006). En otros estudios se ha observado que los adolescentes con DE presentan un bajo nivel de ansiedad en comparación con otros jóvenes con problemas de conducta menos severos (Frick y White, 2008), por lo que, en este sentido, parecen contar con mayor control emocional, un

elemento de la IE. Asimismo, se informa sobre la relación entre algunos rasgos de IE y DE, como falta de empatía, uso antisocial de la IE, problemas de violencia en la escuela, lo que se hace más evidente en ambientes sociales de riesgo. Los adolescentes que intimidan a otros y aquellos que son victimizados por pares presentan fallas en la IE, mientras que los jóvenes con uso prosocial de la IE, empatía y capacidad de involucramiento, tienen un comportamiento positivo (Kokkinos y Kipritsi, 2012; Lomas et al., 2012), lo que conlleva a una relación positiva con indicadores de conducta antisocial, y una relación negativa con conducta prosocial.

Parece crítico considerar que la presencia de rasgos DE sea un sello distintivo en las descripciones clínicas de psicopatía, pero se ha ignorado en la mayoría de las evaluaciones de individuos antisociales a pesar de su poder predictivo de conductas más severas al final de la adolescencia y en la adultez, por lo que es fundamental su evaluación, tanto en población normal como clínica (Frick et al., 2000, 2003). Sin embargo, en México la investigación es incipiente, como la de Galván (2011) con adolescentes en conflicto con la ley y un grupo comunitario, que muestra diferencias entre ambos grupos en cuanto a los rasgos DE o de insensibilidad emocional con mayores puntuaciones generales; o la investigación de Rivera (2016) con adolescentes de diferentes contextos escolares de la Ciudad de México, algunos de riesgo psicosocial, en donde se reporta que más de la mitad de los jóvenes de la población evaluada presenta conductas asociadas a estos rasgos, así como un mayor número de conductas externalizadas, como problemas de agresividad y rompimiento de reglas. También la investigación de Sosa-Correa (2008; Sosa-Correa et al., 2017) indica que la inteligencia emocional puede relacionarse con conductas antisociales y no sólo prosociales.

El clima de violencia y sus estadísticas en México señalan un incremento de conductas violentas entre los jóvenes mexicanos (Banco Mundial, 2013), de su participación en actos delictivos a edades cada vez más tempranas, así como el ambiente hostil en las escuelas, que al parecer se ha ido “normalizando” (Velásquez, 2014), pone de manifiesto la importancia de identificar patrones del manejo de las emociones como la IE y la DE en los

adolescentes de la población mexicana, en especial de aquellos que viven y se desarrollan en contextos de adversidad como la marginación psicosocial (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2018). Los jóvenes que crecen en ambientes de violencia son presas fáciles de bandas delincuenciales que promueven conductas antisociales y que por lo general se perpetúan hasta la adultez. Los rasgos psicopáticos, sobre todo los del tipo afectivo-interpersonal, pueden considerarse factores de riesgo para el desarrollo de patrones comportamentales más severos y persistentes (De la Peña-Olvera y Palacios-Cruz, 2011).

La exploración de manera conjunta del uso de la inteligencia emocional y los rasgos de dureza emocional, además de la adaptación tanto positiva como negativa, resulta importante dado que no se encontraron hallazgos al respecto. Contar con datos sobre la relación entre dichas variables tiene un valor potencial para entender algunos marcadores de la conducta antisocial, como también la prosocial en la población mexicana, lo cual representa la base para diseñar intervenciones basadas en la evidencia, a pesar de que los rasgos DE pueden ser maleables por factores psicosociales y que se puede intervenir de manera preventiva y con resultados positivos cuanto antes se realice la intervención. Por tanto, el objetivo de este estudio fue analizar la relación entre inteligencia emocional, dureza emocional e indicadores de conducta antisocial y prosocial en adolescentes de contextos adversos (CONAPO, 2018). Por ello se realizó un estudio de campo, transversal, *ex post facto*, de tipo correlacional.

MÉTODO

Participantes

La muestra fue no probabilística y estuvo conformada por 237 adolescentes: 121 hombres (51.3%) y 116 mujeres (48.7%), entre los 12 y los 17 años de edad ($M=14.38$; $DE=1.61$), estudiantes de tres escuelas secundarias (52.8%) y dos bachilleratos (47.2%) públicos pertenecientes a la Alcaldía de Iztapalapa,

a los municipios de Chalco, Valle de Chalco Solidaridad y de Ecatepec; los primeros, ubicados en la zona oriente y el último, en la zona nororiente del área metropolitana de la Ciudad de México. Se eligieron de manera intencional escuelas de alcaldías o municipios con los mayores índices de marginación urbana y que presentan altos niveles de violencia y delincuencia (CONAPO, 2018). Además, estos municipios y otros de la zona oriente se caracterizan por un alto nivel de hacinamiento y bajos índices de desarrollo económico medido por su aportación al producto interno bruto (PIB) (Pérez, 2014).

Instrumentos

Para el presente estudio se utilizaron:

Escala Yucatán del Uso Percibido de la Inteligencia Emocional en Menores (Sosa-Correa et al., 2018). Esta escala autoaplicable para adolescentes de 9 a 17 años consta de 24 reactivos tipo Likert con tres opciones de respuesta: 1 corresponde a “Totalmente en desacuerdo”; 2, a “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, y 3 a “Totalmente de acuerdo”. Está formada por cuatro factores ($\alpha=.87$): 1) conciencia emocional intrapersonal, que evalúa la percepción sobre las propias emociones ($\alpha=.83$); 2) conciencia emocional interpersonal, la cual valora la percepción que el adolescente tiene de los demás ($\alpha=.72$); 3) uso prosocial, que identifica el uso de la conciencia emocional en pro del bienestar de los demás ($\alpha=.82$), y 4) uso antisocial, donde se evalúa el uso de la conciencia emocional que busca generar malestar en los demás ($\alpha=.85$).

Inventario de Rasgos de Dureza Emocional. Versión preliminar validada del *Inventory of Callous-Unemotional Traits* (Kimonis et al., 2008), por Rodríguez et al. (2017). Está compuesto por 21 reactivos tipo Likert de cuatro opciones de respuesta: 0 corresponde a “Totalmente falso”; 1 equivale a “Parcialmente cierto”; 2, a “Bastante cierto”, y 3, a “Definitivamente cierto”, integrados en cuatro factores o dimensiones ($\alpha=.750$; varianza explicada=42.51%): 1) insensibilidad (*Callouness*), que evalúa carencia de

empatía, culpa y remordimiento ($\alpha=.66$), 2) despreocupación-indiferencia (*Uncaring*), que identifica conductas relacionadas con la ausencia de preocupación por los sentimientos de los demás ($\alpha=.69$); 3) inexpresividad (*Unemotional*), que valora la ausencia de expresión de los sentimientos ($\alpha=.63$), y 4) descuido (*Carelessness*), donde se mide la falta de interés, atención o cuidado de sí mismo y sus responsabilidades ($\alpha=.78$).

Youth Self Report/11-18 (YSR/11-18) (Achenbach y Rescorla, 2001). Para identificar indicadores de conducta antisocial y prosocial se utilizó la versión en español del YSR/11-18, validada en adolescentes mexicanos (Barcelata y Márquez, 2019), conformada por 50 reactivos tipo Likert de tres puntos: o corresponde a “no es cierto”; 1, a “de cierta manera” o “algunas veces”, y 2, a “muy cierto”, “cierto” o “a menudo”, que se agrupan en cuatro factores de banda ancha: Conductas internalizadas, Conductas mixtas, Conductas externalizadas y Cualidades positivas (α total=.949; varianza explicada total=55.54%). Se tomaron sólo los reactivos de Conductas externalizadas (CE) ($\alpha=.762$) que incluyen Agresividad ($\alpha=.654$), lo que implica riñas o peleas y acciones agresivas hacia los demás y Ruptura de reglas ($\alpha=.776$), que describe conductas que involucran robo, rompimiento de reglas, o desafío a normas asociadas a conducta antisocial, entre otras, así como Cualidades positivas (CP) ($\alpha=.745$) integrada por Autoconcepto positivo ($\alpha=.661$), que identifica la autopercepción positiva, por ejemplo, el sentirse o valorarse como hábil, y por Conducta prosocial ($\alpha=.775$), que implica conductas como ayudar a otros, por lo que ambas dimensiones o factores se relacionan con conducta prosocial en general.

Cédula Sociodemográfica del Adolescente y su Familia (Barcelata, 2014). Se utilizó este autoinforme conformado por 12 reactivos para explorar datos y condiciones sociodemográficas de los adolescentes como edad, sexo, escolaridad, con quién vive, número de hermanos, edad de los padres, ocupación, estado civil, entre otras (alfa ordinal=.760).

Procedimiento

Se eligieron de manera intencional escuelas ubicadas en alcaldías o municipios principalmente de la zona oriente de la Ciudad de México, considerada en un contexto social de riesgo, desfavorable, con base en sus índices de marginación urbana, de violencia y delincuencia (CONAPO, 2018; Pérez, 2014). Se acudió a las autoridades de diferentes escuelas para solicitar su colaboración; para este estudio se incluyó a estudiantes de cinco escuelas (tres secundarias y dos bachilleratos) cuyos directivos autorizaron la evaluación. Por consideraciones éticas se informó a los participantes sobre la naturaleza anónima y voluntaria de su participación y la confidencialidad de sus resultados antes de la aplicación de los instrumentos. Padres y adolescentes firmaron consentimientos y asentimientos informados, respectivamente, de acuerdo con el Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). La aplicación, hecha en grupos de 35 alumnos en promedio, tuvo una duración aproximada de 90 minutos y se llevó a cabo en las aulas asignadas por cada escuela, con la colaboración de dos o más aplicadores capacitados y un supervisor del proyecto. Se consideraron como indicadores de conducta antisocial el total de Conductas externalizadas y sus dimensiones Agresividad y Rompimiento de reglas, y como indicadores de conducta prosocial los puntajes totales de Cualidades positivas y de sus dimensiones, Autoconcepto positivo y Conducta prosocial, del *YSR/11-18* (Barcelata y Márquez, 2019).

Análisis de datos

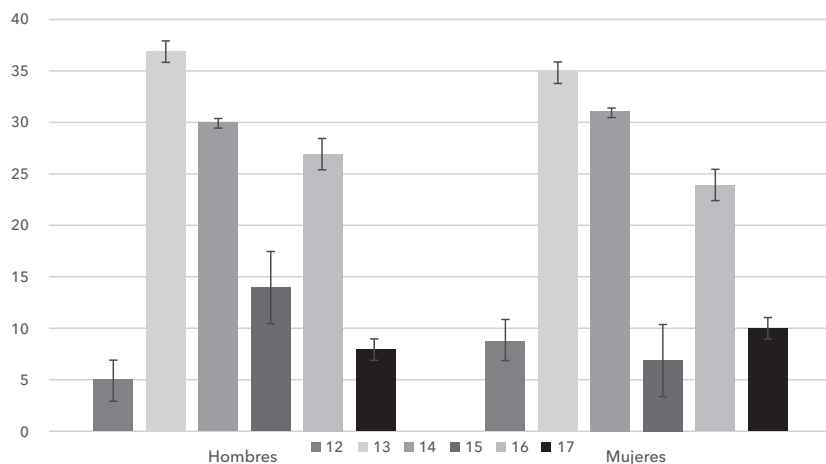
Se realizaron análisis descriptivos, de diferencias de medias con *t* de Student para muestras independientes y análisis correlacionales bivariados con *r* (Pearson), bajo el supuesto de normalidad probado con el estadístico de Kolmogórov-Smirnov cuyos índices *d* oscilaron entre $d=.096$ ($p=.198$) a $d=.117$ ($p=.231$). Los análisis se realizaron con el SPSS 24.

RESULTADOS

Distribución de la muestra

La Figura 1 presenta la distribución de acuerdo con el sexo y la edad de los participantes de tres secundarias y dos bachilleratos públicos. Se observa que en cuanto al sexo hay una distribución balanceada entre 121 hombres (51.1%) y 116 mujeres (48.9%), y que en ambos grupos la mayoría de los participantes tienen entre 13 y 14 años.

FIGURA 1
Distribución de los participantes por sexo y edad



Descriptivos y diferencias por sexo en inteligencia emocional, dureza emocional e indicadores de conducta antisocial y prosocial. Nota: Figura de creación original.

La Tabla 1 muestra las medidas y desviaciones estándar de cada una de las dimensiones de inteligencia emocional (IE), dureza emocional (DE), conductas externalizadas (CE) y cualidades positivas (CP). En cuanto a la IE se observa que la conciencia emocional intrapersonal (CE-Intra) es la que tiene los más altos valores y su uso es mayormente prosocial. Respecto a los

rasgos de dureza emocional (DE), se puede observar que el Descuido es la dimensión más alta y la Insensibilidad es la menos reportada por los adolescentes. En relación con CE e indicadores de conducta antisocial, Agresividad presentó el puntaje más alto, aunque se mantiene por debajo de la media teórica, en tanto que Ruptura de reglas muestra valores más bajos. En cuanto a las CP, se observan puntuaciones totales por arriba de la media, así como en Conducta prosocial y Autoconcepto positivo.

TABLA 1
*Descriptivos de inteligencia emocional, dureza emocional
e indicadores de conducta antisocial y prosocial*

<i>Variables</i>	<i>Muestra total</i>	
	<i>N=237</i>	
	M	DE
Inteligencia emocional	2.16	.212
Conciencia emocional intrapersonal	2.63	.406
Conciencia emocional interpersonal	2.05	.413
Uso prosocial	2.64	.369
Uso antisocial	1.34	.394
Dureza emocional	1.49	.309
Insensibilidad	.49	.477
Inexpresividad	1.20	.398
Descuido	2.02	.520
Despreocupación	1.86	.734
Conductas externalizadas	.79	.373
Agresividad	.81	.496
Rompimiento de reglas	.67	.353
Cualidades positivas	1.32	.430
Conducta prosocial	1.30	.486
Autoconcepto positivo	1.35	.496

Nota: Tabla de creación original.

Los análisis de las dimensiones de las variables estudiadas por sexo se muestran en la Tabla 2, donde se observa que en IE hay diferencias significativas para las dimensiones Uso prosocial de las emociones, con valores mayores en las mujeres y Uso antisocial, con puntajes más altos en los hombres. Por otro lado, Descuido presenta la medida más alta de la dimensión DE, seguida de Despreocupación, aunque sin diferencias estadísticamente significativas por sexo; mientras que en Insensibilidad los hombres presentaron puntajes más altos que las mujeres, con significancia estadística, aunque los valores promedio son en general bajos en ambos grupos. En cuanto a las

TABLA 2
Diferencia de medias entre inteligencia emocional, dureza emocional, conductas externalizadas y cualidades positivas por sexo

Variables	Hombres n=121		Mujeres n=116		t Student	p
	M	DE	M	DE		
	Inteligencia emocional	2.16	.229	2.16			.194	-1.28	.898
Conciencia emocional intrapersonal	2.62	.405	2.65	.408	-.546	.586
Conciencia emocional interpersonal	2.03	.406	2.07	.421	-.662	.509
Uso prosocial	2.56	.391	2.72	.326	-3.42	.001***
Uso antisocial	1.44	.444	1.24	.306	3.95	.001***
Dureza emocional	1.49	.322	1.59	.296	.088	.930
Insensibilidad	.61	.480	.37	.434	3.94	.001***
Inexpresividad	1.19	.410	2.21	.386	-.484	.629
Descuido	1.97	.527	2.08	.508	-1.77	.078
Despreocupación	1.82	.728	1.91	.741	-.971	.332
Conductas externalizadas	.69	.398	.58	.348	.455	.649
Agresividad	.78	.546	.83	.440	-.774	.440
Rompimiento de reglas	.68	.353	.46	.355	.594	.553
Cualidades positivas	1.27	.440	1.37	.415	-1.76	.079
Conducta prosocial	1.26	.474	1.35	.496	-1.37	.170
Autoconcepto positivo	1.27	.541	1.42	.436	-2.28	.023

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$. Nota: Tabla de creación original.

Conductas externalizadas, las mujeres muestran mayor puntaje en Agresividad, mientras que los hombres presentan mayor puntaje en Ruptura de reglas, pero sin diferencias con significancia estadística. Por último, en las dimensiones de Cualidades positivas, las mujeres presentan las medias más altas, siendo autoconcepto positivo la de mayor puntaje, con diferencias estadísticamente significativas.

Relación entre inteligencia emocional y dureza emocional con indicadores de conducta antisocial

En la Tabla 3 se aprecia que las correlaciones entre inteligencia emocional (IE) y dureza emocional (DE) con las conductas externalizadas (CE) y cualidades positivas (CP) en general van de bajas a moderadas, aunque la mayoría son significativas. En lo que concierne a las dimensiones que componen IE, se observan correlaciones positivas entre Conciencia emocional intrapersonal, con el total de CP y con conducta prosocial (CPro) y autoconcepto positivo (AP). Por el contrario, Conciencia emocional interpersonal se relaciona de manera negativa con el total de CE, así como con sus dimensiones Agresividad (AG) y Ruptura de reglas (RR), pero no con CP, ni CPro o AP. Por su parte, Uso prosocial sólo presenta correlaciones significativas con CP, CPro y AP; mientras que Uso antisocial presentó correlaciones positivas con significancia estadística con CE, AG y RR, pero negativas con el total de CP, así como con CPro y AP. Por otra parte, casi todas las dimensiones de DE presentan correlaciones estadísticamente significativas con el total de CE y sus dimensiones, excepto Despreocupación que sólo se correlacionó con AG. Las correlaciones más fuertes corresponden a Insensibilidad con las CE en total y sus dimensiones AG y RR, seguidas de Descuido y Expresividad. Por otro lado, se observan correlaciones negativas significativas entre la mayoría de las CP, a excepción de Inexpresividad que no mostró correlaciones con ninguna de las dimensiones de CP, al igual que Insensibilidad, que sólo se correlaciona con el total de CP.

TABLA 3
Correlaciones entre inteligencia emocional y dureza emocional con conductas externalizadas y cualidades positivas

<i>Variables</i>	CE	AG	RR	CP	CPRO	AP
Inteligencia emocional	.154	-.052	-.035	.197**	.146*	.209**
Conciencia emocional intrapersonal	.008	.009	.007	.268**	.236**	.232**
Conciencia emocional interpersonal	-.280**	-.286**	-.203**	.131	.064	.159*
Uso prosocial	-.123	-.122	-.101	.319**	.288**	.274**
Uso antisocial	.291**	.287**	.240**	-.293**	-.272**	-.222**
Dureza emocional	.290	.203	.187	.252**	.293**	.114
Insensibilidad	.455**	.395**	.412**	-.155*	-.125	-.122
Inexpresividad	.178**	.143*	.196**	.043	.088	-.002
Descuido	.294**	.254**	.262**	-.276**	-.296**	-.142*
Despreocupación	.106	.159*	.051	-.318**	-.327**	-.184**

N=237; * $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$; *** $p \leq 0.001$. CE=conductas externalizadas, AG=agresividad, RR=ruptura de regla; CP=cualidades positivas; CPRO=conducta prosocial, AP=autoconcepto positivo. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre inteligencia emocional, dureza emocional e indicadores de conducta antisocial y prosocial en adolescentes de contextos adversos (CONAPO, 2018). La conducta antisocial y la prosocial se midieron a través de los factores Conductas externalizadas y Cualidades positivas del YSR/11-18 (Achenbach y Rescorla, 2001) validado en población mexicana (Barcelata y Márquez, 2019).

En cuanto a los hallazgos de IE, se encontró que toda la muestra presenta más niveles de conciencia interpersonal aunque moderados y de uso prosocial, pero menores de conciencia intrapersonal y conducta antisocial. Estos resultados son similares a los presentados por Sosa-Correa, 2008 y Sosa-Correa et al., 2017, lo que puede considerarse como indicador de resi-

liencia si se les compara con adolescentes en problemas con la ley (Galván, 2011), de muestras clínicas (Frick et al., 2000, 2003), o adolescentes con problemas de conducta (Lomas et al., 2012).

Se muestran diferencias por sexo estadísticamente significativas en el uso de la IE sólo en algunas dimensiones (Bar-On, 2006), al ser las mujeres quienes reportan mayor uso prosocial de sus habilidades emocionales con el fin de causar bienestar en los demás; en cambio, los hombres presentan la puntuación más alta en el Uso Antisocial de manera similar a reportes previos (Extremera y Fernández-Barrocal, 2013; Ferrándiz et al., 2012; Frick et al., 2000). Se aprecia que no hay diferencias en todas las dimensiones en la percepción de IE entre hombres y mujeres, sólo en algunas de ellas al igual que en estudios previos (Bar-On, 1997; Nasir y Masrur, 2010). Sin embargo, las mujeres tienden a puntuar más alto en la IE total, aunque como se reitera, no hubo diferencias significativas como reportan Katyal y Awasthi (2005).

Aunque en este estudio se trata de una muestra “normativa”, se observaron relaciones positivas entre el uso antisocial de la IE y los indicadores de conducta antisocial (Agresividad y Ruptura de reglas) y relaciones negativas con los indicadores de conducta prosocial (Conducta prosocial y Autoconcepto positivo), lo que apoya hallazgos anteriores (Kokkinos y Kipritsi, 2012; Lomas et al., 2012). Por otra parte, se encontró que el uso prosocial se relaciona con las cualidades positivas (Petrides y Furnham, 2000), lo que sugiere indicadores de resiliencia a pesar de que los adolescentes de este grupo pertenecen a zonas consideradas de alto riesgo y son matizadas por situaciones adversas como altos índices de violencia y delincuencia (CONAPO, 2018; Pérez, 2014).

Por otra parte, los análisis de la DE reflejan tendencia moderada de toda la muestra a presentar rasgos DE en todas sus dimensiones, como era de esperarse, si se considera que es una muestra escolar, excepto en Descuido, que fue la que presentó los valores más altos, ligeramente por arriba de la media. A pesar de estos valores, los puntajes de Insensibilidad estuvieron por debajo de la media, que es una de las dimensiones que con más fuerza se asocian con la conducta antisocial (Kimonis et al., 2008; Larsson et al., 2008), lo que

sugiere que aún tienen recursos que pueden ser considerados resilientes. No obstante, los análisis comparativos por sexo de la DE llaman la atención, ya que las mujeres puntuaron más alto que los hombres en tres de las cuatro dimensiones de la DE, con valores que rebasan ligeramente la media. Esto parece indicar una tendencia a percibirse como más inexpresivas, descuidadas y despreocupadas, por lo que podrían ser consideradas como un grupo vulnerable; sin embargo, esto parece compensarse por sus altos puntajes en uso prosocial de la IE (Katyal y Awasthi, 2005). Los datos resultan interesantes, ya que en investigaciones previas con adolescentes mexicanos (Galván, 2011; Rivera, 2016) los hombres fueron quienes presentaron puntuaciones en promedio más altas (Essau et al., 2006; Frick et al., 2000, 2003).

En cuanto a los análisis correlacionales, se aprecian asociaciones entre indicadores de conducta antisocial y algunos elementos de IE y DE. La dimensión del uso antisocial de la IE, así como casi todas las dimensiones de DE, en particular Insensibilidad y Descuido, se relacionan positivamente con comportamientos antisociales como agresividad y ruptura de reglas; al igual que lo reportado en adolescentes con conductas delictivas y antisociales (Cima et al., 2014; Frick et al., 2000; Larsson et al., 2008) y de manera negativa con cualidades positivas. Sin embargo, la relación entre conciencia intrapersonal y el uso prosocial con cualidades positivas y sus dimensiones, parece indicar que podrían ser factores protectores y ser predictores de la resiliencia en ambientes socialmente adversos. Por el contrario, las relaciones interpersonales utilitaristas dadas por un uso antisocial de la IE podrían estar funcionando como factores de riesgo que favorecen problemas como el *bullying* y la victimización, que se han ido incrementando en escuelas de contextos violentos (Austin et al., 2007; Lomas et al., 2012; Velásquez, 2014). A pesar de que las puntuaciones DE fueron moderadas, es importante continuar investigando, dada la relación consistente entre la DE y las conductas externalizadas, que son consideradas comportamientos antisociales que implican daño a terceros (Achenbach y Rescorla, 2001; Barcelata y Márquez, 2019).

Los resultados ponen de manifiesto indicadores de adaptación positiva y resiliencia, ya que la selección de la muestra corresponde a zonas de la

Ciudad de México consideradas de alto riesgo psicosocial y adverso relacionadas con actos delictivos y violentos en la comunidad (CONAPO, 2018). A pesar de ello, presenta en su mayoría indicadores de conducta prosocial como uso prosocial de la IE, así como puntajes menores de dureza emocional y de insensibilidad emocional. No obstante, desde una perspectiva preventiva, es importante atender a este tipo de población, ya que el uso antisocial de la IE, en especial de los hombres, así como los rasgos DE más altos, aunque moderados en las mujeres, parecen indicar que se trata de un grupo vulnerable. Llama la atención el hecho de que sean las mujeres las que tiene mayores elevaciones en las dimensiones de DE, lo cual podría estar reflejando una reacción hacia la violencia de género que en los últimos años se ha incrementado hacia las mujeres (Banco Mundial, 2013). Dichos hallazgos, por otro lado, podrían evidenciar procesos de normalización de la violencia en ambientes escolares tanto en hombres como en mujeres, y en otros países (Velásquez, 2014).

A pesar de ello, existen algunas limitaciones en el presente estudio que impiden llegar a una generalización, entre ellas se encuentra la selección no probabilística de la muestra, el tamaño de la misma y la falta de grupo(s) de comparación de otra(s) zona(s) del área metropolitana de la Ciudad de México, incluso de otras regiones y estados de México. En este sentido, se tendría que extender la investigación a otras muestras y realizar análisis de mayor alcance (por ejemplo, ANOVA, MANOVA, MANCOVA). Asimismo, se recomienda construir y probar modelos predictivos con base en estos u otros resultados, con análisis más robustos (por ejemplo, análisis de regresión o de ecuaciones estructurales) que permitan explicar la interacción y contribución de la IE y de la DE en la adaptación.

En suma, estos hallazgos podrían tener implicaciones clínicas y de intervención basadas en evidencia, dada su utilidad potencial para el diseño de acciones preventivas que tomen en consideración el sexo, en cuanto a la promoción de mayor uso de la IE prosocial, así como de la empatía, lo que podría disminuir aún más los rasgos DE, asociados al *bullying* y a la violencia entre pares en la escuela (Austin et al., 2007; Cima et al., 2014). Cambiar la

dirección de las relaciones entre conductas externalizadas –como la agresividad y ruptura de reglas, consideradas expresiones de conducta antisocial, y parte de los trastornos de personalidad desafiante más severos (De la Peña y Palacios, 2011)– es un reto que no hay que soslayar, dado que en la adolescencia aún se pueden modificar patrones de conductas y trayectorias del desarrollo.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. y Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. ASEBA.
- Austin, E. J., Farrelly, D., Black, C. y Moore, H. (2007). Emotional intelligence, machiavellianism and emotional manipulation: Does EI have a dark side? *Personality and Individual Differences*, 43(1), 179-189. DOI: 10.1016/j.paid.2006.11.019.
- Banco Mundial (2013). *Jóvenes de México, autores y víctimas de la violencia*. Recuperado de <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/03/05/mexican-youth-authors-and-victims-of-violence>.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Barcelata Eguiarte, B. (2014). *Cédula sociodemográfica del adolescente y su familia*. Proyecto PAPIIT IN303514. DGAPA-UNAM. FES-Z, UNAM.
- Barcelata-Eguiarte, B. y Márquez-Caraveo, M. E. (2019). Estudios de validez del Youth self report/11-18 en adolescentes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 50(1), 107-22.
- Cima, M., Vancleef, L. M. G., Lobbstaël, J., Meesters, C. y Korebrits, A. (2014). Don't you dare look at me, or else: Negative and aggressive interpretation bias, callous unemotional traits and type of aggression. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 2(2), 128-138. DOI: 10.4172/jcalb.1000128.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2018). *Índices de marginación*. Recuperado de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Marginacion.
- De la Peña-Olvera, F. y Palacios-Cruz, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427.

- Essau, C. A., Sasagawa, S. y Frick, P. J. (2006). Callous-unemotional traits in a community sample of adolescents. *Assessment*, 13(4), 454-469. DOI: 10.1177/1073191106287354.
- Extremera Pacheco, N. N. y Fernández-Berrocal, P. (2013). Inteligencia emocional en adolescentes. *Padres y Maestros/Journal of Parents and Teachers*, (352), 34-39.
- Ferrándiz García, C., Hernández, D., Bermejo García, M. R., Ferrando Prieto, M. y Sáinz, M. (2012). La inteligencia emocional y social en la niñez y adolescencia: validación castellana de un instrumento para su medida. *Revista de Psicodidáctica*, 17(2), 309-339. DOI: 10.1387/Rev.Psicodidact.4496.
- Frick, P. J., y White, S. F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(4), 359-375. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2007.01862.x.
- Frick, P. J., Bodin, S. D. y Barry, C. T. (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic-referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12(4), 382-393. DOI: 10.1037/1040-3590.12.4.382.
- Frick, P. J., Kimonis, E. R., Dandreaux, D. M. y Farrell, J. M. (2003). The 4 year stability of psychopathic traits in non-referred youth. *Behavioral Sciences & the Law*, 21(6), 713-736. DOI: 10.1002/bsl.568.
- Galván, C. (2011). *Validez y confiabilidad del inventario de rasgos de insensibilidad emocional de Frick, en una muestra de adolescentes escolares y de adolescentes en conflicto con la ley* [Tesis de especialidad, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. Bantam.
- Harrod, N. R. y Scheer, S. D. (2005). An exploration of adolescent emotional intelligence in relation to demographic characteristics. *Adolescence*, 40(159), 503-512.
- Katyal, S. y Awasthi, E. (2005). Gender differences in emotional intelligence among adolescents of Chandigarh. *Journal of Human Ecology*, 17(2), 153-155. DOI: 10.1080/09709274.2005.11905771.
- Kimonis, E. R., Frick, P. J., Skeem, J. L., Marsee, M. A., Cruise, K., Munoz, L. C., Aucoin, K. J. y Morris, A. S. (2008). Assessing callous-unemotional traits in

- adolescent offenders: Validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(3), 241-252. DOI: 10.1016/j.ijlp.2008.04.002.
- Kokkinos, C. M. y Kipritsi, E. (2012). The relationship between bullying, victimization, trait emotional intelligence, self-efficacy and empathy among preadolescents. *Social Psychology of Education*, 15(1), 41-58. DOI: 10.1007/s11218-011-9168-9.
- Larsson, H., Viding, E. y Plomin, R. (2008). Callous—unemotional traits and antisocial behavior: Genetic, environmental, and early parenting characteristics. *Criminal Justice and Behavior*, 35(2), 197-211. DOI: 10.1177/0093854807310225.
- Lomas, J., Stough, C., Hansen, K. y Downey, L. A. (2012). Brief report: Emotional intelligence, victimisation and bullying in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35(1), 207-211. DOI: 10.1016/j.adolescence.2011.03.002.
- Mayer, J. D. y Salovey, P. (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442. DOI: 10.1016/0160-2896(93)90010-3.
- Molinuevo Alonso, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: cambios y nuevos retos. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 110, 53-57.
- Nasir, M. y Masrur, R. (2010). An exploration of emotional intelligence of the students of IUI in relation to gender, age and academic achievement. *Bulletin of Education and Research*, 32(1), 37-51.
- Pérez, A. (2014). *Marginación urbana: el caso del oriente mexicano*. Universidad Autónoma de Chapingo y Miguel Ángel Porrúa.
- Petrides, K. V. (2016). Four thoughts on trait emotional intelligence. *Emotion Review*, 8(4), 345-345. DOI: 10.1177/1754073916650504.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 313-320. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00195-6.
- Rivera, A. (2016). *Correlatos entre rasgos de insensibilidad emocional y adaptación adolescente* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Roberts, R. D., MacCann, C., Guil, R. y Mestre, J. M. (2016). Reimagining emotional intelligence: A healthy, much needed, and important progression for the field. *Emotion Review*, 8(4), 334-334. DOI: 10.1177/1754073916650506.

- Rodríguez, R., Barcelata, B. y Rivera, J. (julio, 2017). Propiedades psicométricas del inventario de insensibilidad emocional de Frick en adolescentes mexicanos. *Memorias del XXXVI Congreso Interamericano de Psicología: Inclusión y equidad para el bienestar de las Américas*. Recuperado de <http://promep.sep.gob.mx/archivospdf/MEMORIAS/Producto2873742.PDF>.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185-211. DOI: 10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código ético del psicólogo*. Editorial Trillas.
- Sosa-Correa, M. (2008). *Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE)* [Memoria doctoral, Universidad Complutense de Madrid].
- Sosa-Correa, M., Navarrete-Centeno, J. y Escoffié-Aguilar, E. M. (2014). El modelo de habilidad de la inteligencia emocional y creatividad. *Investigación educativa; estrategias y medios en las universidades de México*, 103-114.
- Sosa-Correa, M., Rodríguez-Ake, A., Castillo Ayuso, R., Ponce, N. y Mestre, J. M. (2018). Propiedades psicométricas: Escala Yucatán del Uso Percibido de la Inteligencia Emocional en Menores (EYUPIE-M). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 48(3), 127-138. DOI: 10.21865/RIDEP48.3.11.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269-307. DOI: 10.1007/BF01319934.
- Velásquez León, L. F. (2014). Estado del arte sobre violencia escolar y vulneración de derechos de la población infantil y juvenil. *Típica. Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 10(1), 64-82.
- Viding, E. y McCrory, E. J. (2012). Genetic and neurocognitive contributions to the development of psychopathy. *Development and Psychopathology*, 24(3), 969.

TRADUCCIÓN Y ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO DE REDES DE RELACIONES EN ADOLESCENTES MEXICANOS: VERSIÓN PAREJA¹

Claudia Iveth Jaen Cortés^{2}*

*Sofía Rivera Aragón**

*Pedro Wolfgang Velasco Matus**

En la adolescencia los hombres y las mujeres comienzan a establecer relaciones románticas con sus pares, por lo que son comunes prácticas como las de “tener una cita”, “salir con alguien” o “establecer un noviazgo” en este periodo del desarrollo. Estudios como los de Wildsmith et al. (2013) indican que entre 47 y 66% de los adolescentes tienen citas amorosas, experiencias íntimas y relaciones de noviazgo.

En España la edad promedio para iniciar una relación de pareja ocurre entre los 12 y 13 años (Delpino, 2013). En México la Encuesta Nacional de la Juventud (Instituto Mexicano de la Juventud [Imjuve], 2010) señala que 75% de los adolescentes y de los jóvenes tenían una relación de noviazgo, de éstos un gran porcentaje emplea su tiempo libre para realizar actividades en pareja, mientras que 6% vive en unión libre o en matrimonio (Imjuve, 2010). Cifras más recientes se refieren a las mujeres, ya que la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016) indica que 6 de cada 10 (63%) mujeres adolescentes solteras tienen una relación de pareja y 61% de las mujeres mayores de 15 años que han tenido una relación de pareja están casadas o unidas (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2019). Por lo tanto, re-

¹ Agradecimiento al proyecto PAPPIT IN303114. Dirección General de Asuntos del Personal Académico, Universidad Nacional Autónoma de México, por el financiamiento de este trabajo académico.

² Contacto: cijaen@gmail.com.

* Universidad Nacional Autónoma de México.

sulta importante estudiar la manera en que hombres y mujeres se relacionan afectivamente en la cultura mexicana.

El estudio de la pareja durante esta etapa del desarrollo es de crucial importancia, pues las primeras experiencias dan pauta a exploraciones íntimas y formales, en ellas los jóvenes se preguntan a sí mismos sobre la clase de personas con que desean tener como pareja a largo plazo (Goosens, 2008); además, cuando dos individuos inician una relación de pareja, lo hacen a través de lo que han incorporado de la propia cultura.

En la elección de pareja influyen factores culturales e individuales; entre los primeros destacan el atractivo físico, la edad, la situación socioeconómica, el grupo étnico, la permisibilidad sexual, entre otros. Dichos elementos se entrelazan con la identidad individual y aspectos emocionales como el enamoramiento, estado donde la vida física y sensorial se vuelve intensa y en la que cada individuo se siente único para el otro, de tal manera que las motivaciones pueden ser por recreación, aprendizaje, estatus, compañía, intimidad o cortejo (Arnett, 2008).

Si consideramos que las relaciones románticas son centrales en la vida de los adolescentes, es necesario analizar sus funciones y características, incluyendo sus cualidades positivas, como el afecto, o negativas, como el conflicto, pues desempeñan un importante papel en el desarrollo de la identidad, así como en la salud mental (Furman y Collins, 2007).

La calidad de las relaciones está conformada por sus cualidades y componentes positivos y negativos, es decir, pueden ser de soporte o discordantes; los positivos se componen de compañerismo, divulgación, soporte emocional, aprobación, satisfacción, entre otros; los negativos abarcan conflictos, críticas, presión, dominación y exclusión, que dan paso a la violencia en la pareja (Kenny et al., 2013). Debido a que las relaciones íntimas constituyen una fuente principal de información, compañía, apoyo, retroalimentación y modelo de comportamiento, resulta primordial analizar las emociones, cogniciones y conductas que las acompañan. Las relaciones sentimentales positivas favorecen la estabilidad emocional de los adolescentes y coadyuvan en el fortalecimiento de la salud física y mental (Echeverría,

2013), por ello se necesita obtener información válida y confiable sobre la manera en que interactúan los adolescentes en pareja.

El propósito del presente estudio es realizar la adaptación y el análisis psicométrico del Inventario de Redes de Relaciones, Versión Cualidades de la Relación de Pareja/Amigo Romántico (*The Network of Relationships Inventory: Relationship Qualities Version*) de Buhrmester y Furman (2008) en adolescentes mexicanos. El objetivo específico reside en estimar la consistencia interna de dicho instrumento a través del coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, en el que colaboraron 653 adolescentes con antecedente de pareja, de los cuales participaron 287 hombres y 366 mujeres (44% hombres y 56% mujeres) residentes de la Ciudad de México y Área Metropolitana, con edades entre los 12 y 17 años ($M=15.33$; $DE=1.61$); 45% de los participantes son estudiantes de nivel básico (educación secundaria) y el resto de educación media superior; 82% tienen un noviazgo, el resto señalaron estar en otro tipo de relación, como “amigos con derechos”, “sólo citas ocasionales”, “sólo amigos románticos”, “sólo tener sexo ocasional”, entre otros. La participación fue voluntaria, confidencial y anónima (véase Tabla 1).

Instrumento

Se utilizó el Inventario de Redes de Relaciones, Versión Cualidades de la Relación (*The Network of Relationships Inventory: Relationship Qualities Version*, NRI, por sus siglas en inglés de Buhrmester y Furman, 2008), que es una combinación del Inventario de Redes de Relaciones de Furman y Buhrmester (1985) y del Cuestionario de Relaciones Familiares (*Family Relationship*

Measure) de Buhrmester et al. (1992). Contiene 30 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones que van de 1=Nada o casi nada; 2=Pocas veces o no demasiado; 3=A veces o algo; 4=A menudo o mucho y 5 =Siempre o extremadamente mucho. Evalúa cinco características positivas y cinco negativas en el contexto de una relación cercana: amigo hombre, amiga mujer, amigo/pareja romántica, hermano(a), padre y madre. Para fines de este estudio, únicamente se aplicó el área que corresponde a pareja/amigo romántico. Los índices de consistencia interna para cada una de las dimensiones se presentan en la Tabla 2.

TABLA 1
Características sociodemográficas de los participantes

	Total (n=653) (100%)	Hombres (n=287) 44%	Mujeres (n=366) 56%
Edad	12-17 AÑOS (M=15.33, DE=1.61)	12-17 AÑOS (M=15.78, DE=1.66)	12-17 AÑOS (M=16.46, DE=1.48)
12 - 14 años	292 (44.71%)	128 (19.60%)	164 (24.11%)
15 - 17 años	361 (55.28%)	159 (24.34%)	202 (30.93%)
Escolaridad			
Secundaria	298 (45.63%)	123 (18.83%)	175 (26.79%)
Bachillerato	355 (54.36%)	164 (25.11%)	191 (29.24%)
Tipo de relación romántica			
Noviazgo	533 (81.62%)	224 (34.30%)	309 (47.32%)
Otra: <i>free</i> , amigos con derechos, sólo citas ocasionales, amigos románticos, sólo sexo ocasional	117 (18.07%)	62 (9.49%)	55 (8.42%)
No respondieron	3 (0.4%)	1 (0.15%)	2 (0.30%)

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 2
Estructura factorial del Inventario de Redes de Relaciones, versión cualidades de la relación de Buhrmester y Furman (2008)

<i>Dominios</i>	<i>Número de reactivos</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Compañía	3	.84
Divulgación	3	.80
Presión	3	.90
Satisfacción	3	.83
Conflicto	3	.73
Soporte emocional	3	.80
Crítica	3	.65
Aprobación	3	.70
Dominio	3	.82
Exclusión	3	.49
Cercanía	3	.93
Discordia	3	.86

Nota: Tabla de creación original.

Procedimiento

El proceso de traducción, adaptación y validación se llevó a cabo en cinco etapas que se enuncian a continuación: 1) se realizó la traducción y adaptación al español de las instrucciones y de los reactivos de la escala original de Buhrmester y Furman (2008) con la asesoría de cinco jueces angloparlantes, quienes revisaron y propusieron la traducción de los 30 reactivos; 2) un juez angloparlante realizó una retraducción de los reactivos del español al inglés; 3) cinco jueces angloparlantes expertos en psicometría y en el tema de relaciones interpersonales revisaron los reactivos en dos idiomas (español e inglés) para determinar si la redacción de cada reactivo tenía un lenguaje adecuado para la población adolescente en México y si éstos conservaban el sentido de lo que se pretendía medir; 4) para realizar el piloteo, el cuestiona-

rio se aplicó a 20 adolescentes, 10 hombres y 10 mujeres, quienes aportaron algunas sugerencias para mejorar la comprensión de algunos reactivos; para finalizar, 5) se obtuvieron las propiedades psicométricas con el procedimiento sugerido por Reyes y García y Barragán (2008).

Los instrumentos fueron aplicados por personal previamente capacitado en espacios públicos, escuelas de educación básica y media superior. Se solicitó el asentimiento informado de los adolescentes que colaboraron en el estudio y se recogió el consentimiento informado de los padres de los participantes que eran menores de edad. La participación fue voluntaria y anónima y el manejo de la información confidencial.

Las instrucciones para responder el instrumento fueron las siguientes: “En la vida conocemos personas que son importantes para nosotros, con quienes tenemos distintos tipos de relaciones. A continuación, te pedimos que señales la frecuencia con la que ocurren algunas situaciones con tus mejores amigos(as) del mismo sexo, del sexo opuesto y con tu pareja romántica. A continuación, se describen algunas situaciones sobre las relaciones que se mencionaron antes, te pedimos que en cada línea elijas un número del 1 al 5, de acuerdo con la frecuencia con que ocurren dichas situaciones”.

Análisis de información

Se realizó un análisis de distribución de frecuencias para cada uno de los reactivos. Primero se analizó el sesgo en la distribución de respuestas y se tomó como criterio de descarte un sesgo cuyo valor absoluto fuera menor a ± 0.5 ; se usó una prueba t de Student para comprobar la capacidad de discriminación de los reactivos entre grupos extremos; se analizó la correlación de cada reactivo con la escala total, y se examinó la contribución de cada reactivo a la consistencia interna. Todos los reactivos se discriminaron entre grupos extremos. Posteriormente, se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal (varimax) para obtener la validez de constructo.

RESULTADOS

En la Tabla 3 se muestra la estructura factorial de la escala que quedó conformada por 27 reactivos distribuidos en cuatro factores que explican 53.42% de la varianza total (se eligieron sólo aquellos reactivos que presentaron un peso factorial mayor o igual a 0.40). Se determinó la factibilidad por medio de la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (κ_{MO}), que arrojó un valor de 0.921 con un nivel de significancia $p=0.00$. El factor Satisfacción con la interacción comprende 10 reactivos: 24, 14, 4, 21, 18, 28, 11, 1, 8, 26; el factor Manipulación y control tiene 9: 23, 17, 13, 3, 27, 29, 19, 20, 9; el factor Autodivulgación y apoyo emocional contiene 5: 2, 22, 12, 6 y 16, y el factor Conflicto está conformado por 3: 15, 25, 5. El coeficiente de consistencia interna total, alfa de Cronbach global fue de $a=0.887$. La dimensión Satisfacción con la interacción tiene un alfa de Cronbach $a=0.89$; el factor Manipulación y control, un alfa de Cronbach $a=0.837$; el factor Autodivulgación y apoyo emocional, un alfa de Cronbach $a=0.859$, y el factor Conflicto, un alfa de Cronbach $a=0.823$ (véase Tabla 3).

En la Tabla 4 se explican las definiciones de cada una de las cuatro dimensiones que componen el Inventario de la versión para adolescentes mexicanos, mientras que en la Tabla 5 se muestran las intercorrelaciones entre los factores de la escala. El factor Satisfacción con la interacción presenta una correlación alta, positiva y significativa con el factor Autodivulgación y apoyo emocional, así como una correlación baja, negativa y significativa con el factor Manipulación y control; el factor Manipulación y control se asocia de manera positiva y significativa con el factor Conflicto. Finalmente, el factor Autodivulgación y apoyo emocional se asocia de manera significativa (aunque la correlación es muy baja) con el factor Conflicto.

TABLA 3
*Análisis de componentes principales con rotación ortogonal y varianza explicada
 de la estructura factorial del Inventario de Redes de Relaciones
 (Buhrmester y Furman, 2008) en adolescentes mexicanos, hombres y mujeres*

<i>Reactivo</i>	1	2	3	4	<i>Total</i>
24. ¿Qué tan satisfecho(a) estás con la relación que tienes con esa persona?	0.773	-0.043	0.150	-0.077	
14. ¿Cuánto te gusta la forma en como están las cosas entre tú y esa persona?	0.770	0.050	0.085	-0.100	
4. ¿Qué tan feliz estás en tu relación?	0.760	0.107	0.110	-0.043	
21. ¿Con qué frecuencia juegas y te diviertes con él/ella?	0.755	0.097	-0.025	0.009	
18. ¿Con qué frecuencia se muestra orgulloso de ti?	0.732	0.077	-0.083	-0.073	
28. ¿Qué tanto le gustan o aprueba las cosas que haces?	0.667	0.038	0.115	0.136	
11. ¿Con qué frecuencia van a lugares y hacen cosas juntos(as)?	0.637	0.291	-0.275	-0.122	
1. ¿Con qué frecuencia pasan tiempo divertido?	0.621	0.249	-0.056	-0.046	
8. ¿Con qué frecuencia te elogia por la persona que eres?	0.607	0.175	0.021	-0.257	
26. Cuando te sientes triste o enojado, ¿con qué frecuencia te da ánimos?	0.550	0.190	0.094	0.350	
23. ¿Con qué frecuencia te presiona para que hagas las cosas que él/ella quiere?	-0.26	0.698	0.060	-0.230	
17. ¿Con qué frecuencia te critica?	-0.28	0.681	0.220	-0.111	
13. ¿Con qué frecuencia, trata de convencerte de hacer cosas que no te gustan?	-0.30	0.673	0.110	-0.222	
3. ¿Con qué frecuencia te pide que hagas cosas que no deseas?	-0.34	0.668	-0.09	-0.382	
27. ¿Con qué frecuencia, te dice cosas que son crueles o duras para ti?	-0.30	0.664	0.210	-0.013	
29. ¿Con qué frecuencia te pide que hagas las cosas a su manera?	-0.09	0.639	0.025	-0.161	

<i>Reactivo</i>	1	2	3	4	<i>Total</i>
19. ¿Con qué frecuencia él/ella termina siendo la persona que toma las decisiones por ambos(as) o por ti?	-0.02	0.551	0.126	-0.176	
20. ¿Con qué frecuencia parece que él/ella te ignora?	-0.41	0.595	0.106	0.181	
9. ¿Con qué frecuencia se sale con la suya cuando hay algún desacuerdo?	0.041	0.554	0.178	-0.03	
2. ¿Con qué frecuencia le platicas cosas que no quieres que otras personas sepan?	0.308	-0.05	0.723	0.120	
22. ¿Con qué frecuencia compartes secretos o sentimientos privados con él/ella?	0.215	0.098	0.707	0.125	
12. ¿Con qué frecuencia le cuentas todo lo que te sucede?	0.224	-0.12	0.566	-0.035	
6. ¿Con qué frecuencia acudes a él/ella para que te apoye con problemas personales?	0.173	-0.05	0.556	0.009	
16. ¿Con qué frecuencia dependes de esa persona para ayuda, consejo o solidaridad?	0.242	0.185	0.536	0.177	
15. ¿Con qué frecuencia se enojan o pelean entre ustedes?	-0.13	-0.52	0.189	0.796	
25. ¿Con qué frecuencia discuten entre ustedes?	-0.09	-0.45	0.234	0.763	
5. ¿Con qué frecuencia tienen desacuerdos y discuten?	-0.13	-0.42	0.122	0.701	
Número de reactivos por factor	10	9	5	3	27
Porcentaje de Varianza Total Explicada	26.59	18.35	4.57	3.91	53.42
Porcentaje de Varianza acumulada	26.59	44.93	49.51	53.42	
Media	3.87	1.81	3.65	2.26	
Desviación estándar	0.888	.709	1.00	.961	
Alfa de Cronbach	0.893	0.837	0.859	0.823	0.887
KMO					0.921

Los valores de los reactivos corresponden a Satisfacción con la interacción (1), Manipulación y control (2), Autodivulgación y apoyo emocional (3), y Conflicto (4). Los valores en negritas son valores mayores a 0.40. Nota: Tabla de creación original.

TABLA 4
*Definición de las dimensiones del Inventario de Redes de Relaciones,
 versión cualidades de la relación de pareja en México*

<i>Dimensión</i>	<i>Definición</i>	<i>Reactivos</i>
Satisfacción con la interacción	Evaluación subjetiva y positiva de la calidad del vínculo e integración con la pareja. Incluye conductas de aprobación, compañía y soporte emocional.	24, 14, 4, 21, 18, 28, 11, 1, 8, 26
Manipulación y control	Tácticas que utiliza uno de los miembros de la pareja para atribuir la responsabilidad de los problemas y errores al otro. El control incluye la imposición en la toma de decisiones y en las conductas de la pareja. Este factor incluye aspectos negativos como la presión, la crítica, el dominio y la exclusión dentro de la dinámica de la interacción en la pareja.	23, 17, 13, 3, 27, 29, 19, 20, 9
Autodivulgación y apoyo emocional	Consiste en compartir información de índole personal. El apoyo consiste en brindar compañía, principalmente en situaciones adversas.	2, 22, 12, 6, 16
Conflicto	Surge de las diferencias de intereses personales entre los miembros de la pareja cuando no pueden llegar a acuerdos. Se caracteriza por la presencia de desacuerdos, discusiones, mala comunicación y peleas.	15, 25, 5

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 5
*Correlaciones entre los factores del Inventario de Redes de Relaciones
 (Buhrmester y Furman, 2008) en mujeres y hombres adolescentes mexicanos*

	1	2	3	4
1. Satisfacción con la interacción	---	-.132**	.763**	-.006
2. Manipulación y control		---	-.032	.578**
3. Autodivulgación y apoyo emocional			---	.079*
4. Conflicto				---

** $p < 0.01$; * $p < 0.05$. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

Los procesos de interacción son fundamentales entre los seres humanos. Existen diversos tipos de relaciones interpersonales, entre éstos, la pareja constituye un ejemplo primordial, pues conforma la relación entre dos personas dentro de un determinado entorno bio-psico-sociocultural que a su vez comprende cogniciones, emociones y conductas (Díaz, 2010). Hombres y mujeres comparten experiencias positivas y negativas dentro de la dinámica de pareja. Respecto a las primeras, recibir soporte y afecto contribuyen en el desarrollo de la autoestima saludable, promueven la comunicación y la adquisición de habilidades favorables del manejo de conflicto, mientras que en las relaciones negativas se pueden expresar actos de violencia física, emocional o sexual. En este estudio, se adaptó una escala con cualidades positivas y negativas; entre las primeras están la Satisfacción con la interacción y la Autodivulgación y el apoyo emocional, mientras que los aspectos negativos se vinculan con el Conflicto, la Manipulación y el control.

El primer factor abarca la satisfacción con el vínculo, que incorpora cogniciones vinculadas con la idealización de la pareja; por ejemplo, la paciencia, la amabilidad, el afecto, la apertura, la tolerancia y la aceptación; experiencias positivas placenteras asociadas al afecto positivo, así como conductas de aprobación, compañía, reciprocidad, comunicación positiva y soporte emocional (Finchman y Beach, 2006). Asimismo, abarca la percepción y evaluación positiva que cada adolescente realiza sobre su pareja, lo que favorece el ajuste, el vínculo emocional y los sentimientos subjetivos de felicidad y placer (Díaz et al., 2017).

La dimensión de Manipulación y control obedece a conductas como atribuir y responsabilizar al otro de las propias acciones, también incorpora la imposición en la toma de decisiones y en la conducta de la pareja, aspectos volátiles en las relaciones adolescentes que pueden desembocar en el desarrollo de patrones de interacción negativa, así como problemas en la salud física y mental.

La Autodivulgación constituye patrones de comunicación interpersonal en los que se revela información personal a la pareja, lo que permite profundizar en el conocimiento del otro, fomentar la intimidad y favorecer la interacción romántica. Abarca la transmisión de creencias, planes a futuro, aspectos sexuales, logros personales, preferencias, entre otros, que se transmiten de manera afectuosa y directa, verbal y no verbal (Sánchez, 2017).

El Apoyo emocional consiste en brindar solidaridad durante la presencia de problemas personales, así también la pareja funge como una fuente de sostén y consejo ante situaciones adversas, lo que influye en la estabilidad emocional de ambos. El conflicto sucede cuando se presentan intereses, posiciones, ideas o creencias incompatibles entre los miembros de la pareja; no sólo abarca el análisis del origen sino la manera en que se enfrentan las diferencias, que puede ser de manera destructiva o constructiva. Los orígenes del conflicto pueden deberse a las actividades de la pareja, a las actividades personales, así como a aspectos individuales, interpersonales y sociales (Rivera et al., 2017).

La importancia de este estudio radica en que durante la adolescencia se inician las relaciones de pareja, que van desde las citas románticas hasta el noviazgo, usualmente marcadas por expresiones de afecto y conductas sexuales anticipadas (Furman y Collins, 2007). Este tipo de prácticas son comunes entre los adolescentes; por lo tanto, pasar tiempo con una pareja actual o potencial contribuye a la formación de la identidad sexual e influye en la manera en que se establecen las relaciones íntimas en la vida adulta (Wildsmith et al., 2013).

Durante la adolescencia, la selección y el proceso de socialización dependen inicialmente de conductas y procesos de interacción similares (semejanza), popularidad de la pareja y funcionamiento. Las experiencias románticas se asocian con un amplio rango de resultados psicosociales que pueden ser favorables o desfavorables; por ejemplo, se fortalece el estatus social, el autoconcepto romántico, los sentimientos de pertenencia e incluso cuando prevalecen aspectos negativos pueden presentarse altos niveles de depresión, altibajos emocionales, conflictos o conductas antisociales. Por

ello, la mayoría de las investigaciones se enfocan en la elección, la evaluación y el funcionamiento de la relación de pareja (Méndez, 2019; Simon et al., 2012), empero, resulta importante estudiar sus características, ya que no sólo tienen efecto en el funcionamiento de la interacción, también muestran un impacto en otras aristas del desarrollo, así como en el establecimiento de relaciones futuras.

La utilidad de este instrumento estriba en que permite identificar las cualidades de las relaciones románticas adolescentes. Esto coadyuvará en el desarrollo de esta línea de investigación para después analizar el proceso que sigue a las relaciones de pareja en este grupo de edad, incluyendo las etapas de surgimiento, conformación y consolidación, a través de la identificación de los cambios cualitativos positivos o negativo. Dicho estudio permitirá analizar el impacto emocional que éstos ejercen en los individuos, así como las consecuencias negativas: el conflicto y la violencia de pareja (Connolly et al., 2004).

REFERENCIAS

- Arnett, J. J. (2008). *Adolescencia y adultez emergente. Un enfoque cultural*. Pearson-Prentice Hall.
- Buhrmester, D., Camparo, L. B., Christensen, A., Shapiro González, L. y Hins-haw, S. P. (1992). Mothers and fathers interacting in dyads and triads with normal and hyperactive sons. *Developmental Psychology*, 28, 500-509.
- Buhrmester, D. y Furman, W. (2008). *The network of relationships inventory: Relationship qualities version* [Documento no publicado, University of Texas].
- Connolly, J., Craig, W., Goldberg, A. y Pepler, D. (2004). Mixed-gender group, dating, and romantic relationships in early adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 14(2), 185-207.
- Consejo Nacional de Población (2019). *Información sociodemográfica de las relaciones de pareja en México*. Recuperado de www.gob.mx/conapo.
- Delpino, G. M. (2013). *Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia*. Liga Española de la Educación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Díaz, L. R. (2010). Una teoría bio-psico-sociocultural de las relaciones de pareja. En S. Rivera y R. Díaz (Eds.), *Antología psicossocial de la pareja. Clásicos y contemporáneos*. Miguel Ángel Porrúa.
- Díaz, L. R., Rivera, A. S., Flores, G. M. M., García, M. M. y Méndez, R. F. (2017). Escala de satisfacción en las relaciones cercanas. En S. Rivera, R. Díaz, F. Méndez, C. Jaen, M. García, A. Romero y G. Villanueva (Eds.), *8 escalas: el lado negativo de las relaciones de pareja*. Manual Moderno.
- Echeverría, C. (2013). *Asociación entre relaciones románticas y la calidad de sueño percibida por jóvenes universitarios* [Tesis de especialidad, Universidad del Rosario].
- Fincham, F. D. y Beach, S. R. (2006). Relationship satisfaction. En A. L. Vangelisti y D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationship*. Cambridge University Press.
- Furman, W. y Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21(6), 1016-1024. DOI: 10.1037/0012-1649.21.6.1016.
- Furman, W. y Collins, A. (2007). Adolescent romantic relationships and experiences. En K. H. Rubin, W. Bukowski y B. Laursen (Eds.), *Peer interactions, relationships, and groups*. Guilford Press.
- Goossens, L. (2008). Adolescent development: Putting Europe on the map. En S. Jackson y L. Goossens (Eds.), *Handbook of Adolescent Development* (1-9). Psychology Press.
- Instituto Mexicano de la Juventud (2010). *Encuesta Nacional de la Juventud. Resultados Generales México*. Recuperado de www.imjuventud.gob.mx/.../Encuesta_Nacional_de_Juventud_2010_-_Resultados_G.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2016/>
- Kenny, R., Dooley, B. y Fitzgerald, A. (2013). Interpersonal relationships and emotional distress in adolescence. *Journal of Adolescence*, 36, 351-360. DOI: 10.1016/j.adolescence.2012.12.005.
- Méndez, R. F. (2019). *Factores psicossociales que se relacionan con el lado oscuro del noviazgo adolescente* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México].

- Reyes, L. I., y García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera, R. Díaz, R. Sánchez e I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México, vol. XII* (625-630). AMEPSO.
- Rivera, A. S., Díaz, L. R., Cruz, C. C. y Jaen, C. C. (2017). Escala de manejo del conflicto. En S. Rivera, R. Díaz, F. Méndez, C. Jaen, M. García, A. Romero y G. Villanueva (Eds.), *8 escalas: el lado negativo de las relaciones de pareja*. Manual Moderno.
- Sánchez Aragón, R. (2017). Auto-divulgación: medición en la pareja mexicana. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 10(2), 11-24.
- Simon, V. A., Wargo Aikins, J., Prinstein, M. J. (2012). Romantic partner selection and socialization during early adolescence. *Child Development*, 79(6), 1676-1692.
- Wildsmith, E., Barry, M., Manlove, J., Vaughn, B. (2013). *Dating and sexual relationships. Adolescent Health Highlight. Child Trends*. Recuperado de <https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/10/2013-04DatingSexualRelationships.pdf>.

ACTITUDES HACIA LA ESTADÍSTICA EN ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

*Laura Fernanda Barrera Hernández¹**

*Maxim Ortiz Valenzuela**

*Mirsha Alicia Sotelo Castillo**

*Dora Yolanda Ramos Estrada**

Es usual ver poco interés, actitudes positivas o negativas y preocupación en los estudiantes universitarios que cursan materias relacionadas con la estadística. El objetivo de la presente investigación fue conocer las actitudes de estudiantes de primer año de psicología hacia la estadística. La muestra estuvo constituida por 189 alumnos entre los 17 y 52 años de edad, con una media de 19.50 años ($DE=3.42$), quienes respondieron a la escala de actitud hacia la estadística de Auzmendi. Entre los resultados destacó que los estudiantes presentan medias moderadas sobre la utilidad de estadística y seguridad, y puntuaciones bajas en ansiedad, agrado y motivación por la asignatura. Los ítems con que los estudiantes presentaron mayor grado de acuerdo señalan que podrían dominar la estadística si se lo propusieran, así como tener un conocimiento más profundo, y reconocen que saber emplearla incrementaría sus posibilidades de conseguir trabajo, además de considerarla una materia necesaria.

Philip (2007) define a las actitudes como maneras de actuar, sentir o pensar que manifiestan la disposición u opinión de una persona. Eagly y Chaiken (2007) señalan que la actitud es “una tendencia psicológica que se expresa al evaluar una entidad particular con algunos grados de favor o desfavor”. Por otra parte, Cherry (2019a) precisa que dentro de la actitud

¹ Contacto: laura.barrera@itson.edu.mx.

* Instituto Tecnológico de Sonora.

existe un conjunto de emociones, creencias y comportamientos hacia un objeto, persona, cosa o evento en particular. Este autor señala también que es el resultado de la experiencia o la educación y pueden tener una fuerte influencia sobre el comportamiento. Las actitudes hacia un determinado tema, por ejemplo, la estadística, suelen ser estables, se pueden graduar según su intensidad, ser positivas o negativas (agrado o desagrado, gusto o disgusto por el tema) y, en ocasiones, expresan sentimientos vinculados a elementos que no son estrictamente parte de la materia (como el profesor o el tipo de actividad); surgen en edades muy tempranas y, aunque tienden a ser favorables en un principio, pueden evolucionar en forma negativa con el paso del tiempo (Comas et al., 2017).

Según Cherry (2019a) las personas tienen más probabilidades de comportarse de acuerdo con sus actitudes bajo ciertas condiciones: cuando las actitudes son el resultado de una experiencia personal, se es experto en el tema, se espera un resultado favorable, las actitudes se expresan repetidamente y cuando se puede ganar o perder algo debido al tema. También menciona (2019b) que los profesionales de la psicología se enfrentan a enormes cantidades de datos respecto a la medición de los cambios de una variable a otra, medir la relación entre variables, cuál es la fuerza de la relación y qué significa; la estadística es una herramienta para analizar esos datos.

Para Cherry (2019b) las estadísticas permiten a los psicólogos organizar los datos de manera que sean más simples de comprender; describir los datos, que sería una forma de resumir lo que existe en una población o una muestra dada; además de hacer inferencias basadas en datos; es decir, probar una hipótesis o suposición sobre lo que predicen que sucederá, al determinar la probabilidad de que una hipótesis sea aceptada o rechazada.

Auzmendi (1992) y Flores (1999) diferencian tres factores básicos en las actitudes llamados *componentes pedagógicos*, entre los que se cuenta el *componente cognitivo*, que se refiere a las concepciones, pensamientos y creencias acerca del objeto actitudinal, en este caso, la estadística. El *componente afectivo o emocional*, formado por las emociones y sentimientos que despierta la estadística, los cuales son más subjetivos, ya que tienden a mostrar

sentimientos de rechazo o de interés. Finalmente está el *componente conductual o tendencial*, que representa la predisposición a la acción o intención de una manera determinada, por ejemplo, cómo y cuándo se usaría la estadística.

Comas et al. (2017) distinguen tres componentes que denominan antropológicos: el *componente social*, integrado por las actitudes relacionadas con la percepción y valoración del papel de la estadística en el ámbito sociocultural de cualquier ciudadano; el *componente educativo*, referente al interés por la estadística y su aprendizaje, la visión de su utilidad para el alumno, la valoración sobre su inclusión en el currículo y la dificultad percibida, y el *componente instrumental*, en el que se recoge la utilidad en otras materias, como forma de razonamiento y componente cultural.

En cambio, Schau et al. (1995) identificaron cuatro componentes o dimensiones de las actitudes hacia las estadísticas: sentimientos *afectivos* positivos y negativos respecto a las estadísticas; actitudes de *competencia cognitiva* sobre la propia capacidad de los conocimientos intelectuales y habilidades en estadística; actitudes de *valor* sobre la utilidad, relevancia y valor de las estadísticas en la vida personal y profesional, y *dificultad* percibida de la estadística como materia.

La estadística es una materia que se imparte prácticamente en todas las carreras universitarias, excepto en aquellas puramente humanísticas como literatura, historia, etcétera. Es, por tanto, una parte de la matemática ante la cual prácticamente todos los estudiantes que realizarán estudios superiores tendrán que enfrentarse en algún momento, se hayan preparado o no adecuadamente para ello (Auzmendi, 1992). Los estudiantes de carreras no científico-experimentales se caracterizan con frecuencia por su escaso interés, actitud negativa o por sus bajas expectativas de éxito en materias de estadística; debido a esto, parece aceptarse que, en general, los alumnos universitarios exhiben lo que se considera una actitud negativa hacia el estudio de la estadística con más frecuencia de la deseada (Flores, 1999). Numerosos alumnos suelen llegar a las asignaturas de estadística con preconcepciones y actitudes negativas hacia la materia, asociadas habitualmente

con altos niveles de ansiedad cuando se enfrentan a las clases, ejercicios o exámenes de estas asignaturas (Carmona, 2004).

Los instructores en los cursos de estadística generalmente enfrentan grandes desafíos al tratar con estudiantes sin interés en la materia. Dichos estudiantes muestran signos de actitud negativa, como sentirse cansados de seguir el curso, incapaces de apreciar los beneficios de las estadísticas o de concentrarse, tienden a interferir en el progreso de la clase.

La actitud del alumno ante un curso es importante pues afecta todo el proceso de aprendizaje; una actitud positiva permite a los estudiantes desarrollar habilidades de pensamiento estadístico, aplicar los conocimientos adquiridos en la vida cotidiana y tener una experiencia agradable durante todo el curso (Judi et al., 2011). Gal et al. (1997) señalaron que las actitudes y creencias de los estudiantes en relación con la estadística merecen atención por tres razones: 1) por su capacidad de influir en el proceso de enseñanza y aprendizaje; 2) por su papel para influir en el comportamiento estadístico de los estudiantes tras abandonar el aula, y 3) por su capacidad para influir en la elección de inscribirse o no en un curso, más allá de su primer encuentro con las estadísticas. Pérez et al. (2015) consideran que los resultados obtenidos deben ser valorados por los docentes de esta especialidad para diseñar un contenido didáctico que responda a las expectativas favorables frente al curso de estadística y crear nuevas formas de abordar los temores hacia la disciplina. En el contexto universitario, Bautista et al. (2016) señalaron que resulta importante para los educadores conocer las actitudes que los alumnos manifiestan, ya sea ansiedad o temor hacia la materia, así como la utilidad que le dan para su formación profesional, etcétera, con el fin de replantear su quehacer docente, incorporando o diseñando acciones dentro y fuera del salón de clase que incidan directamente en dichas actitudes, motivando así un aprendizaje significativo de la estadística. Bazán y Pereda (2006) consideran importante que el profesor tenga en mente una idea general de las actitudes de sus alumnos en relación con la matemática-estadística, con lo cual se asegure una base sólida –que busque el incentivo de actitudes positivas– sobre la que debe reposar dicho programa.

Por lo tanto, la presente investigación es relevante para los docentes que ejercen en el área de la estadística, ya que –como mencionaban los autores citados anteriormente– los profesores deben plantearse cómo abordar las actitudes negativas hacia la materia mediante el uso de diferentes estrategias didácticas y propiciar así un aprendizaje positivo. Además, la materia aporta conocimiento científico que puede ser de utilidad en el área de la psicología educativa, respecto a la formación de futuros profesionales en psicología, educación y áreas afines.

Ghulami et al. (2015) señalaron que muchos profesores e investigadores de educación estadística están interesados en conocer la percepción de las actitudes de sus estudiantes hacia la materia durante el curso de esta asignatura. En ese lapso, la actitud positiva hacia la estadística es vital, debido a que ésta alentará el interés de los estudiantes y facilitará el dominio del contenido; no obstante, los estudiantes que poseen actitudes negativas ante la estadística se sentirán deprimidos, con riesgo de fracaso, debido a que a menudo son muy emocionales y no pueden avanzar.

Las actitudes de los estudiantes universitarios frente a la estadística son analizados de manera notable por Coetzee y Merwe (2010), quienes hallaron que los estudiantes perciben que las estadísticas son técnicas complicadas y difíciles de dominar; sin embargo, están interesados en el tema y creen que las estadísticas son valiosas, además, encontraron que el grado en el que los estudiantes se sentían capaces en matemáticas estaba relacionado con el grado en que se sentían seguros de su propia autoeficacia para dominarlas.

En la Universidad de Kansas (2019) se encontró, en una muestra de 228 estudiantes universitarios, que 80% de los alumnos han experimentado algún tipo de ansiedad estadística; para los estudiantes que se especializan en psicología, esta ansiedad a menudo pone obstáculos en su camino hacia la titulación. En otro estudio, García (2016) encontró que más de 60% se sienten asustados ante la estadística. Escalante (2010) halló que el desarrollo de las actividades didácticas que tienen como eje central la construcción del conocimiento estadístico por los propios alumnos, genera aprendizajes más significativos y actitudes más positivas. Stickels y Dobbs (2007) investigaron

si la ansiedad en los universitarios sobre la estadística cambió al utilizar computadoras como herramienta de aprendizaje en comparación con el método tradicional. Observaron diferencias significativas en ambos grupos, los estudiantes en la clase de computación experimentaban menos ansiedad en comparación con los estudiantes que en la clase sólo utilizaron calculadora, papel y lápiz.

Pérez et al. (2015) analizaron las actitudes de 545 estudiantes colombianos de nueve programas de escuelas profesionales ante la estadística. Se identificó que los estudiantes de las escuelas de Economía, Ciencias Exactas e Ingeniería presentaban una actitud más positiva, mientras que entre los alumnos de la Escuela Internacional de Administración y Marketing se hallaron actitudes más negativas. Bautista et al. (2016) desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar las actitudes ante la estadística en estudiantes universitarios, en el que aplicaron la Escala de Actitud hacia la Estadística (EAE) a 392 estudiantes de diferentes carreras de la Universidad de Sonora que cursaban la materia de estadística, cuyos resultados indicaron que 60% presentaba una actitud favorable o muy favorable y sólo 4.3% se mostró desfavorable.

Por otro lado, Vilá y Rubio (2016) evidenciaron niveles neutros-bajos de actitud general ante la estadística en estudiantes de pedagogía, a la vez que identificaron tres grupos: el primero mostraba una actitud desfavorable, pero no ansiosa, con apenas conocimientos previos de la materia; el segundo grupo indicaba una actitud positiva, al que le gusta la estadística, aunque también daba señales de preocupación y ansiedad; el tercer grupo destacó por la ansiedad ante la asignatura.

Sesé et al. (2015) encontraron en una muestra de 472 estudiantes de asignaturas de estadística de Ciencias de la Salud que las actitudes son el principal predictor del rendimiento y mediadores entre la ansiedad y la productividad en esta materia; además, la ansiedad ante los exámenes fue un predictor directo positivo de la ansiedad ante la estadística.

Rodríguez (2011) indicó que los estudiantes de carreras humanísticas poseen actitudes más desfavorables hacia la estadística que los estudiantes de

carreras no humanísticas. Asimismo, las condiciones didácticas de los profesores, el promedio de calificación obtenido en matemáticas durante la secundaria y la opinión sobre la utilidad de la estadística en la profesión influyeron significativamente en la formación de las actitudes hacia la estadística.

Comas et al. (2017) se centraron en el estudio de las actitudes hacia la estadística en estudiantes de psicología, y hallaron que éstas son moderadas o positivas, que el curso y los estudios previos en la materia inciden en su actitud y las puntuaciones totales más bajas se presentan en los alumnos que nunca estudiaron dicha materia. Prayoga y Abraham (2017) también explicaron la actitud de los estudiantes de psicología hacia las estadísticas mediante un modelo teórico. Se descubrió que la apropiación estadística depende de la experiencia, sobre todo si es mala la experiencia.

Dentro de las ciencias psicológicas, una comprensión sólida de las estadísticas es esencial para una carrera exitosa en la academia o en la práctica (Siew et al., 2019). Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación consiste en conocer las actitudes hacia la estadística en los estudiantes de primer año de la carrera de psicología.

MÉTODO

Participantes

En el estudio participaron 189 alumnos de psicología, 24.3% hombres y 75.7% mujeres, entre los 17 y los 52 años de edad ($M=19.50$ años, $DE=3.42$). Del total, 27.5% de los estudiantes participantes trabaja, 72.5% no trabaja y 21.7% señaló que dedica cinco horas a la semana al estudio. En cuanto a la escolaridad de la madre, 5% indicó que su mamá no estudió; 5.8%, que sólo estudió la primaria; 34.9%, que terminó la secundaria; 39.7%, que concluyó la preparatoria; 12.7%, que cuenta con una licenciatura, y 6.3% indicó que su madre estudió un posgrado. En relación con la escolaridad del padre, 7.4% indicó que estudió la primaria; 28.6%, que terminó la secundaria; 39.7%, que concluyó la preparatoria; 17.5%, que cuenta con una licenciatura, y 6.9% indicó que su padre estudió un posgrado. Respecto a la ocupación de los

padres, 43.9% indicó que su madre es ama de casa y 59.8% señaló que su padre es empleado.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Actitud hacia la Estadística de Auzmendi (1992), la cual está formada por 25 ítems en formato Likert con cinco opciones de respuestas, en la que 1 equivale a “totalmente en desacuerdo”, hasta 5, “totalmente de acuerdo”; reporta una estructura factorial de cinco dimensiones, uno de tipo cognitivo y cuatro de tipo afectivo: utilidad que el estudiante le da al conocimiento de la estadística (ítems 1, 6, 11, 16 y 21); ansiedad o temor que se manifiesta ante la materia (ítems 2, 7, 12, 17 y 22); confianza o seguridad al enfrentarse a la estadística (ítems 3, 8, 13, 18 y 23); agrado o disfrute que provoca el trabajo estadístico (ítems 4, 9, 14, 19 y 24), y motivación al estudiar y usar la estadística (ítems 5, 10, 15, 20 y 25).

Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo en la materia de laboratorio de análisis de datos, con la previa autorización de los profesores que imparten el curso. A los participantes se les informó acerca del estudio y de la confidencialidad de los datos recabados; posteriormente, se les solicitó su consentimiento para responder a los instrumentos. El tiempo aproximado de respuesta fue de 15 minutos.

Análisis de información

Los resultados fueron analizados utilizando estadísticas univariadas (medias, desviación estándar y frecuencias) y se revisó la consistencia interna de la escala calculando el alfa de Cronbach en SPSS versión 23.0.

RESULTADOS

Respecto a la actitud general ante la estadística, los estudiantes universitarios participantes obtuvieron una media de 3.38, lo cual corresponde a una actitud moderada con inclinación positiva si se considera que las puntuaciones en la escala van de 1 a 5. Asimismo, respecto a las dimensiones, los estudiantes reportan otra media elevada en utilidad ($M=3.75$), seguida de confianza ($M=3.50$), la media más baja se presentó en agrado ($M=2.73$). Lo anterior indica que los estudiantes de psicología consideran útil el conocimiento de la estadística en su profesión y se muestran tranquilos ante un problema de estadística. Por otra parte, las puntuaciones bajas en agrado indican que no les resulta una materia divertida ni es estimulante. También muestra que no desearían un trabajo en el que se dependiera de la estadística (véase Tabla 1).

TABLA 1
Estadísticos descriptivos de actitud hacia la estadística y sus dimensiones

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Alfa</i>
Actitud hacia la estadística	2.12	4.68	3.38	.475	.87
Utilidad	1.80	4.80	3.75	.522	.58
Ansiedad	1.25	5.00	3.39	.741	.79
Confianza	1.60	5.00	3.59	.672	.76
Agrado	1.00	4.40	2.73	.696	.77
Motivación	1.80	5.00	3.42	.566	.50

Nota: Tabla de creación original.

Los ítems con los que los estudiantes estuvieron de acuerdo, según el puntaje promedio, sugieren que los alumnos dominarían la estadística si se lo propusieran. Reportan interés en profundizar en la materia y tener un conocimiento más amplio, lo cual incrementaría sus oportunidades de trabajo; además, consideran indispensable la estadística en su profesión. Las

puntuaciones con las que estuvieron menos de acuerdo corresponden a los ítems referentes a lo divertido que les resulta la estadística y que les gustaría tener una ocupación en la que empleen dicha materia (véase Tabla 2).

TABLA 2
Estadísticos descriptivos por ítem

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
<i>Utilidad</i>				
1. Considero la estadística como una materia muy necesaria	1	5	4.02	.846
6. Quiero llegar a tener un conocimiento más profundo de la estadística	1	5	4.20	.871
11. Saber utilizar la estadística incrementaría mis posibilidades de trabajo	2	5	4.17	.781
16. Para el desarrollo profesional de nuestra carrera considero que existen otras asignaturas más importantes que la estadística	1	5	3.09	.923
21. Para el desarrollo profesional de mi carrera, una de las asignaturas más importantes que ha de estudiarse es la estadística	1	5	3.28	.845
<i>Ansiedad</i>				
2. La asignatura de estadística se me da bastante mal	1	5	3.30	.950
7. La estadística es una de las asignaturas que más temo	1	5	3.47	1.039
12. Cuando me enfrento a un problema de estadística me siento incapaz de pensar con claridad	1	5	3.47	.939
17. Trabajar con la estadística hace que me sienta muy nervioso/a	1	5	3.27	1.036
22. La estadística hace que me sienta incómodo/a y nervioso/a	1	5	3.48	.994

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
<i>Confianza</i>				
3. El estudiar o trabajar con la estadística no me asusta en absoluto	1	5	3.42	1.036
8. Tengo confianza en mí mismo/a cuando me enfrento a un problema de estadística	1	5	3.39	.961
13. Estoy calmado/a y tranquilo/a cuando me enfrento a un problema de estadística	1	5	3.34	.884
18. Me altero cuando tengo que trabajar en problemas de estadística	1	5	3.45	.992
23. Si me lo propusiera, considero que podría dominar bien la estadística	1	5	4.39	.843
<i>Agrado</i>				
4. El utilizar la estadística es una diversión para mí	1	5	2.61	.980
9. Me divierte hablar con otros de estadística	1	5	2.36	.948
14. La estadística es agradable y estimulante para mí	1	5	2.87	.956
19. Me gustaría tener una ocupación en la cual tuviera que utilizar la estadística	1	5	2.74	.992
24. Si tuviera la oportunidad, me inscribiría en más cursos de estadística de los que son	1	5	3.10	.940
<i>Motivación</i>				
5. La estadística es demasiado teórica como para ser de utilidad práctica para el profesional medio	1	5	3.57	.916
10. La estadística puede ser útil para el que se dedique a la investigación, pero no para el profesional promedio	1	5	3.41	.978
15. Espero utilizar poco la estadística en mi vida profesional	1	5	2.93	1.024
20. Me provoca una gran satisfacción lograr resolver problemas de estadística	1	5	3.60	1.099
25. La materia que se imparte en las clases de estadística es muy poco interesante	1	5	3.64	.797

Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos se concluye que los estudiantes presentan una actitud positiva moderada hacia la estadística, ya que la consideran una herramienta necesaria y útil para su profesión y muestran poca preocupación y nerviosismo; sin embargo, reflejan poco agrado por dicha materia. Este hallazgo concuerda con Bautista et al. (2016), quienes reportaron que 60% manifestó una actitud favorable o muy favorable hacia la estadística. Los resultados también son congruentes con Comas et al. (2017), quienes hallaron que las actitudes son en general positivas. Sin embargo, estas observaciones difieren con lo dicho por Flores (1999), quien señaló que los alumnos universitarios suelen presentar con mayor frecuencia una actitud negativa; también contrastan con lo señalado por Rodríguez (2011), quien indica que los estudiantes de carreras humanísticas presentan actitudes desfavorables, además de lo mencionado por Vilá y Hurtado (2016), quienes evidenciaron niveles neutros-bajos hacia la estadística.

Por otro lado, Coetzee y Merwe (2010) hallaron en sus resultados que los estudiantes consideran valiosa la estadística, lo cual concuerda con lo reportado por los estudiantes que participaron en esta investigación, quienes obtuvieron mayores puntajes en la dimensión de utilidad, al reportar que la estadística es una materia necesaria.

La presente investigación tiene sus limitaciones, ya que no se consideraron factores como el conocimiento previo sobre la materia o las características del docente, pues éstos pueden ser elementos determinantes de una prevalencia de actitudes positivas o negativas hacia la estadística. Habría resultado interesante conocer las calificaciones de los estudiantes en alguna materia de matemáticas o estadística para corroborar la congruencia de sus respuestas en el instrumento utilizado. Siguiendo las investigaciones de Coetzee y Merwe (2010), se considera que los estudios futuros podrían investigar cómo y en qué medida las actitudes de los estudiantes contribuyen a su desempeño en estadísticas. Por lo tanto, se sugiere continuar con esta línea de investigación en estudios posteriores.

REFERENCIAS

- Auzmendi Escribano, E. (1992). *Las actitudes hacia la matemática-estadística en las enseñanzas media y universitaria. Características y medición*. Mensajero.
- Bautista Jacobo, A., Morales González, M. V., Dórame Bueras, L. G. y Peralta Torua, G. (2016). Un estudio sobre las actitudes hacia la estadística en estudiantes universitarios. *Epistemus. Ciencia, Tecnología y Salud*, 20, 48-54.
- Bazán, J. L. y Pereda Aparicio, A. S. (2006). Las actitudes hacia la Matemática-Estadística dentro de un modelo de aprendizaje. *Educación*, 15(28), 7-20. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/2041>.
- Carmona, J. (2004). Una revisión de las evidencias de fiabilidad y validez de los cuestionarios de actitudes y ansiedad hacia la estadística. *Statistics Education Research Journal*, 3(1), 5-28.
- Cherry, K. (2019a). Attitudes and behavior in psychology. *Verywellmind*. Recuperado de <https://www.verywellmind.com/attitudes-how-they-form-change-shape-behavior-2795897>.
- Cherry, K. (2019b). Why are statistics necessary in psychology? *Verywellmind*. Recuperado de <https://www.verywellmind.com/why-are-statistics-necessary-in-psychology-2795146>.
- Coetzee, S. y van der Merwe, P. (2010). Industrial psychology students' attitudes towards statistics. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36(1), 1-8. Recuperado de http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-07632010000100009&lng=en&tlng=en.
- Comas, C., Martins, J. A., Nascimento, M. M. y Estrada, A. (2017). Estudio de las actitudes hacia la estadística en estudiantes de psicología. *Bolema: Boletim de Educação Matemática*, 31(57), 479-496. DOI: 10.1590/1980-4415V31N57A23.
- Eagly, A. H. y Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*: 25(5), 582-602. DOI: 10.1521/soco.2007.25.5.582.
- Escalante Gómez, E. (2010). Actitudes de alumnos de posgrado hacia la estadística aplicada a la investigación. *Encuentro*, (85), 27-38. DOI: 10.5377/encuentro.v42i85.57.
- Flores, J. G. (1999). Actitudes hacia la estadística. Incidencia de las variables sexo y formación previa. *Revista Española de Pedagogía*, 567-589.

- Gal, I., Ginsburg, L. y Schau, C. (1997). Monitoring attitudes and beliefs in statistics education. *The Assessment Challenge in Statistics Education*, 12, 37-51.
- García, L. (2016). Actitudes hacia la estadística y rendimiento académico [Tesis de grado en Pedagogía, Universidad de Sevilla].
- Ghulami, H. R., Ab Hamid, M. R. y Zakaria, R. (2015). Comparative analysis of positive and negative attitudes toward statistics. *AIP Conference Proceedings* 1643, 1, 212-218. AIP. DOI: 10.1063/1.4907447.
- Judi, H. M., Ashaari, N. S., Mohamed, H. y Wook, T. M. T. (2011). Students profile based on attitude towards statistics. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 18, 266-272. DOI: 10.1016/j.sbspro.2011.05.038.
- Pérez Laverde, L. E., Aparicio Pereda, A. S., Bazán Guzmán, J. L. y Abdounur, O. J. (2015). Actitudes hacia la estadística de estudiantes universitarios de Colombia. *Educación Matemática*, 27(3), 111-149.
- Philipp, R. A. (2007). Mathematics teachers' beliefs and affect. *Second Handbook of Research on Mathematics Teaching and Learning*, 1, 257-315.
- Prayoga, T. y Abraham, J. (2017). A psychological model explaining why we love or hate statistics. *Kasetsart Journal of Social Sciences*, 38, 1-8. DOI: 10.1016/j.kjss.2016.08.013.
- Rodríguez Feijóo, N. (2011). Actitudes de los estudiantes universitarios hacia la estadística. *Interdisciplinaria*, 28(2), 199-205. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18022339002>.
- Schau, C., Stevens, J., Dauphinee, T. L. y Del Vecchio, A. (1995). The development and validation of the survey of attitudes toward statistics. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 868-875. DOI: 10.1177/0013164495055005022.
- Sesé, A., Jiménez, R., Montaña, J. J. y Palmer, A. (2015). ¿Pueden las actitudes hacia la estadística y la ansiedad estadística explicar el rendimiento de los estudiantes? *Revista de Psicodidáctica*, 20(2), 285-304. DOI: 10.1387/RevPsi codidact.13080.
- Siew, C. S. Q., McCartney, M. J. y Vitevitch, M. S. (2019). Using network science to understand statistics anxiety among college students. *Scholarship of Teaching and Learning in Psychology*, 5(1), 75-89. DOI: 10.1037/stl0000133.
- Stickels, J. W. y Dobbs, R. R. (2007). Helping Alleviate Statistical Anxiety with Computer Aided Statistics Classes. *Journal of Scholarship of Teaching and Learning*, 7(1), 1-15. Recuperado de <http://scholarworks.iu.edu/journals/index.php/josotl/article/view/1676>.

University of Kansas (2019). 'Statistics anxiety' is real, and new research suggests targeted ways to handle it. *Science Daily*. Recuperado de www.sciencedaily.com/releases/2019/01/190116111131.htm.

Vilà Baños, R. y Rubio Hurtado, M. J. (2016). Actitudes hacia la Estadística en el alumnado del grado de Pedagogía de la Universidad de Barcelona. *Revista de Docencia Universitaria*, 14(1), 131-150. DOI: 10.4995/redu.2016.5766.

VIOLENCIA Y AGRESIÓN

¿ES POSIBLE TERMINAR EL CÍRCULO DE VIOLENCIA?

Blanca Inés Vargas Núñez^{1}*

*María Sughey López Parra**

*Eduardo Cortés Martínez**

En las investigaciones sobre violencia en la pareja se observa que el comportamiento comienza por lo regular con palabras agresivas hasta llegar a los golpes y, por último, pedir perdón por lo que se hizo (Walker, 1979, 1984, 2004). Estas investigaciones han aportado elementos muy valiosos y se ha obtenido una explicación razonable sobre el desarrollo de la violencia en la relación de pareja. Al hablar del círculo de violencia, se describen los tres elementos contemplados: comienza con palabras agresivas, siguen los golpes y luego el arrepentimiento. No obstante, hay algunos cuestionamientos. ¿Por qué las personas no se detienen cuando comienzan a insultar o agredir? ¿Las personas identifican sus palabras violentas? ¿Por qué dan paso a los golpes? En esta secuencia de palabras y acciones, la pareja puede tomar varias decisiones para terminar o continuar el conflicto. Bonache et al. (2016) muestran tres factores de resolución de problemas en la pareja que pueden propiciar o no el comportamiento violento: manejo negativo del conflicto (enfadarse y perder el control), manejo positivo del conflicto (encontrar alternativas que sean aceptables para los dos) y manejo no constructivo, retirada (llegar al límite, “cerrarse” y negarse a hablar más). López et al. (2015) encontraron que el afrontamiento juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y la violencia, lo que hace pensar que la pareja utiliza principalmente el manejo negativo y el no constructivo, como una manera de enfrentar y resolver sus problemas.

¹ Proyecto apoyado por el PAPIIT IN306219.

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.

Estos resultados plantean la interrogante de estudiar la relación entre el conocimiento de lo que es el comportamiento violento y su recepción o emisión.

En 2016 Fernández et al. exploraron los niveles de conocimiento general en torno al concepto de violencia, sus manifestaciones y percepción en jóvenes de Tijuana, Baja California, México. De los resultados obtenidos se destaca la alarmante incidencia de violencia, el bajo nivel de discernimiento de esos actos y la escasa diferencia observada en ambos sexos, a pesar de que los participantes resaltan la impresionante incidencia del maltrato en la pareja, cuya proporción ocurre en más de 80%.

El comportamiento violento entre las parejas heterosexuales fue analizado por Rosales et al. (2017). Por su parte, en el estudio de Fernández et al. (2016) los participantes identificaron los diversos tipos de violencia física, psicológica, sexual y económica, asimismo reportaron propiciar violencia en sus parejas. 93.8% hostigó psicológicamente a su pareja, mientras que 12.5% de los varones y 14.3% de las mujeres admitió haber suscitado violencia física. Por otra parte, 129 mujeres declararon estar involucradas en algún tipo de violencia íntima, 89.9% en una psicológica; 31%, física; 9.3%, sexual, y 18.6%, económica. Los 48 hombres que reconocieron estar involucrados en violencia de pareja, 87.5% aclaró que era de tipo psicológico; 25%, económico, y 22.9%, físico, pero ninguno de tipo sexual. Los autores concluyeron que el grupo participante en la investigación, que cuenta con un alto nivel socioeconómico y cultural presenta un alto grado de violencia, en especial la de tipo psicológico, seguida de la violencia física. Otro resultado importante de la investigación es que permitió conocer la gran proporción de jóvenes que no tenían conciencia de ser agresores. De un total de 245 victimarios, 136 desconocían maltratar a su pareja al no considerar esas conductas como violentas. Esto explica parcialmente que se las considere normales y, en consecuencia, pasen desapercibidas; además, lleva a pensar que no es suficiente conocer o identificar los tipos de violencia para no estar en una relación violenta o para no ejercerla. El estudio revela el vacío de información y escasa conciencia de lo que se considera en realidad violencia, ya sea

como objeto o sujeto de esa conducta, o ambos; pero también deja ver la normalización e invisibilización de la misma, aun entre personas de ambos sexos pertenecientes a un estrato socioeconómico alto.

Estas investigaciones indican que la existencia de violencia cotidiana puede llegar a validar la violencia hacia la pareja. No obstante, hay comportamientos que no se clasifican como actos de violencia y aún no se han estudiado, por lo cual, al no ser reconocidos posibilitan la continuidad en el círculo de violencia.

El presente estudio parte de la idea de que hay un continuo entre el comienzo de la violencia hasta el extremo: el asesinato. Se han realizado un gran número de investigaciones que estudian dicha situación extrema, en la que principalmente es la mujer quien resulta agredida, golpeada, maltratada, ultrajada y asesinada. No obstante, aún no se analiza el comienzo de la violencia, la que se da de manera cotidiana y que parece ser tan natural. El propósito del presente trabajo es identificar lo que hombres y mujeres, en su cotidianidad, dicen y hacen cuando se pelean y agreden a su pareja.

MÉTODO

Participantes

Colaboraron 300 personas (150 hombres y 150 mujeres), entre los 18 y los 60 años de edad ($M=29$ años). Nivel de escolaridad: 12% curso la primaria, 35% la preparatoria, 53% la licenciatura; estado civil: soltero 61%, casado 23%, unión libre 10%, divorciado 2%, separado 4%. La muestra se seleccionó de acuerdo con un procedimiento no aleatorio de tipo accidental. Se acudió a escuelas y parques para la aplicación de las redes. El criterio de inclusión fue que en el último año los participantes hayan tenido una pareja.

Instrumentos

Se utilizó la técnica de Redes Semánticas Naturales Modificadas (Reyes-Lagunes, 1993), y se emplearon las siguientes preguntas: 1) ¿Qué me dice mi

pareja cuando busca pelear conmigo? 2) ¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo? 3) ¿Qué me dice mi pareja cuando me agrede? 4) ¿Qué me hace mi pareja cuando me agrede?

Walker (1979, 2004) indica que el ciclo de violencia comienza con la fase 1 de Tensión creciente, en donde se manifiestan de forma específica conductas de violencia verbal o física, de carácter leve y aislado. Si se tiene en cuenta que se quiere analizar lo que se dice de manera cotidiana cuando hay una pelea, las preguntas se generaron a partir de lo que las mujeres viven con sus parejas cuando comienza una discusión.

Procedimiento

A los participantes se les solicitó su consentimiento informado. Se les comunicó que los datos se utilizarían con fines estadísticos; se les proporcionó el instrumento y se les agradeció su colaboración. Se obtuvieron los datos: Tamaño de la red (TR), Peso semántico (PS), Núcleo de la red (NR). Se utilizó la *chi* cuadrada para analizar las diferencias entre hombres y mujeres.

RESULTADOS

En la Figura 1 se muestran las 20 definidoras que obtuvieron mayor peso semántico en hombres y mujeres para la siguiente pregunta: ¿qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo?

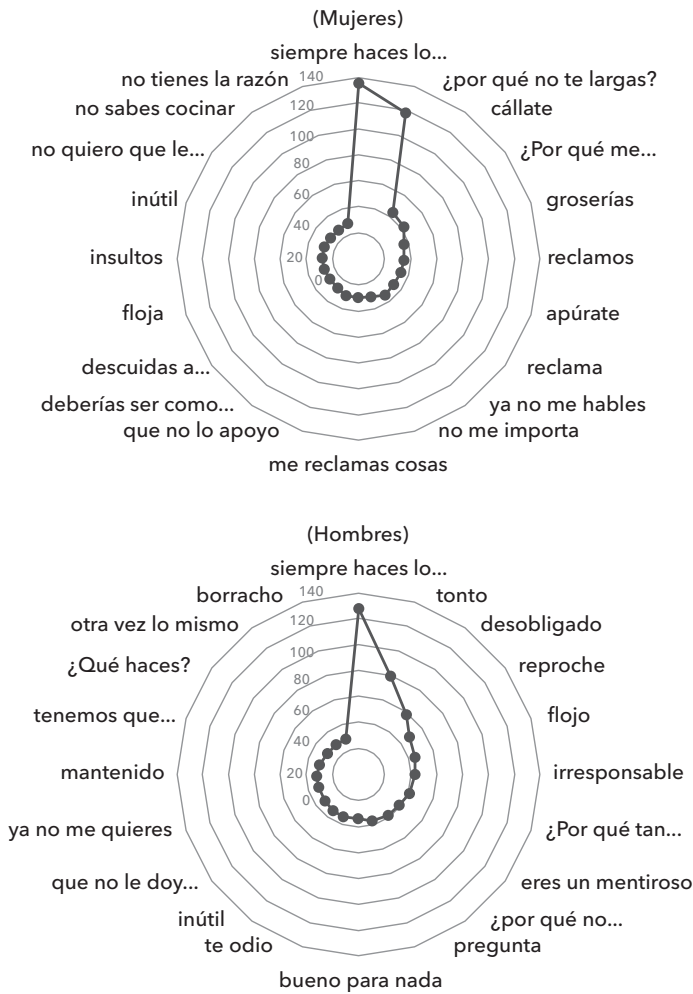
Para los hombres, las definidoras que componen al núcleo de red son las siguientes: “siempre haces lo mismo”, “tonto”, “desobligado”; reproche: “flojo”, “irresponsable”, “¿por qué llegas tan tarde?”, “eres un mentiroso”, “¿por qué no contestas?”, “eres un bueno para nada”, “te odio”, “inútil”; cuando no recibe dinero: “¿ya no me quieres?”, “mantenido”, “tenemos que hablar”, “¿qué haces?”, “otra vez lo mismo”, “borracho”; otro reproche común, que no aportan económicamente.

Para las mujeres, las definidoras de su núcleo de red son las siguientes: “siempre haces lo mismo”, “¿porque no te largas?”, “¿cállate?”, “¿por qué me

ignoras?"; groserías, reclamos, "apúrate", "ya no me hables", "no me importa", "inútil", "floja", "no sabes cocinar", "no tienes la razón"; reclamo de cosas, falta de apoyo, comparación con otras mujeres, el descuido de los hijos, prohibirles hablar con otras personas, insultos y reclamos.

FIGURA 1

Núcleo de red para la pregunta: ¿Qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo?



Nota: Figura de creación original.

El Tamaño de la red para “¿Qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo?”, en el caso de los hombres fue de 417 definidoras y en las mujeres de 411 definidoras. En las definidoras similares, se encontraron diferencias significativas en relación con el sexo de los participantes, como en la definidora “flojo” ($X^2=4.95, p=0.05$).

TABLA 1
Definidoras para “¿Qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo?”
Mujeres y hombres

<i>Mujer</i>	<i>Hombre</i>		Chi cuadrada	Sig.	
	DEF	PS			DEF	PS
“siempre haces lo mismo”	135	“siempre haces lo mismo”	129		
“floja”	27	“flojo”	46	4.95	0.05
“inútil”	27	“inútil”	33		
TR=411		TR=417			

DEF=Definidora, PS=Peso semántico, TR=Tamaño de la red, Sig.=significancia. Nota: Tabla de creación original.

En la Figura 2 se muestran las 20 definidoras para “¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo?”, las cuales obtuvieron mayor peso semántico en hombres y mujeres. Para los hombres, el núcleo de red está compuesto por “grita”, “me ignora”, “empuja”, “insulta”, “no me ayuda en la casa”, “no me da de comer”, “interroga”, “se pone histérica”, “reprocha”, “deja mis cosas afuera”, “habla mal de mi mamá”, “me avienta las cosas”, “se va con su madre”, “me cuestiona todo”, “me molesta”, “me pellizca”, “recuerda mi pasado”, “reclama sin sentido”, “me pregunta si le escondo algo”, “se enoja sin motivo”.

Para el caso de las mujeres, su núcleo de red está compuesto por “grita”, “no me hace caso”, “me ignora”, “me deja”, “me reclama”, “me hace muecas”, “insulta”, “se va a la calle”, “me empuja”, “nada”, “me busca”, “no me deja entrar a la casa”, “me jala”, “bebe alcohol”, “no llega a la casa”, “busca pretextos”, “dice cosas que me molestan”, “no me da dinero”, “llega tarde”, “me contesta de forma agresiva”.

El Tamaño de la red para la pregunta: ¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo? fue de 318 definidoras en el caso de los hombres y 295 definidoras en el de las mujeres. Se encontraron diferencias significativas entre definidoras como “reclama sin sentido” ($X_2=27.85 p<0.001$) y en “grita” ($X_2=27.74 p<0.001$), “me ignora” ($X_2=15.13 p<0.001$) y “me empuja” ($X_2= 69.55 p<0.001$).

FIGURA 2
Núcleo de red para: ¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo?
(Hombres)



Nota: Figura de creación original.

TABLA 2
 Definidoras para la pregunta: ¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo?
 Mujeres y hombres

<u>Mujer</u>		<u>Hombre</u>		Chi cuadrada	Sig.
DEF	PS	DEF	PS		
“grita”	261	“grita”	396	27.74	0.001
“me ignora”	144	“me ignora”	218	15.13	0.001
“me empuja”	46	“me empuja”	168	69.55	0.001
“insulta”	99	“insulta”	111	0.69	
“reclama sin sentido”	92	“reclama sin sentido”	33	27.85	0.001
TR=295		TR=318			

DEF=Definidora, PS=Peso semántico, TR=Tamaño de la red, Sig.=significancia.

Nota: Tabla de creación original.

En la Figura 3 se muestran las 20 definidoras para la pregunta: “¿Qué me dice mi pareja cuando me agrede?”, que obtuvieron mayor peso semántico en hombres y mujeres. En el caso de los hombres, su núcleo quedó conformado por las siguientes definidoras: “tonto”, “pendejo”, “idiota”, “inútil”, “mantenido”, “flojo”, “hijo de puta”, “irresponsable”, “grosería”, “estúpido”, “cabrón”, “eres un desgraciado”, “siempre tus mentiras”, “bueno para nada”, “no me agrede”, “poco hombre”, “baboso”, “mentiroso”, “estúpido”, “no quiero verte”.

Para la muestra de mujeres, el Núcleo de red quedó conformado por las definidoras: “tonta”, “inútil”, “nunca me ha agredido”, “pendeja”, “ya no te quiero”, “grosería”, “siempre me haces lo mismo”, “me dice que soy una ignorante”, “me dice que tiene otra mujer”, “grita”, “insultos”, “te odio”, “vete con tu puta madre”, “hija de la chingada”, “enojona”, “fea”, “loca”, “floja”, “que no me esmero tanto como él en la relación”, “eres muy odiosa”.

FIGURA 3
 Núcleo de red para: “¿Qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo?”
 (Hombres)



Nota: Figura de creación original.

El Tamaño de la red para “¿Qué me dice mi pareja cuando me agrede?” en el caso de los hombres fue de 273 definidoras y en el de las mujeres de 326 definidoras. Se encontraron diferencias significativas en definidoras como “tonto” ($X_2=70.91$ $p<0.001$), “pendejo” ($X_2=17.80$ $p<0.001$), “flojo” ($X_2=10.71$ $p<0.01$), “hijo de puta” ($X_2=8.05$ $p<0.01$) y “nunca me ha agredido” ($X_2=50.38$ $p<0.001$) (véase Tabla 3).

TABLA 3
Definidoras “¿Qué me dice mi pareja cuando me agrede?”
Mujeres y hombres

<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Chi cuadrada</i>	<i>Sig.</i>
DEF	PS	DEF	PS		
“tonta”	115	“tonto”	283	70.91	0.001
“pendeja”	80	“pendejo”	143	17.80	0.001
“inútil”	85	“inútil”	90	0.14	
“floja”	27	“flojo”	57	10.71	0.01
“hija de la chingada”	29	“hijo de puta”	55	8.05	0.01
“grosería”	70	“grosería”	85	1.45	
“nunca me ha agredido”	130	“no me agrede”	38	50.38	0.001
TR=326		TR=273			

DEF=Definidora, PS=Peso semántico, TR=Tamaño de la red, Sig.=significancia.

Nota: Tabla de creación original.

En la Figura 4 se muestran las 20 definidoras obtenidas de “¿Qué me hace mi pareja cuando me agrede?”, para hombres y mujeres. Para los hombres, el núcleo de red quedó formado por las definidoras: “grita”, “me empuja”, “nada”, “insulta”, “no me ha agredido”, “me ignora”, “manotea”, “patea”, “intenta agredirme”, “avienta cosas”, “golpea”, “amenaza”, “se va”, “pega”, “pellizca”, “me cachetea”, “llora”, “me deja hablando solo”, “no habla”, “menosprecia”.

Para las mujeres, el núcleo de red quedó formado por las definidoras: “grita”, “me ignora”, “nunca me ha agredido”, “me jala”, “me insulta”, “me empuja”, “nada”, “golpea”, “me deja sola”, “me hace llorar”, “se va con sus amigo-

tes”, “manotea”, “se pone loco”, “me levanta la mano”, “no me deja ir”, “alza la voz”, “le da preferencia a todo el mundo”, “no me da gasto”, “se enoja porque me defiendo”, “majaderías”.

FIGURA 4
 Núcleo de red para “¿Qué me hace mi pareja cuando busca pelear conmigo?”
 (Hombres)



Nota: Figura de creación original.

El Tamaño de la red para “¿Qué me hace mi pareja cuando me agrede?” en los hombres fue de 227 definidoras y en las mujeres de 220. Se encontraron diferencias significativas para las definidoras “me empuja” ($X^2=57.15$ $p<0.001$), “nada” ($X^2=4.98$ $p<0.05$), “manotea” ($X^2=7.28$ $p<0.01$), “golpea” ($X^2=6.08$ $p<0.02$), “me insulta” ($X^2=27.13$ $p<0.001$) y “nunca me ha agredido” ($X^2=30.65$ $p<0.001$) (véase Tabla 4).

TABLA 4
Definidoras para “¿Qué me hace mi pareja cuando me agrede?”
Mujeres y hombres

<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>		<i>Chi</i> cuadrada	Sig.
NR	PS	NR	PS		
“grita”	422	“grita”	427	0.03	
“me empuja”	124	“me empuja”	275	57.15	0.001
“nada”	70	“nada”	99	4.98	0.05
“me insulta”	202	“insulta”	110	27.13	0.001
“nunca me ha agredido”	202	“no me ha agredido”	105	30.64	0.001
“me ignora”	142	“me ignora”	149	0.17	
“manotea”	28	“manotea”	52	7.2	0.01
“golpea”	78	“golpea”	112	6.08	0.02
TR=220		TR= 227			

DEF= Definidora, PS= Peso semántico, TR= Tamaño de la red, Sig.=significancia.

Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo se planteó la existencia de la violencia cotidiana en una relación de pareja, sobre la cual aún no existen suficientes estudios, lo cual revela el vacío de información y la escasa conciencia de lo que hombres y mujeres consideran como violencia, ya sea como objeto de ésta, como sujeto, o ambos, y genera la normalización e invisibilización de la misma (Castellano et al., 1999; Dixon et al., 2012). Hay ciertos comportamientos que no se califican como violentos; sin embargo, al incrementarse la fre-

cuencia y la intensidad de lo que se dice, se abre paso a la agresión. Los resultados de la presente investigación muestran que tanto el hombre como la mujer comprenden que hay ciertas palabras que provocan enojo y agresión. En la pregunta “¿Qué me dice mi pareja cuando busca pelear conmigo?”, hombres y mujeres emplean palabras, frases o preguntas que hacen alusión a las expectativas que ellos tienen y que la pareja, aparentemente, no cumple, por ejemplo: “tonto”, “desobligado”, “flojo”, “irresponsable”, “apúrate”, “¿por qué llegas tan tarde?”, “¿por qué me ignoras?”, “ya no me hables”, dice groserías, hace reclamos o reproches. En cuanto a lo que hace, de igual manera “reclama”, “grita”, “me ignora”, “me empuja”, “insulta”, “no me ayuda en la casa”, “no me da de comer”, “me interroga”, “no me hace caso”, “me ignora”, “me deja”, “me hace muecas”, “insulta”, “se va a la calle”.

Respecto a las agresiones verbales y físicas, tanto los hombres como las mujeres emplean conductas que se pueden considerar violentas, por ejemplo: “me empuja”, “me manotea”, “me pateo”, “intenta agredirme”, “avienta cosas”, “me golpea”, “me pellizca”, “me cachetea”, “me deja sola”, “me hace llorar”, “me dice pendejo”, “idiota”, “inútil”, “mantenido”, “flojo”, “hijo de puta”, “pendeja”, “ya no te quiero”, “dice groserías”, “siempre me haces lo mismo”, “me dice que soy una ignorante”, “me dice que tiene otra mujer”.

Estos resultados muestran que tanto el hombre como la mujer son conscientes de que pueden dañar a sus parejas; no obstante, mantienen conductas violentas. Glass et al. (2003) encontraron poca diferencia sobre el sexo de los individuos, de modo que, como expresaran, no se podría aplicar el patrón abusador-abusada en virtud de la mayor igualdad en la distribución del poder. Incluso se demuestra en varios aspectos cómo la mujer no sólo se equipara, sino que –incluso sin saberlo– tiende a sobrepasar al varón en el grado de maltrato. Este aspecto es similar a lo ya encontrado por McDonell et al. (2010), Kaukinen et al. (2012), Karakurt y Cumbie (2012). De ahí la importancia de analizar esta violencia cotidiana en las relaciones de pareja, como una forma de prevenir las agresiones físicas. El no percibir la propia violencia, puede contribuir a normalizar e invisibilizar tal situación, tal como lo han planteado Castellano et al. (1999) y Dixon et al. (2012).

Un resultado interesante de la presente investigación es que si bien ambos indican que sus parejas no los han agredido (a pesar de indicar que reciben golpes y empujones), hay una diferencia significativa en la mujer. Este resultado hace que se plantee que los insultos, golpes, groserías, empujones, no se perciban como agresiones y que son una manera “aceptable” de comunicarse en la pareja. Rojas-Andrade et al. (2013) encontraron que la mujer que violenta tiende a hacerlo de manera verbal y sobre todo mediante gritos. En la presente investigación, si bien no hubo una diferencia significativa entre sexos, el grito vuelve a ser el principal definidor de agresión.

En el análisis de la violencia algo muy relevante de estudiar es esa progresión del comportamiento que se puede tornar violento. Principalmente, se considera que el hombre es el agresor y, por ende, se puede pensar que es quien comienza la pelea o discusión (Walker, 1979, 1984, 2004). Fontena y Gatica (2000) consideran que esto se puede deber a que los hombres están en una sociedad que sólo los identifica como agresores. No obstante, otros autores indican que los hombres también son víctimas de la violencia por parte de sus mujeres (Vargas-Núñez, 2008; Trujano et al., 2010). Como se señaló antes, Rojas-Andrade et al. (2013) encontraron que la mujer al violentar agrede verbalmente, mediante el grito, pues así impone autoridad, fortaleza y control. Pero, cuando el grito no funciona, emplea cachetadas, patadas, incluso el lanzamiento de objetos, como zapatos y platos. Las mujeres violentas poseen un carácter dominante, seguro y poco tolerante.

Respecto a las definidoras en las que ambos coincidieron, al hombre le afecta más que lo llamen “flojo”, que le griten, lo empujen o lo ignoren; en el caso de la mujer le afecta que le reclamen sin sentido, para ella es signo de pelea. Los hombres consideran agresión que lo llamen tonto, pendejo, flojo, hijo de puta, que le griten, lo empujen, lo manoteen o lo golpeen; algunos no consideraron ninguna palabra o acción como señal de agresión. Las mujeres indican que sus parejas nunca las habían agredido; sin embargo, destacaron que las habían insultado.

Duarte et al. (2010) indican que tanto mujeres como hombres consideran normal que los hombres ejerzan la violencia, aunque ambos la rechazan.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados encontrados en el presente estudio, hay una violencia cotidiana que, si bien las personas son conscientes de que es violencia, la siguen ejerciendo.

Como conclusión, en este primer nivel de violencia, si se puede llamar así, en el que tanto el hombre como la mujer son conscientes de las palabras y conductas que pueden provocar un disgusto y que llevan a los golpes, ¿por qué aún son violentos? Se puede pensar, de acuerdo con Bonache et al. (2016), que las parejas se envuelven en el manejo negativo del conflicto (enfadarse y perder el control) y el manejo no constructivo, retirada (llegar al límite, “cerrarse” y negarse a hablar más), y dejan a un lado el manejo positivo del conflicto (encontrar alternativas que sean aceptables para los dos).

REFERENCIAS

- Bonache, H., Ramírez-Santana, G. y González-Méndez, R. (2016). Estilos de resolución de conflictos y violencia en parejas de adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 276-286.
- Castellano Megías, I., García Rodríguez, M. J. y Ramírez de Arellano Romero, L. (1999). La violencia en las parejas universitarias. *Boletín Criminológico*, 42, 1-4.
- Dixon, L., Archer, J. y Graham-Kevan, N. (2012). Perpetrator programmes for partner violence: Are they based on ideology or evidence? *Legal and Criminological Psychology*, 17, 196-215.
- Duarte, E., Gómez, J. F. y Carrillo, C. D. (2010). Masculinidad y hombre maltratador. ¿Pueden las creencias de hombres y mujeres propiciar violencia de género? *Revista de Psicología*, 19(2), 7-30.
- Fernández, T., Martínez, F. M., Unzueta, C. R. y Rojas, E. (2016). Violencia hacia los varones entre parejas jóvenes universitarias de Tijuana, México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 21(3), 255-263.
- Fontena Vera, C. y Gatica Duhar, A. (2000). *La violencia doméstica hacia el varón: factores que inciden en el hombre agredido para no denunciar a su pareja*. Universidad de Biobío. Recuperado de <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p10.40.htm>.

- Glass, N., Fredland, N., Campbell, J., Yonas, M., Sharps, P. y Kub, J. (2003). Adolescent dating violence: Prevalence, risk factors, health outcomes, and implications for clinical practice. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(2), 227-238.
- Kaukinen, C., Gover, A. R. y Hartman, J. L. (2012). College women's experiences of dating violence in casual and exclusive relationships. *American Journal of Criminal Justice*, 37(2), 146-162.
- Karakurt, G. y Cumbie, T. (2012). The relationship between egalitarianism, dominance, and violence in intimate relationships. *Journal of Family Violence*, 27(2), 115-122.
- López-Rodríguez, P., Rubio de La Iglesia, Y., Planche-Rodríguez, D. C., San Millán-Brooks, H. E. y Olivares-Martínez, O. M. (2015). Manifestaciones de conducta violenta en féminas desde la relación de pareja. *Revista Información Científica*, 94(6), 1281-1293.
- McDonell, J., Ott, J. y Mitchell, M. (2010). Predicting dating violence victimization and perpetration among middle and high school students in a rural southern community. *Children and Youth Services Review*, 32(10), 1458-1463.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9(1), 81-97.
- Rojas-Andrade, R., Galleguillos, G., Miranda, P. y Valencia, J. (2013). Los hombres también sufren. Estudio cualitativo de la violencia de la mujer hacia el hombre en el contexto de pareja. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3(2), 150-159.
- Rosales-Díaz, M. J., Flórez-Madan, L. y Fernández de Juan, T. (2017). La violencia de pareja: análisis en una población universitaria de Santo Domingo. *Enseñanza e Investigación en Psicología, Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología A.C.*, 22(2), 174-182.
- Trujano, P., Martínez, A. E. y Camacho, S. I. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: un estudio exploratorio acerca de su percepción y su aceptación. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 6(2), 339-354.
- Vargas-Núñez, B. I. (2008). *Factores culturales, estructurales y psicológicos en la violencia doméstica: un modelo explicativo* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Autónoma de México].

Walker, L. E. A. (1979). *The battered woman*. Harper and Row.

Walker, L. E. A. (1984). *The battered woman syndrome*. Springer Publishing Co.

Walker, L. E. A. (2004). Reflections on the psychosocial theory of learned helplessness. En R. Bergen, J. Edleson y C. Renzetti, C. (Eds), *Classic papers on violence against women*. Allyn & Bacon.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS EN TRES CASOS DE MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Mayra Daniela Cedillo Alvarado^{1*}
*Sofía Lorena Constante De La Peña**
*Ana Berenice De La Peña Aguilar**

La violencia en México no cesa, al contrario, se ha incrementado, alcanzando a toda la población femenil. El peligro de ser mujer en México, un país con alto índice de violencia hacia la mujer, se ha convertido en todo un reto visibilizarlo, atenderse y dar el seguimiento apropiado para que se puedan generar patrones diferentes de convivencia y de personas, un reto al que necesitamos responder con estrategias contundentes para contrarrestar los efectos psicológicos que se padecen actualmente: ansiedad, miedo, bajo rendimiento, aislamiento y, por supuesto, una autoestima distorsionada, entre otros.

La espiral de violencia ha generado miedo y ha impactado la forma de vivir en México. Encontramos de manera frecuente delitos que atentan contra la libertad y la seguridad sexual; delitos que, además, constituyen agravios y severos daños psicológicos y físicos a las víctimas, de los cuales en muchas ocasiones tardan años o incluso toda la vida en recuperarse. Testimonios como el de Marina Marroquí en su conferencia “Cómo aprender a amar en igualdad” dan ejemplo de ello: “Sobrevivir a la violencia de género es lo peor. Cuando salí de esa relación, no sabía decir una canción que me gustara, yo no era nadie. Volver a construir una personalidad es muy duro”. La reconstrucción de la que Marroquí habla significa no sólo sanar las heridas físicas y emocionales causadas por la violencia, sino el reacomodo de los patrones mentales, relacionales y familiares con los que se ha vivido. La re-

¹ Contacto: daniela.alvarado@uadec.edu.mx.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

construcción es hurgar en la propia historia de la víctima para identificar las herramientas psicológicas con las que cuenta y así combatir la desestabilidad personal que le han generado, en nuestra sociedad, las distintas manifestaciones de vivenciar violencia como mujer.

No sólo la violencia de género se ha incrementado, la violencia familiar también arroja un crecimiento significativo. La relación violenta que se vive en el seno de la familia se expresa desde las descalificaciones, los gritos, los golpes, entre otras representaciones agresivas. Sin embargo, mucho de lo que se vive no se habla, se calla hasta que ya no se aguanta y de ahí sobrevienen disfuncionalidades en la cotidianidad.

Todas las mujeres tienen derecho a vivir plenamente, a ser libres de elegir, pero sobre todo a ser. Para la reconstrucción del tejido social, será fundamental ofrecer las herramientas psicológicas que contribuyan a lograrlo.

La violencia hacia las mujeres siempre ha estado presente a lo largo de la historia; es cierto que se han logrado cambios y han sido importantes; por ejemplo, ahora las mujeres tienen más oportunidades en cuanto a su libertad, toma de decisiones, oportunidades laborales, independencia económica, ejercer el derecho al voto. Estos y muchos cambios han sido posibles gracias a una lucha constante que existe con el propósito de erradicar la violencia. Sin embargo, existen temas con mayor peso que aún no han podido ser eliminados; de acuerdo con el INEGI (2020), en 2016, 41.3% de las mujeres mexicanas ha sido víctima de violencia sexual y, en los casos de violencia extrema, nueve mujeres son asesinadas al día (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2018).

Se ha observado que existe una diferencia en el perfil clínico de las mujeres víctimas de violencia; en él se expone que en cuanto más grave es el maltrato, mayor es la afección (Aragón et al., 2018). Blázquez y Moreno (2008) afirman que existe en las víctimas de violencia una dificultad comportamental presentada por las alteraciones en las habilidades emocionales. Las principales áreas afectadas en la vida de una mujer víctima de violencia son la social y la familiar, debido a que el agresor reduce sus redes de apoyo (Carreto et al., 2015) al prohibir o cortar la relación con las personas impor-

tantes para la víctima. El agresor se impone aislándola de amigos o familiares, la controla a través de la destrucción de objetos personales –desde la ropa hasta los artículos que han sido obsequiados o comprados– (Mazariegos, 2014), la menosprecia, la humilla, la descalifica, la insulta y la golpea con la finalidad de dominarla. Dentro de este ejercicio de la violencia, está el maltrato psicológico, el cual pretende desvalorar y disminuir la estima de la persona de tal manera que perjudica la relación y el propio bienestar. De esta manera se construye un sistema de creencias en el que se concibe a la pareja como omnipotente y a la víctima se le etiqueta como incompetente, dependiente e indigna del otro (Carreto et al., 2015).

Las mujeres que son violentadas tienen pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas, denotando un Locus de control externo, por lo que responsabilizan a agentes externos sobre los actos de violencia que viven; es decir, culpan tanto a personas como a situaciones que no pueden controlar. Cuando las mujeres violentadas tienen creencias divinas o religiosas, consideran que las situaciones de violencia que viven con su pareja, compañero sentimental y agresor pueden cambiar con oraciones o rezos, lo que las sumerge en la espera de que el agresor modifique sus actitudes y comportamientos (Carreto et al., 2015).

En este contexto de violencia de pareja ejercida por los hombres, las mujeres toman una actitud pasiva ante esa problemática y, por tanto, sus emociones son inhibidas y se llegan a acumular para después ser expresadas mediante conductas agresivas contra su pareja o sus hijos; o bien, descargar su ira contra objetos, consumir sustancias que afectan su salud o autolesionarse. Tsirigotis y Luczak (2016) exponen que la inteligencia emocional (IE) de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja está afectada en la habilidad para utilizar sus emociones. Esta tesis ha sido respaldada por Muñoz (2014), quien evidenció el establecimiento de relaciones problemáticas cuando se detiene la reparación emocional de las mujeres víctimas y la de sus hijos. Esto demuestra que se llega a crear una dependencia emocional de la mujer violentada, lo cual es un factor de riesgo pues propicia que siga tolerando el maltrato por parte de su pareja (Aiquioa, 2015).

Ejercicio de la violencia

Tsirigotis y Luczak (2016) afirman que las mujeres víctimas de violencia de pareja tienen puntuaciones significativamente menores en la estructura interna y cohesión de las habilidades y destrezas que componen la IE. Las mujeres víctimas difieren de aquellas que no experimentan violencia, lo cual puede explicar el miedo que les produce verse envueltas en una situación de agresión y su afeción en el nivel cognitivo.

El patrón de Inhibición emocional se caracteriza por la adopción de estrategias de afrontamiento basadas en la suspensión emocional o cognitiva para impedir pensar en el problema o simplemente evadir la expresión de sus emociones (Carreto et al., 2015). Sheikh et al. (2013) explican que en las mujeres que son víctimas de violencia y continúan en esa relación la toma de decisiones se va dificultando. Los casos en los que se ha vivido violencia de pareja son los que obtuvieron puntuaciones mucho más elevadas de dependencia emocional respecto a aquellas mujeres que no han vivido tal experiencia (Aiquipa, 2015).

Una mujer con dependencia emocional tendrá elevados niveles de miedo al pensar que su relación de pareja puede terminar. Por ello, evitará por todos los medios que esto suceda y es posible que llegue a tolerar conductas que van desde simples y esporádicas desatenciones por parte de su pareja, hasta insultos y ofensas reiteradas, incluso agresiones físicas. Si en algún momento su pareja decide terminar la relación, la víctima rogará para que el agresor recapacite sobre su decisión, suplicará por una nueva oportunidad, pedirá perdón por faltas que no cometió y se atribuirá toda la responsabilidad para que la relación no termine, y si se produce la ruptura, mantendrá comunicación directa o indirecta con la pareja (Aiquipa, 2015).

Por otra parte, el hecho de que una mujer priorice a su pareja sobre cualquier otra actividad, interés o persona (familiares, amigos, incluso ella misma), garantiza una relación desequilibrada. Cuando la mujer considera que su pareja es más importante que cualquier persona o cosa, le confiere mayor poder.

El patrón de dependencia emocional nos indica que las mujeres tienden a creer que no pueden sobrevivir sin su compañero sentimental, quien a su vez ejerce, de diferentes formas, violencia contra ellas; lo anterior las lleva a experimentar un permanente temor a la soledad y a una percepción de ser débiles, por lo que consideran que necesitan siempre el apoyo, afecto y sustento de otra persona que consideran más fuerte que ellas (Carreto et al., 2015).

Las tácticas utilizadas por la pareja pueden ir de la violencia psicológica leve a la grave para tener el control sobre la mujer y llevarla a un estado de miedo, sumisión, dependencia, desequilibrio psicológico y disminución de la autoestima. Frases como: “si me quieres...”, crearán confusión o sentimientos de culpa. Y ante la negativa de la mujer, la violencia se incrementará hasta obtener la sumisión (Mazariegos, 2014).

Violencia sexual

Las personas que sufren violencia sexual en su mayoría son mujeres y niños. Las mujeres violentadas tienen entre 15 y 29 años de edad, y son abordadas sexualmente en la vía pública. Los menores que sufren este tipo de violencia son bebés recién nacidos hasta niños de 9 años, quienes son agredidos por alguien conocido.

Cuando las personas adultas sufren violencia sexual, por lo general suele suceder en la vía pública. El acto es originado por un sujeto extraño que ejerce la fuerza física para cumplir su cometido, situación que suele ser irrepetible (Kataguirí, 2019). Esto sucede porque las mujeres salen de sus casas para cumplir con responsabilidades y actividades, es decir, tienen una vida social activa (Trotman et al., 2016).

Cuando los niños o niñas son testigos de la violencia que se ejerce contra sus madres, ellos son sujetos pasivos y forman parte de la violencia familiar. Por ello, pueden desarrollar el sentimiento de culpa, problemas de conducta, baja autoestima, conflictos paternofiliales (padres-hijos), violencia familiar en el futuro (Mazariegos, 2014). Esto revela que la violencia

surge del comportamiento social aprendido desde múltiples factores sociales, situación que permite la continuidad de este tipo de agresiones, al repercutir en la salud y en el bienestar físico y psicológico (Saavedra et al., 2018).

Existen casos en los que está relacionado el suicidio con la violencia familiar, tal como lo presenta una investigación de Correia et al. (2019), donde se narra que una chica intentó suicidarse debido a que en su infancia y adolescencia vivió violencia psicológica por parte de su familia; la joven tenía la percepción de ser humillada y despreciada por sus padres. En un estudio con 588 estudiantes universitarios se reveló cómo la historia de cada uno estaba enmarcada en la vivencia de la violencia familiar; además, todos reportaron síntomas depresivos asociados con el comportamiento suicida (Correia et al., 2019).

De acuerdo con Saavedra et al. (2018) 52.8% de las mujeres presentan autoestima baja; mientras que 43.6% tiene autoestima media y 3.6 % señala una alta autoestima. De estos resultados se puede afirmar que una mujer violentada tiene una autoestima disminuida, se percibe como una persona inútil, sin capacidades para sobresalir, sin poder dirigir a sus hijos ni a ella misma; además, se incrementa el riesgo de presentar problemas psicológicos, los cuales podrían llevar a estados depresivos y, en los casos más graves, a episodios de suicidio.

Por otro lado, una autoestima alta refleja en la vida de las personas, en especial en las mujeres, el propósito de consolidar su desenvolvimiento en la sociedad, tener aptitudes de aprendizaje, ser capaces de solucionar problemas, tomar decisiones asertivas tanto en el ámbito familiar, social y laboral como sentirse capacitadas, así como tener la autonomía personal y la capacidad de tomar decisiones correctas; todo ello para lograr un desarrollo humano adecuado (Saavedra et al., 2018).

En relación con la autoestima y la violencia contra la mujer, se encontró que a medida que se incrementa la violencia física, psicológica, sexual y económica, la autoestima es menor (Saavedra et al., 2018). Ruiz-Pérez et al. (2017) encontraron que 24.8% de los casos de violencia se debían a un nivel cultural y socioeconómico bajo. De la misma forma, Barja (2015) reportó en

un nosocomio de Lima (Perú) porcentajes altos respecto a violencia física (66.95%), violencia sexual (65.53%), violencia psicológica (64.77%) y violencia económica (63.64%).

Para muchas mujeres, las consecuencias psicológicas son más negativas que las físicas. Entre los trastornos observables están los ansioso-depresivos, la inseguridad, los llantos repentinos, la hipervigilancia, las ideas suicidas, la dependencia emocional, los sentimientos ambivalentes (amor-odio), los trastornos alimenticios, el abuso de sustancias o la disminución de la autoestima, la fatiga permanente, sintomatología diversa y trastornos psicológicos (Mazariegos, 2014).

Las mujeres víctimas de violencia que se sienten frustradas, fracasadas y desvalorizadas ante la sociedad, y que han estado expuestas a violencia física, psicológica, sexual y económica, tienden a manifestar una menor autoestima (Saavedra et al., 2018).

MÉTODO

Diseño de investigación

El planteamiento es cualitativo y se trabajó mediante una comparación de casos, ya que resultó conveniente para la investigación de acuerdo con el objetivo que se busca cumplir.

Participantes

Las participantes tienen 18, 24 y 28 años, respectivamente, y fueron seleccionadas de manera intencional debido a que se contaba con su consentimiento para colaborar en la investigación y cumplieron con las características que se buscaban desarrollar.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados fueron el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) de Karen Machover creado en 1983 (Portuondo, 1971), que sirve para revelar las dimensiones internas de la personalidad y donde se observa una gama de rasgos significativos que sólo se hacen visibles a través del dibujo; de esos significados se tomaron en cuenta las características de autoestima, culpa, la percepción ante el mundo, el infantilismo, la dependencia emocional y su rol en la pareja.

Escala de Autoestima de Rosemberg (1989). Es un instrumento que se compone de diez ítems con un patrón de respuesta dicotómico u ordinal; los patrones ordinales más empleados son aquellos que proporcionan de cuatro a siete opciones de respuesta, que van de “en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, y se distribuyen en dos partes iguales. Cinco de las opciones exploran autoconfianza o satisfacción personal (algunos autores lo conocen como “autoestima positiva”) y los cinco restantes, autodesprecio o devaluación personal (llamada por algunos investigadores “autoestima negativa”).

Procedimiento

Las participantes solicitaron atención psicológica al departamento de Psicología y Derechos Humanos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila; una de ellas venía de parte de la clínica jurídica denominada “Proyecto Inocente”, para colaborar en la elaboración de un peritaje psicológico.

En cada uno de los casos se realizó la evaluación correspondiente con la entrevista inicial pertinente y la aplicación de la batería de pruebas *ad hoc* a las situaciones de violencia que presentaban cada una de ellas. Se llevó a cabo la revisión e interpretación de las pruebas para la integración de la información y elaboración de los perfiles, y se les brindó acompañamiento personal a cada una de las participantes, de acuerdo con lo que se requería, para otorgar una atención adecuada.

RESULTADOS

A continuación, se presentan fragmentos de los testimonios de las participantes que ilustran sus percepciones y sentimiento como parte fundamental de los hallazgos de esta investigación:

Duramos de novios cuatro meses, él era muy detallista, me llevaba pastelitos y detalles, siempre estaba al pendiente y quería que yo lo estuviera si él me marcaba por teléfono, era celoso pero sus celos yo los veía como típicos. Así de pronto y sin avisarme puso fecha para casarnos, por lo que yo me sentí obligada; nadie sabía, ni mi familia se enteró. Y por eso nos vinimos a vivir a Saltillo y es cuando yo me entero que él siempre cargaba una pistola. A los seis meses llegó con un regalo, un perfume, pero me vio hablando por teléfono con mi mamá, tomó el frasco y me lo aventó, fue una forma de castigarme. En el embarazo él se hizo más controlador y me hizo dependiente, ya no me dejó manejar ni hacer ejercicio. En el *baby shower*, en un arranque de ira, me arrastró hasta sacarme del lugar y me culpó de su conducta, él decía que quería a una mujer sumisa. No le gustaba que anduviera en chanclas o short, pero sí tenía que dormir sin ropa por si él quería tener relaciones, yo tenía que estar disponible y cuando andaba en mis días me decía que era un mugrero y que me lavara las manos antes de tocarlo... (Mujer, 28 años. Violencia de pareja).

A lo once años, estando en la escuela leyendo un libro, me doy cuenta que lo que había estado viviendo en mi casa no era algo normal. Mi papá es una persona muy violenta, yo veía cómo le gritaba a mi mamá, a mi hermana y a mí; a mi mamá sí la golpeaba aunque a nosotras no, pero no nos dejaba salir nunca, nos reclamaba todo lo que hacíamos, destruía nuestras cosas y nos amenazaba si le contábamos a alguien más lo que pasaba dentro de casa, él decía que si hablábamos nos iban a separar como familia y que sería culpa nuestra. Cuando cumpló 12 años

comienzo a cortarme los brazos como una forma de sentir el dolor de otra manera y eso lo hice por cuatro años, hasta que conocí a unas chicas que hacían lo mismo y fue cuando hablé con ellas que me di cuenta que lo que estaba haciendo no estaba bien. Cuando cumpla 14 años decido ir a poner una denuncia y así lo condicionan a ir a terapia junto con mi mamá y después de eso la violencia sí fue menos, pero sólo la física. Ahora que tengo 18 años, me fui de mi casa y volví a poner nuevamente una denuncia contra mi papá porque la violencia nunca paró... (Mujer, 18 años. Víctima de violencia de familiar).

No es la primera vez que me pasa, no es la primera vez que un conductor u otro pasajero me acosa, pero sí es la primera vez que tengo suficientes datos de la persona y la ruta como para entablar un procedimiento legal. Lo que hace la diferencia en esta ocasión es que nunca me había tocado vivir un acoso tan explícito, tan invasivo de mi privacidad, mi paz mental, mi tranquilidad. A las 3:53 tomé el camión y me senté en la segunda fila del lado derecho, al instante me empiezo a sentir incómoda porque empiezo a notar que el conductor se me quedaba viendo por el retrovisor; al principio pensé que era de estas miradas de que estás viendo hacia un punto y sin querer coinciden y sólo dices “ay, qué incómodo” y ya. En eso vuelvo a sentir la mirada y era otra vez el conductor, pero ya empezaba a tocarse la entrepierna y ya se estaba lamiendo los labios y yo intentaba no voltear y tener la mirada hacia enfrente o hacia la ventanilla, pero era mucho lo que se me quedaba viendo y pues era inevitable ignorarlo; se la pasaba mandando besos y lamiéndose los labios y se seguía tocando la entrepierna. En la parada de Reynosa yo me paro y le cedo el asiento a una pareja de la tercera edad porque de igual manera yo ya me iba a bajar, cuando el camión se acerca a la parada digo: “bajan”, el chofer estaba haciendo contacto visual conmigo y no frenó, entonces yo pensé que no me había escuchado y le digo nuevamente: “bajan”, y pues se seguía tocando, y le digo: “bajan”, tres veces, y no me hace caso, hasta que una persona, no sé si era hombre o

mujer, le grita: “¡bajan!” y le pega en la puerta de atrás, y es donde se detiene... (Mujer, 24 años. Víctima de violencia sexual, acoso en transporte público).

En el caso de violencia de pareja, el Dibujo de Figura Humana muestra signos que indican una considerable dependencia, necesidad de aprobación, búsqueda de simpatía y culpa por la desaprobación; también se presentan signos de inseguridad y conflictos para tomar decisiones. Muestra las características típicas de una mujer violentada: baja autoestima, percepción distorsionada de sí misma, aislamiento de sus redes de apoyo, dependencia emocional, necesidad de aprobación y afirmación debido a su percepción de poca valía. Duda de sus capacidades y presenta una tendencia a culpabilizarse por lo que ocurre a su alrededor.

Sobre el caso de violencia familiar, los resultados del Dibujo de Figura Humana muestran rebelión contra figuras parentales, agresividad, hostilidad, evasión, cautela, mal humor, intentos de suicidio, debilidad en contacto con los otros, indecisión en integridad corporal, dependencia materna. Autoestima elevada/normal, 33 puntos.

En el caso de acoso en transporte, los resultados del Dibujo de Figura Humana muestra necesidad de afecto, aislamiento, introversión, rechazo, menosprecio propio. Presenta indicadores de daño psicológico emocional como ansiedad, temor, miedo. Se aprecian alteraciones en el área emocional, cognitiva o de comportamiento que afectan los procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conducta y a la vez se ven afectadas las áreas familiar, social y laboral. Autoestima media, 30 puntos. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

DISCUSIÓN

Se encontró que las características que presentan las tres mujeres como consecuencia de la violencia ejercida en contra de ellas son similares. Estas

características son la búsqueda de simpatía, signos de inseguridad y conflictos para tomar decisiones, percepción distorsionada de sí misma, aislamiento de sus redes de apoyo, dependencia emocional, necesidad de aprobación y de afecto debido a su percepción de poca valía. Muestran duda de su capacidad y presentan una tendencia a culpabilizarse por lo que ocurre a su alrededor, ansiedad, temor y miedo.

En los casos en los que se vive violencia en el ámbito familiar y de pareja se muestra que las redes de apoyo son casi inexistentes, mientras que, en el caso de acoso en el transporte público, la chica contaba con el apoyo de su familia y amigos.

Aunque las participantes no comparten el mismo nivel de autoestima (ya que en el caso de la mujer que vivía violencia de pareja hay niveles bajos; la mujer víctima de violencia familiar tiene niveles altos, y la mujer acosada en el transporte público muestra niveles medios), es posible que estos resultados se deban al tiempo en que cada una experimentó los episodios de violencia; es decir, mientras que la mujer violentada por su pareja padecía agresiones constantemente y cada vez más graves, en el caso de la víctima de violencia familiar las agresiones eran esporádicas, y la mujer acosada sólo experimentó la agresión una sola vez. Dichos acontecimientos podrían tener una repercusión en la autoestima de cada participante.

En los casos que dan muestra de autoestima media y normal tienen en común la búsqueda de ayuda psicológica, lo que deja en evidencia que las víctimas cuentan con la capacidad para solucionar los problemas y la toma de decisiones, y que hay concordancia con el nivel de autoestima para emprender acciones que contribuyan a mejorar su desarrollo personal, como lo exponen Saavedra et al. (2018).

Un dato importante que debe subrayarse es que, como se dice en la investigación de Correia et al. (2019), existe relación entre la violencia familiar y la conducta suicida, relación que presentó la participante que vivió una situación de violencia sexual.

Se considera importante realizar otro estudio con un mayor número de casos con el fin de contar con más datos que puedan explicar de manera más

completa las similitudes que se encuentran en las mujeres al experimentar situaciones de violencia en sus distintas modalidades y a la vez reconocer las diferencias, así como las herramientas emocionales con las que cada una cuenta para tomar decisiones respecto a la situación que enfrentan.

REFERENCIAS

- Aiquipa Tello, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 1-26.
- Aragonès de la Cruz, R. M., Farrain i Porté, M., Guillén Villegas, J. C. y Rodríguez Santiago, L. (2018). Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias. *Dipòsit de la Recerca de Catalunya*. Recuperado de http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2018/victimesViolencia_ES.pdf.
- Barja Ore, J. (2015). Factores que influyen en la violencia basada en género en mujeres de 20 a 40 años atendidas en el consultorio externo de ginecología del Hospital Sergio Bernales-Comas [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Blázquez Alonso, M. y Moreno Manso, J. M. (2008). Análisis de la inteligencia emocional en la violencia de género. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 6(15), 475-500.
- Carreto Meneses, E. L., Conde Castillo, A. C. y Díaz Conde, L. E. (2015). Efectos psicológicos y perfil cognitivo de las mujeres víctimas de violencia de pareja del municipio de San Sebastián de Mariquita-Tolima. Repositorio de la Universidad de Ibagué. Recuperado de <https://repositorio.unibague.edu.co/jspui/handle/20.500.12313/277>.
- Correia, C. M., Gomes, N., Freire, N. M., Sena de Andrade, I. C., Costa, C. M. y Santos, G. R. (2019). Child and adolescent violence: oral story of women who attempted suicide. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1450-1456.
- E. Trotman, G., Young-Anderson, C. y Deye, K. P. (2016). Acute sexual assault in the pediatric and adolescent population. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 29(6), 518-526.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Panorama nacional sobre la situación de la violencia contra las mujeres. <https://www.inegi>.

- org.mx/contenido/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825197124.pdf
- Kataguirí, L. G. (2019). Characterization of sexual violence in a state from the southeast region of Brazil. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 28.
- Mazariegos García, I. (2014). *Rasgos de personalidad en víctimas de violencia intrafamiliar (estudio realizado con mujeres que residen en el albergue de la asociación nuevos horizontes en los meses de octubre y noviembre)* [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Landívar].
- Muñoz, A.S. (2014). *La inteligencia emocional de los padres y el comportamiento de sus hijos* [Tesis de posgrado, Universidad de Almería].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2018). La violencia contra las mujeres no es normal ni tolerable. Garantizar los derechos humanos de las mujeres y las niñas es trabajo de todas y todos. ONU México. Recuperado de http://www.onu.org.mx/la-violencia-contra-las-mujeres-no-es-normal-ni-tolerable/#_ftnref2
- ONU Mujeres (2015). *Infografía: Violencia contra las mujeres*. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/digital-library/multimedia/2015/11/infographic-violence-against-women>.
- Portuondo, J. A. (1971). *La figura humana. Test proyectivo de Karen Machover*. Biblioteca Nueva.
- Ruiz-Pérez I., Escribà-Agüir, V., Montero-Piñar, I., Vives-Cases, C. y Rodríguez-Barranco, M. (2017). Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Atención Primaria*, 49(2), 93-101.
- Saavedra Castillo, E. F., Trujillo Bernardo, J. V. y Medina Reyes, M. A. (2018). Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja-Huaraz, 2017. *Horizonte Médico*, 18(2), 47-52.
- Sheikh, F., Khodabakhshi, A. y Rahmait, M. (2013). The comparison of self-differentiation and self-concept in Divorced and non-divorced women who experience domestic violence. *International Journal of High Risk Behaviors and Addictions*, 2 (2), 66-71.
- Tsirigotis, K. y Luczak, J. (2016) Emotional intelligence of women who experience domestic violence. *Psychiatric Quarterly*, 87, 165-174. DOI: 10.1007/s11126-015-9368-0.

MANIFESTACIONES COGNITIVAS, EMOCIONALES Y CONDUCTUALES EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA

Yuvisela Analy Saucedo Malacara^{1*}

*Karla Patricia Valdés García**

*Hiram Reyes Sosa**

La violencia es un problema de salud que se manifiesta de diversas formas y cuyas causas son múltiples. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) entiende la violencia como el uso intencional de la fuerza física o el poder sobre otra persona, una comunidad e incluso sobre sí mismo, a través de amenazas y actos que puedan causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos y privaciones, entre otras consecuencias.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en México (LGAMVLV), en su artículo 5, inciso IV, entiende la violencia contra las mujeres como “cualquier acto u omisión, basada en su género, que le cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte, tanto en el ámbito público como privado” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2018). Tanto el concepto propuesto por la OMS como el que propone la legislación en México, hacen alusión al ejercicio de poder de unos sobre otros, generalmente en desventaja; sin embargo, la especificación hecha por la LGAMVLV incide en que la violencia contra las mujeres radica precisamente en su género.

La violencia no tiene un origen único, es el resultado de la interacción de diversos factores desde lo individual hasta socioculturales (Heise et al., 1994; Torrico et al., 2002). En el caso específico de las mujeres, ellas se han convertido en las principales víctimas; sólo en México se reporta que apro-

¹ Contacto: yasaucedo.m@gmail.com.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

ximadamente 66.1% de mujeres mayores de 15 años de edad han vivido algún tipo de violencia; en el estado de Coahuila la cifra alcanza 66.3%, y entre las principales manifestaciones se encuentra la violencia emocional, física y sexual, e identifica como principales agresores a la pareja o familia, jefes o compañeros de trabajo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2017).

La LGAMVLV fue creada con el fin de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres; distingue la violencia en varios tipos: la psicológica, que incluye humillaciones, devaluación, indiferencia, rechazo, amenazas, entre otras; la física, como lesiones externas o internas; la patrimonial, que consiste en la sustracción, destrucción o retención de objetos o bienes, por mencionar algunos; la económica, como el control de ingresos, y la sexual, que se presenta a través de la degradación o daño del cuerpo y de la sexualidad. Todos estos tipos de violencia atentan contra la dignidad, libertad e integridad de las mujeres y, por lo tanto, requiere acciones que prevengan y eliminen estos actos (LGAMVLV, 2018). Por lo anterior, tales formas de violencia hacia las mujeres quebrantan su calidad de vida, incidiendo de manera negativa en su desarrollo personal, profesional y social.

Debido a esto, el objetivo de este estudio es identificar las principales manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales en dos mujeres víctimas de violencia, a través del análisis cualitativo del estudio de dos casos elegidos por conveniencia, en los que se analizaron los discursos de cada una de las mujeres. El análisis de la información se realizó por medio del programa Atlas.ti 8, a partir de nueve categorías y 93 citas.

El sistema del patriarcado como fuente de violencia de género

La violencia hacia las mujeres se cimienta en el sistema del patriarcado. Lerner (1990) lo define como la relación que surge entre aquellos que dominan, los considerados superiores, y los subordinados o inferiores, quienes adquieren muchas obligaciones y pocos derechos; es decir, es una relación de poder desigual donde la clase opresora (hombres) somete a la clase oprimida

(mujeres). Por tanto, las mujeres han sido construidas para ser apropiadas, y como tal, se espera que sean sumisas y se cosifiquen, lo cual genera una situación que hoy se ha normalizado (Guillaumin, 1992; Wittig, 1992) y da paso a situaciones de desventaja para la mujer. Estas relaciones de desigualdad se han ido reproduciendo a lo largo del tiempo en las familias, comunidades y grupos sociales, de manera que la normalización de la que habla Guillaumin (1992) ha provocado que se minimice la situación de la violencia a la que se enfrentan las mujeres día a día, e incluso llega a justificarse.

Para Varela (2019) el patriarcado se trata de una red de relaciones, de pactos entre los hombres que surgen en el espacio político, y que se ha llevado a la vida pública y privada. Se entiende por espacio público el ámbito laboral y social, mientras que por espacio privado al hogar y la familia. En este sentido, hablar de una red de relaciones, implica hablar del poder que como grupo han tenido los hombres y que han ido forjando con el paso del tiempo; en esa red no ha existido cabida para las mujeres, debido a que son los hombres quienes han dirigido y establecido los parámetros para decidir quién se incluye en estos círculos y quién no.

De esta forma, se ha desarrollado la exclusión de la mujer, desde el interior de la familia, hasta alcanzar las esferas profesionales o sociales. Fabra (2009) menciona que “las mujeres han sido educadas para la no asertividad”, y define ésta como “la capacidad de existir socialmente”, es decir, al no ser asertivas, no se existe, y así se ha anulado su presencia en diversas áreas, incluso llevándolas a dudar de sí mismas, disminuyendo su seguridad, confianza y autoconcepto. Para minimizar esta anulación, los gobiernos han implementado estrategias como los sistemas de cuotas, cuyo objetivo es asegurar que haya un mínimo de representación femenina en los espacios públicos y privados (Ojeda, 2006). Aunque lo anterior representa un avance, no alcanza para garantizar la inclusión de las mujeres en los ámbitos de poder, evidenciándose la resistencia del sistema a permitir tales cambios.

Como se ha mencionado, el patriarcado favorece las situaciones de violencia contra las mujeres; por esta razón, diversas autoras proponen que para terminar con ese ciclo de violencia, además de las acciones tomadas

por las legislaciones de los países y de los organismos internacionales, es necesario desarrollar en las mujeres conciencia de sí mismas, autonomía psicológica e independencia, así como un empoderamiento que surja desde el interior capaz de producir la toma de decisiones, el autocontrol y la autoeficacia (Fabra, 2009; Lagarde, 1990, 2012; Pick et al., 2007; Reyes, 2005; Varela, 2019).

Principales manifestaciones de la violencia de género

Bajo este panorama, y con las estadísticas presentadas por el INEGI (2017), se puede observar la situación que viven las mujeres dentro del país, que por ende ha acarreado consecuencias que impiden su desarrollo individual, profesional y social. Entre las principales secuelas se encuentran la ansiedad, la aparición de trastornos psicossomáticos, alteraciones del sueño, problemas con la alimentación, inadaptación, pérdida del interés y la motivación, dificultad para sostener la atención, concentración y problemas de memoria, además de aislamiento, dificultad para mantener o iniciar relaciones sociales, trastornos del estado de ánimo, entre otros (David, 2003; Sánchez y Ambrosio, 2010).

Sobre el aspecto emocional, las mujeres suelen desarrollar miedo y perder la confianza en sí mismas, pues la violencia las lleva a la desvalorización y a la disminución de sus recursos internos, incluso a sentirse culpables por la situación que viven, perdiendo la dignidad y la seguridad (Unidad de Igualdad de Género, 2017). Además de estos problemas, las mujeres desarrollan y arraigan a nivel cognitivo creencias que ayudan al mantenimiento de conductas y emociones que promueven la dependencia emocional (Guevara y Suárez, 2017). Desde pequeñas, las mujeres aprendieron a vivir para los otros (Lagarde, 1990, 2012); en este sentido, han desarrollado creencias que se afianzan a través de los principales conflictos a los que hacen frente, entre ellos: la demanda de cubrir las necesidades de otros antes que las propias, cumplir con las demandas sociales como el matrimonio o la maternidad, la creencia de necesitar un hombre para ser una mujer feliz o comple-

ta, romper la jerarquía de poder en sus relaciones con hombres, la necesidad de encontrar un lugar propio en el mundo, sin perder su libertad, y la necesidad de ser ellas mismas ante los demás (Wolfe, 1990).

Por su parte, Ellis (2006) plantea la existencia de once creencias irracionales que promueven que las personas vivan perturbadas psicológica y emocionalmente. Diversos estudios apuntan a que las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia presentan principalmente ideas relacionadas con la necesidad de aprobación (creencia 1), de perfección (creencia 2), de la influencia del pasado sobre su presente (creencia 9), sentir miedo o ansiedad ante lo desconocido o peligroso (creencia 6), así como la evitación de los problemas y responsabilidades (creencia 7) (Flores y Velasco, 2004; Guevara y Suárez, 2017; Herrera, 2016; Ordoñez y Serrano, 2011). Estas creencias se relacionan directamente con la forma en que sentimos y actuamos. Ellis propuso el Modelo ABC para explicar esta relación; para él, existen acontecimientos activadores o adversidades A (*Activating event*) que suceden en la vida de las personas, estas A pueden ser internas o externas, del presente o el pasado, objetivas o subjetivas; además, existe un sistema de creencias B (*beliefs system*), que son la percepción, interpretación, creencias o pensamientos sobre las A; estas B pueden ser racionales o irracionales, y son estas últimas las más comunes. Finalmente, las consecuencias emocionales y conductuales C (*consequence*), que incluyen las respuestas fisiológicas, somáticas y las acciones del individuo ante los activadores. En sí, las creencias irracionales que una persona tenga sobre una situación, producirán las consecuencias y, por ende, se reforzarán estas creencias (Ellis, 2006; Ellis y Abrahams, 2005; Grieger, 1990; Lega et al., 2017).

Dentro de este orden de ideas, Riso (2018) propone que las personas aplican lo que él llama la ley del mínimo esfuerzo o economía cognoscitiva, es decir, que es más fácil mantener las creencias conocidas y establecidas que buscar alternativas nuevas, funcionales y más racionales. Esto puede explicar la dificultad que tienen las mujeres víctimas de violencia para modificar las cogniciones distorsionadas sobre sí mismas, ya que les resulta difícil modificar los pensamientos, debido a la situación en la que se encuentran.

En conclusión, la violencia afecta a un gran número de mujeres y como consecuencia genera perturbación psicológica y emocional, al crear y desarrollar cogniciones que no someten a cuestionamientos sobre la situación que viven, y actuando con base en éstas, propiciando que se disminuya su valía personal, su confianza en sí mismas y su independencia.

MÉTODO

El estudio es de corte cualitativo, se caracteriza por el análisis de datos sin una medición en números que permita llegar a una interpretación (Hernández et al., 2014), mediante una muestra por conveniencia de dos casos de mujeres que han sido víctimas de violencia, con el objetivo de mostrar las principales manifestaciones cognitivas, emocionales y conductuales en estas mujeres.

Participantes

Fueron seleccionados dos casos de mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas, que además eran reforzadas por familiares, amigos y la comunidad. Ellas acudieron a la clínica del departamento de posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Coahuila, en Saltillo, Coahuila, para solicitar apoyo psicológico. Para efectos del estudio, se les presentó en una primera sesión el consentimiento informado y contrato terapéutico, además de explicarles el uso académico de la información obtenida en sus entrevistas.

En el primer caso (P1) se trata de una mujer de 49 años, casada, con cuatro hijas y cuatro nietos, miembro de una congregación de la iglesia cristiana; con estudios de nivel básico (primaria), dedicada al hogar, la costura y las actividades de la iglesia. Es de nivel socioeconómico bajo, dependiente económicamente de su esposo, aunque se ayuda con el trabajo que desempeña como costurera.

El segundo caso (P2) es el de una mujer de 19 años, con preparatoria terminada; empleada en una empresa del sector automovilístico a nivel operario, gana el salario mínimo, su pareja labora en el mismo sitio. Ella vive en unión libre con un hombre de 28 años. Él se había separado recientemente cuando inició con ella una relación, tiene un hijo de cinco años, al que ve en pocas ocasiones. La mujer no tiene relaciones interpersonales cercanas ni otras actividades fuera de su empleo a partir de su actual relación; es la hija menor de su familia, tiene dos hermanos varones que influyen en su decisión de no volver a casa.

Instrumento

Se aplicó la entrevista semiestructurada adaptada de Muñoz (2003), en la que se recabó información sobre sus datos generales: nombre, nivel educativo, ocupación, edad, nivel socioeconómico, así como la dinámica familiar. En segundo lugar, se abordó la situación problemática, se identificó el motivo de consulta en ambos casos como problema de pareja (según las participantes), y se profundizó en cada uno de los casos sobre el tipo de violencia que se estaba presentando, específicamente, violencia psicológica y física. Las principales manifestaciones de violencia en las participantes son las cognitivas, y a partir de éstas se indagó sobre los pensamientos de las pacientes y se buscó clasificarlos de acuerdo con las creencias irracionales de Ellis (2000). Respecto a las manifestaciones emocionales, se examinaron las distintas emociones que presentaban las participantes, así como las consecuencias fisiológicas que mostraban, es decir, aquella sintomatología que no podían controlar. Finalmente, las conductuales, que se presentaban en función del acontecimiento activador referido; se conocieron los comportamientos que ambas tenían antes, durante o después de los episodios de violencia. Sobre los recursos con los que cuentan, se indagó la disponibilidad y motivación hacia el cambio, la conciencia de la problemática y las redes de apoyo.

Procedimiento

La obtención de la información se llevó a cabo en el departamento de posgrado de la Facultad de Psicología. En un primer momento, las pacientes acudieron directamente al departamento a solicitar atención; luego, se concertó una cita donde se obtuvieron sus datos generales y una visión amplia de la situación de cada una, además de brindarles el consentimiento informado y realizar el encuadre para llevar a cabo un proceso terapéutico, así como enterarlas de la intención de hacer uso de su información para realizar una investigación. Como segundo paso, se adaptó la entrevista semiestructurada propuesta por Muñoz (2003), y se procedió a su aplicación en una segunda sesión, las cuales fueron grabadas, para un mejor análisis y manejo de la información. Finalmente, como tercer paso, se procedió al análisis de esa información a través del programa Atlas.ti 8.

Análisis de información

Para el análisis de la información se utilizó el programa Atlas.ti 8, a partir de la generación de nueve códigos derivados de la entrevista, que son: situación problemática (violencia), violencia física, violencia psicológica; manifestaciones cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas, recursos propios y relaciones desiguales de poder; a partir de esto se obtuvieron 93 citas que permitieron analizar la información recabada; como resultado se obtuvo la red de manifestaciones de la violencia.

RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos se puede observar que en ambos casos, aunque existen diferencias significativas, aparecen rasgos comunes de manifestaciones de la violencia, como se podrá observar.

La violencia como trasfondo de los problemas de pareja

Las dos mujeres que participaron en el presente estudio, solicitaron previamente la atención psicológica por problemas de pareja. Se encontró, principalmente, una violencia psicológica que se manifestó en la dificultad que presentaban para discernir que se trataba de violencia (“él no me pega, él me marca, sabe que estamos mal y no deja de marcarme, yo no le contesto, pero él sigue marcando” [sic. P1]); (“no me di cuenta, de repente ya estaba viviendo con él” [sic. P2]); además, se identifica que ambas han perdido la confianza en sí mismas y tienen poca seguridad para actuar de manera independiente (“la iglesia me dio el permiso de decidir si me quedaba con él o me divorciaba, elegí quedarme por mis hijas, aunque no soporto su presencia” [sic. P1]; “desde los primeros meses me quise regresar a mi casa, pero me daba vergüenza con mis papás y mis hermanos, iban a decir que fracasé” [sic. P2]).

La violencia psicológica se hace presente a través de la coerción ejercida por las parejas y la comunidad/familia a la que pertenecen las participantes. En el caso de P1, la violencia es más sutil, disfrazada por el deber de mujer perteneciente a una congregación religiosa (“tengo una preocupación constante, porque debo cuidar de todos; debo seguir con él porque soy su esposa, a pesar de todo, mi deber es seguir con él” [sic. P1]). Mientras que en el caso de P2 se presentan humillaciones y ofensas de manera manifiesta (“me dijo que soy una zorra y una fácil” [sic. P2]). Este tipo de violencia también se refleja en el cansancio físico provocado por servir a la iglesia (limpieza, comisiones, etcétera) sin percibir una remuneración económica; servir a su esposo, quien es incapaz de valerse por sí mismo, a sus hijas y a su madre (“él no trabaja [refiriéndose a su esposo], está vetado de la iglesia, vivimos de su pensión, yo lo atiendo, le hago todo...”; “ellas [refiriéndose a sus hijas] trabajan, yo les ayudo con mis nietos, voy por ellos a la escuela, hago de comer, juego con ellos, incluso les lavo y plancho porque ellas trabajan...”; “ella [refiriéndose a su madre] está enferma, yo como mujer me toca cuidarla,

atenderla, la llevo al médico, pero ella siempre está enojada conmigo, me ignora” [sic. P1]).

En el caso de P2 hay presencia de violencia física que consiste en lanzar objetos, golpes en partes del cuerpo que no son visibles y bofetadas en la cara (“él [refiriéndose a su pareja] comienza a lanzar cosas..., íbamos al centro, me aventó del carro..., me golpeó en el oído” [sic. P2]).

Manifestaciones emocionales y fisiológicas de la violencia

Las manifestaciones emocionales y físicas están presentes en las participantes. En la investigación se identificó que presentan dificultades para dormir, sensación de ahogo, mareos, dolores de cabeza; miedo, culpa, tristeza, vergüenza, enojo (“no puedo dormir, me duele el pecho, siento que me ahogo y me duele mucho la cabeza; me siento culpable de ser su esposa, me da tristeza verlo” [sic. P1]; “me da vergüenza volver a mi casa, tengo miedo, estoy molesta conmigo, pero le tengo mucho miedo” [sic. P2]). A pesar de contar con esta sintomatología, las participantes no lograban relacionarlas con la violencia que vivían pues la han normalizado, se han acostumbrado a vivir con ella y dan por hecho que se debe al trabajo, a la casa, etcétera.

Manifestaciones conductuales de la violencia

La parte conductual se manifiesta a través del llanto, el aislamiento y la evitación de actividades que pudieran provocar un episodio de violencia (“no puedo evitar llorar, lloro mucho en mi cuarto, no quiero verlo, quiero dejarlo, no quiero hablar con él” [sic. P1]; “cuando se pone violento, me da mucho miedo, sólo lloro, además, no tengo ganas de hacer nada, todo me da flojera” [sic. P2]).

En el caso de P1, requiere el permiso tanto de la iglesia como de su marido para realizar ciertas actividades, como salir, utilizar cierto tipo de ropa o entablar conversaciones con otros hombres; el caso de P2 es similar, tiene prohibido salir y establecer relaciones tanto con hombres como con muje-

res; sin embargo, en el primer caso se ha normalizado la situación por las reglas religiosas, la fe y el respeto a las creencias; en el segundo caso, se ha hecho a partir de la coerción y el miedo.

Manifestaciones cognitivas de la violencia

Dentro de las manifestaciones cognitivas se encuentra que ambas mujeres han desarrollado creencias irracionales relacionadas con la influencia del pasado en la actualidad, la evitación de los problemas y responsabilidades, así como la necesidad de aprobación (“en la iglesia van a pensar que yo soy cómplice de mi esposo, ya no podré hacer nada, si yo fuera hombre mi mamá sí me quisiera, me trataría diferente” [sic. P1]; “no sé qué hacer, no sé cómo me fui a vivir con él, no puedo regresar a mi casa, sería un fracaso” [sic. P2]).

El hecho de que ambas mujeres tomen experiencias del pasado para justificar su presente hace alusión a la creencia 9 de Ellis: el pasado tiene gran influencia en el presente. Esto sugiere que ante un evento que sucedió, ya no habrá cambios y en adelante el evento se repetirá y tendrá el mismo resultado, que por lo general es catastrófico (“ya no puedo hacer nada, es mi esposo” [sic. P1]; “voy a fracasar como mis padres” [sic. P2]). Además, se identifica la creencia 1, sobre la necesidad de ser amado y aprobado por los demás, y la creencia 7, donde se dice que es más fácil evitar los problemas que hacerles frente; aunque en esta última creencia, en el caso de las víctimas de violencia, se puede ver reforzada por la indefensión que presentan.

Recursos propios para afrontar la violencia

También fue posible detectar que ambas mujeres tienen recursos personales que pueden ayudar a su fortalecimiento y, por ende, a tomar decisiones que las beneficien y les permitan terminar con el ciclo de violencia que viven. Tienen redes de apoyo que pueden ayudarlas a salir de casa, están conscientes de que lo que viven les causa un problema y al menos P1 mostró disponibilidad para el cambio y motivación (“he puesto límites a las relacio-

nes que me perjudican, con mi cuñada, por ejemplo; también con mis hijas, no atendí a mi nieto que pedía de cenar, dejé que mi hija soltara el celular y lo hiciera ella” [sic. P1]; “he considerado varias veces dejarlo, aunque aún no sé cómo hacerlo; sé que lo que me pasa no está bien, pero le tengo mucho miedo; quizá si regreso a la universidad sea mi mejor opción, así mis papás me apoyarían y podría regresar a casa” [sic. P2]).

Aunque hay indicios de recursos propios, se requiere un trabajo personal e individual que los potencialice, para conseguir llevar a la toma de decisiones conscientes que las lleven a alcanzar una mejor calidad de vida y a recuperar su dignidad y libertad.

Relaciones desiguales de poder

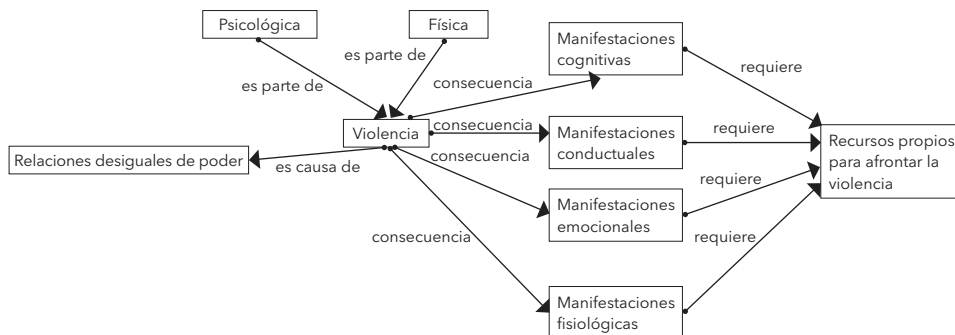
Finalmente, en cuanto a las relaciones desiguales de poder, se encuentra que ambas mujeres se han topado con estructuras patriarcales que de alguna manera dirigen su vida, pues otorgan mayor poder a los hombres y justifican sus acciones. Además de que ambas tienen una carga mayor en las actividades del hogar (“mi vida ha estado llena de obligaciones, con él, con la iglesia, con mi madre, mis hijas y mis nietos; denuncié dos veces a mi esposo ante la iglesia y no hicieron nada; no tengo confianza en la iglesia, los hombres y la congregación son una mafia; mi esposo me denunció en la iglesia por platicar en WhatsApp con un amigo, me señalaron y castigaron” [sic. P1]; “él me prohíbe cosas, me quita el celular; mis hermanos dijeron que si me iba ya no volvía a mi casa” [sic. P2]).

En el caso de P1, se puede observar cómo estas relaciones de poder se reproducen desde la comunidad, por medio de un estilo de vida definido desde niña, dentro de una congregación religiosa donde se le ha inculcado el respeto y obediencia hacia el hombre, sea este padre, hermano o pareja; incluso anteponiendo los deseos y necesidades de los representantes de esta iglesia (hombres) a los de su familia.

En la Figura 1 se muestra el resultado obtenido a partir del análisis del Atlas.ti, donde se observa que las relaciones desiguales de poder, fomenta-

FIGURA 1

Manifestaciones cognitivas, emotivas y conductuales en mujeres víctimas de violencia.



Nota: Figura de creación original.

das por el patriarcado, son la causa principal de la violencia a través de modalidades diversas como la violencia psicológica y física; a la vez, presentan consecuencias significativas para quienes han sido víctimas de este problema mediante las manifestaciones físicas o fisiológicas (dolores de cabeza, mareos, dificultades para dormir, problemas de presión arterial, etcétera), emocionales (culpabilidad, tristeza, enojo, miedo o vergüenza), conductuales (llanto constante, aislamiento y evitación de actividades o estímulos que propicien la violencia) y las cognitivas (el desarrollo de creencias irracionales sobre la necesidad de ser perfectas y de tener la aprobación de los demás, de sentir miedo o ansiedad ante lo que no se conoce, entre otras). Por lo tanto, se requiere que las mujeres desarrollen recursos propios que les permitan hacer frente a la violencia, y ayudan a recuperar la independencia, la confianza y la seguridad en sí mismas.

DISCUSIÓN

Según los resultados, se puede observar que a pesar de ser casos con diferencias significativas en cuanto a edad, religión y costumbres, las manifestaciones de la violencia son similares. Primero se puede observar que la violencia contra las mujeres se hace presente, en uno de los casos, de manera sutil y

disfrazada por medio de la manipulación, mientras que en el otro la violencia es manifiesta, causada por lesiones físicas y humillaciones.

Ambas participantes minimizan los actos de violencia y los justifican debido a la influencia externa de actores que pertenecen a su familia o comunidad (padres, hermanos, miembros de la iglesia). En los dos casos existe cierta resignación a pensar que así es su vida y no pueden cambiarla; sin embargo, el hecho de solicitar ayuda sugiere la necesidad de generar cambios.

Es importante observar cómo se reproducen los patrones de dominación del hombre sobre la mujer. En estos casos, el patriarcado lo representan los miembros varones de la iglesia, incluido el esposo, así como la familia, específicamente los hermanos. En las dos situaciones, la influencia de estos actores es dominante, pues se les manipula a través de la creencia de ser esposas, pareja, cumplir con lo que se ha dictado por orden divino o social (“ellos [refiriéndose a sus hermanos] me dijeron a esta casa ya no vuelves” [sic. P2], “el pastor dice que debo obedecer y perdonar a mi esposo” [sic. P1]); incluso, como menciona Lagarde (1990), las mujeres replican estos actos de violencia hacia otras mujeres, porque así lo han aprendido (“mi madre me dice que soy una mala esposa, que me tengo que aguantar, además, ella me ignora y me hace sentir que soy una mala hija y mala madre” [sic. P1]).

También son evidentes las relaciones de desigualdad que existen entre las participantes y sus parejas. En el caso de P1, su congregación religiosa no parecía ver de forma negativa a su esposo por haber cometido abusos en contra de otras mujeres de la congregación, mientras que en el caso de la paciente fue reprendida y señalada por hablar con un amigo por WhatsApp, a pesar de que tenía una amistad desde la infancia con esa persona (“no quería ir al congreso de la iglesia, todos me miraban y hablaban a mis espaldas, él [su esposo] se encargó de decir que yo me porte mal” [sic. P1]). En el caso de P2, la prohibición de entablar relaciones de amistad y sociales aplica sólo para ella, pues él sí sale y tiene amigas, pero ella no puede hacerlo (“cuando le pregunté por qué él sí podía hablar con amigas, salir, y yo no, se

enojó, me aventó del carro cuando él iba manejando y aventó mi mochila, íbamos al centro, me dejó ahí tirada” [sic. P2]).

Al cuestionarles si existía violencia sexual, ambas lo negaron. En el caso de P1, menciona que hace mucho tiempo que no mantiene relaciones con su esposo, ella no quiere y a él parece no interesarle; mientras que en el caso de P2, menciona que en ese aspecto es muy cariñoso, que sólo algunas veces se porta grosero, pero que ella consintió tener relaciones. En este sentido, valdría la pena analizar a profundidad qué entiende ella por violencia sexual y hasta dónde considera que el ser grosero es normal dentro de las relaciones sexuales.

En cuanto a la violencia económica, ellas tampoco la refieren de manera clara; sin embargo, se puede pensar que existe, al igual que la violencia sexual en el caso de P2, pues el dinero lo utilizan para mantener la casa y no pueden usarlo para fines personales. Ello, no porque se lo pidan directamente a sus parejas, sino porque ellas lo han aprendido y normalizado de esta manera (“él sale con sus amigos, yo no sé ni cuánto gana; él dice que puedo hacer lo que quiera con mi dinero, pero si no me da para la casa, yo tengo que sacarla adelante” [sic. P2]).

Las redes de apoyo existen en ambos casos: en P1 son sus amigas y una cuñada, y en P2, sus padres; sin embargo, no se atreven a solicitar apoyo por miedo, vergüenza, resignación o una combinación de estos factores, creyendo que es su destino seguir en esas relaciones porque ellas así lo decidieron en un principio. Tal situación crea una fuerte dependencia respecto a sus creencias religiosas (P1) o a la pareja (P2).

Ambos casos tienen particularidades. En el primer ejemplo, la mujer soporta la situación de violencia porque ha aprendido que es su deber como esposa estar con su pareja hasta el final, sea como sea, incluso llega a pensar que es un castigo (“porque me pasan tantas cosas, es un castigo, lo único que puedo hacer es orar” [sic. P1]); mientras que en el segundo caso la creencia se afianza en las normas sociales y el miedo al rechazo, pues tiene que ser una buena mujer, cuidar el honor de la familia, idea que se observa en la decisión de los hermanos de no aceptarla de regreso.

Finalmente, en ambos casos es imperativo trabajar de manera individual con las participantes; lograr que adquieran y desarrollen recursos internos para recuperar la seguridad y la confianza en sí mismas; que reconozcan sus derechos y sepan que éstos deben ser respetados; que aprendan a cuestionar sus creencias irracionales y a constituir pensamientos más funcionales. Para ello, se sugiere el diseño de intervenciones enfocadas en el trabajo interno, con la finalidad de mejorar el autoconcepto, generar una autoimagen sana, enfocar la autocrítica hacia los aspectos positivos y las áreas de oportunidad, así como erradicar los sentimientos de culpa y fomentar la responsabilidad de los propios actos.

La terapia racional emotiva conductual ha demostrado de manera empírica su efectividad en el tratamiento de problemas de violencia contra las mujeres. Como señala Wolfe (1990), la TREC enseña a las mujeres a identificar sus problemas y la influencia que ejercen en sus sentimientos y acciones actuales; de la misma manera, aprenden a modificar su conducta y entorno de manera racional, pues trabaja creencias de autoevaluación erróneas. Por este motivo, la TREC puede reestructurar la percepción de sí mismas y lograr su objetivo de llevar a las personas, en este caso mujeres, a pensar de una manera racional, para alcanzar la adaptación saludable y la plenitud a través de la aceptación incondicional de uno mismo, de los otros y de la vida (Ellis, 2000).

REFERENCIAS

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2018). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Última Reforma DOF 13-04-2018. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf.
- David, N. (2003). Acoso sexual: desarticular la relación de poder a través de la prevención. *Educación Obrera*, 133, 7.
- Ellis, A. (2000). *Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión*. Paidós.

- Ellis, A. (2006). *Razón y emoción en psicoterapia*. Desclée de Brouwer.
- Ellis, A. y Abrahams, E. (2005). *Terapia racional emotiva*. Pax.
- Fabra i Sales, M. L. (2009). *Asertividad. Para muchas mujeres y algunos hombres*. Octaedro.
- Flores Elías, A. y Velasco Arze, C. (2004). Miedos y creencias irracionales en mujeres víctimas de violencia conyugal. *Ajayu*, 2(1), 1-14.
- Grieger, R. (1990). De un modelo lineal a uno contextual de los ABC de la RET. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.). *Manual de terapia racional-emotiva (vol. 2, p. 444)*. Desclée de Brouwer.
- Guevara, P. y Suárez, Y. (2017). *Creencias irracionales y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja de la comunidad urbana autogestionaria de Huaycán* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión].
- Guillaumin, C. (1992). *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de Nature*. Racine de Ixe.
- Heise, L. L., Pitanguy, J. y Germain, A. (1994). *Violence against women. The hidden health burden*. The World Bank. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/489381468740165817/Violence-against-women-the-hidden-health-burden>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Herrera Mosqueira, M. M. (2016). *Creencias irracionales y tipo de ansiedad en mujeres víctimas de violencia en el distrito de Comas - Santa Luzmila II en el año 2016* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016. Principales Resultados. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/especiales/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf.
- Lagarde, M. (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI.
- Lagarde, M. (2012). *El feminismo en mi vida. Hitos, claves y topías*. Instituto de las Mujeres del Distrito Federal.
- Lega, L., Sorribes, F. y Calvo, M. (2017). *Terapia racional emotiva conductual. Una versión teórico-práctica actualizada*. Paidós.

- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Editorial Crítica.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.
- Ojeda, R. (2006). Las cuotas de género para el empoderamiento de las mujeres. *El Cotidiano*, 21(138), 39-50.
- Ordóñez, A. y Serrano, M. (2011). *Análisis de las ideas irracionales desde el enfoque cognitivo conductual en las mujeres que asisten al centro de equidad y justicia "Tres Manueles" de la zona centro ubicado en la ciudad de Quito* [Tesis de licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana].
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Sinopsis*. Recuperado de https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/abstract_es.pdf.
- Pick, S., Sirkin, J., Ortega, I., Osorio, P., Martínez, R., Xocolotzin, U. y Givaudan, M. (2007). Escala para medir agencia personal y empoderamiento. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 295-304.
- Reyes Bravo, R. M. (2005). La autonomía psicológica en mujeres profesionales: análisis de un caso. *Otras Miradas*, 5(1). Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/183/18350101.pdf>.
- Riso, W. (2018). *Pensar bien, sentirse bien. Nada justifica el sufrimiento innecesario*. Planeta.
- Sánchez Miguel, M. y Ambrosio Morales, M. T. (2010). Acoso laboral contra la mujer en México (MOBBING). *Revista Latinoamericana de Derecho Social*, 10, 453-463.
- Torrico Linares, E., Santín Vilariño, C., Andrés Villas, M., Menéndez Álvarez-Dardet, S. y López López, M. J. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18(1), 45-59.
- Unidad de Igualdad de Género (2017). *Violencia psicológica contra las mujeres*. Procuraduría General de la República. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/253605/Violencia_psicol_gica_Mes_Agosto_2017_21-08-17.pdf.
- Varela, N. (2019). *Feminismo para principiantes*. Penguin Random House.
- Wittig, M. (1992). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales.
- Wolfe, J. (1990). RET y temas de mujeres. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Manual de terapia racional emotiva* (vol. 2, p. 444). Desclée de Brouwer.

PODER Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN INSTITUCIONES DE CIUDAD JUÁREZ

Alicia Moreno Cedillos^{1}*

*Juan Hernán III Ortiz**

*José Torres Gasca**

La etnopsicología tiene como objetivo estudiar las características fundamentales de las personas de diferentes culturas, centrándose en la idiosincrasia y los rasgos de personalidad dominantes de los individuos de una sociedad, nación o pueblo (Alarcón, 2010; Díaz-Guerrero y Pacheco, 1994). Con este sustento teórico se pretende describir en este trabajo cómo las relaciones de poder en las parejas y familias influyen en la percepción y la incidencia de violencia de género en los espacios de diversos tipos de instituciones de la sociedad mexicana.

Los estudios sobre el poder en la pareja plantean que éste define y es definido a la vez por los roles de género, dada la dinámica y modificación de los aspectos psico-socioculturales que intervienen en las interacciones humanas y que se forjan y manifiestan en el bucle pareja-familia-comunidad-sociedad (Rivera y Díaz-Loving, 2002a). Se ha encontrado también en estudios sobre la percepción de violencia, seguridad, corrupción y otros conceptos que, en general, la percepción es diferente en hombres y en mujeres, esto también ocurre en función de la escolaridad de las personas (Moreno-Cedillos, 2013). Además, en el estudio realizado por Rivera y Díaz-Loving (2002a), se menciona que los papeles maritales y los comportamientos están cambiando por el aumento de la participación de la mujer en el ámbito laboral; plantean igualmente que “queda aún por determinar cómo se logra el poder, cuáles son sus manifestaciones y qué implicaciones tiene para el

¹ Contacto: amorenoc@uacj.mx.

* Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.

bienestar o malestar en las relaciones de pareja” (Rivera y Díaz-Loving, 2002b, p. 631).

Sobre el tradicionalismo y el poder en las familias mexicanas, en estudios con estudiantes de la ciudad fronteriza Juárez, se reportan diferencias significativas al comparar hombres y mujeres respecto al apego a las premisas más tradicionales de machismo y abnegación. Los resultados muestran que este apego es significativamente menor en las mujeres y mayor en los hombres. Esta polarización entre mujeres y hombres también es más evidente en Ciudad Juárez que en otras entidades del centro y sur del país. Parece representar un gran peligro para el papel tradicionalmente poderoso de los hombres, que reaccionan con mucho más apego a estas premisas y pretenden hacer valer su habitual supremacía. Quizá esta polarización contribuye a explicar –nunca a justificar– la exacerbada violencia contra las mujeres en Ciudad Juárez (Moreno-Cedillos, 2011).

El fenómeno de la violencia, especialmente contra las mujeres, ha sido abordado en América Latina, según Castro y Riquer (2003), sin un marco teórico y metodológico consistente, por lo que las explicaciones y posibles acciones tendientes a su atención no logran contribuir positivamente. De hecho, aún se observa que a pesar de la existencia de normas orientadas a regular ambientes libres de violencia y con equidad de género, por lo general las personas no modifican de manera sustancial sus formas tradicionales de conducirse. Se ha encontrado que los hombres consideran natural el ejercicio del poder sobre las decisiones en las relaciones de pareja, mientras que este ejercicio puede ser percibido como violento y no equitativo por parte de las mujeres (Díaz-Loving et al., 2004; Moreno-Cedillos, 2013; Rivera y Díaz-Loving, 2002b y Vargas Núñez et al., 2010).

Por otro lado, como una contraparte ante la falta de aportes teóricos a los que se refieren Castro y Riquer (2003), desde finales del siglo pasado con la configuración de la etnopsicología (Díaz-Guerrero, 1994), se ha desarrollado una abundante producción científica que estudia los temas de las relaciones interpersonales, y de especial importancia es la teoría bio-psico-sociocultural de las relaciones de pareja. Una amplia compilación de estos trabajos se puede

consultar en la compilación de Díaz-Loving (2014) *V lustros de investigación en la Psicología Social en México: contribución de Díaz-Loving y sus colegas*.

Para abordar el tema de estudio de este trabajo, se entiende por *poder* cualquier tipo de conducta a través de la cual se logra que los otros hagan lo que nosotros, como individuos, queremos que se haga, al ser este tipo de conducta el que pone en nuestras manos la última decisión (Díaz-Guerrero y Díaz-Loving, 1988, citados por Rivera y Díaz-Loving, 2002a). El poder se manifiesta de diversas maneras, las cuales se identifican como estilos y estrategias. Estilo de poder es el modo particular y distintivo en que una persona tiende a influir en otras, mientras que estrategia de poder es la forma cuidadosamente planeada en la que una persona tiende a influir a otras personas (Rivera y Díaz-Loving, 2002c).

Otro concepto del estudio es la violencia de género, que es el término para describir los actos perjudiciales en contra de una persona sobre la base de las diferencias que la sociedad asigna a hombres y mujeres (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Unicef], s. f.). También se entiende por violencia de género cualquier acto o intención que origina daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a las mujeres, lo que incluye amenazas, coerción o privación arbitraria de libertad, ya sea en la vida pública o privada (Blanco et al., 2004).

Para este trabajo el estudio del poder y la violencia de género se extiende a los diversos ámbitos de interacción cotidiana, entre los cuales están los espacios de atención, de reunión, de trabajo, de apoyo, etcétera. Se parte del supuesto que plantean Blanco et al. (2004), quienes sostienen que tanto el ejercicio del poder como la violencia de género son un binomio que se presenta en el ámbito público y en el privado, y que los ciclos y formas de manifestación se aprenden culturalmente y se convierten en esa práctica social que mencionan Díaz-Loving et al. (2004), así como Vargas et al. (2010), citando a Lagarde, que afirma que “la violencia pasa de ser un acto aislado, a una forma aceptable de interactuar entre la pareja” (p. 1117). Por supuesto, esta normalización de la violencia facilita situaciones de alto riesgo de lesiones, incluso de feminicidio.

Con base en esta información y el abordaje desde la etnopsicología, se pretende describir cómo las relaciones de poder que se dan en las parejas y familias influyen en la percepción y la incidencia de violencia de género en los espacios de las instituciones de la sociedad mexicana. Este enfoque permite un acercamiento culturalmente sensible a estos procesos, dado que los instrumentos utilizados se construyen y validan para la cultura mexicana. En este estudio se utilizan instrumentos construidos para que midan los procedimientos de poder (estrategias de poder) usados dentro de la relación de pareja (Rivera et al., 2000).

Siguiendo la línea de trabajo de la teoría bio-psico-sociocultural, y con el supuesto de que las relaciones de poder que se dan en las parejas y familia influyen en la percepción y la incidencia de la violencia de género en las instituciones, se realizó este estudio cuyo objetivo es explorar, con base en las premisas de las creencias de familias mexicanas, los factores que inciden en relaciones inequitativas de poder entre los miembros de instituciones y organizaciones diversas y que resultan en eventos violentos, específicamente de género.

En esta ocasión se presentan los resultados de la validación de los instrumentos utilizados para los aspectos de poder, así como los resultados más importantes obtenidos con grupos focales en la fase cualitativa del estudio.

MÉTODO

Se trata de un estudio multifactorial, mixto y transversal. Para la parte cuantitativa se utilizó una batería para medir diversos aspectos del poder; respecto a la parte cualitativa, se recuperan evidencias de la percepción que tienen diferentes agentes de las organizaciones sobre relaciones de poder en la pareja y la familia, equidad de género y violencia, así como de las normas, reglas y políticas institucionales existentes. También indaga sobre las incidencias de violencia de género que ocurren al interior de las instituciones de la muestra. Aún está en proceso la triangulación de resultados, así

como el procesamiento de la información cuantitativa sobre violencia de género que será motivo de un reporte posterior.

Participantes

Los participantes fueron voluntarios, mayores de 18 años, tanto para la respuesta a los cuestionarios de la batería de poder como para los grupos focales de la parte cualitativa. En la parte cuantitativa, dado que algunos instrumentos son versiones para cierto tipo de participantes, se cuenta con 578 para los instrumentos de aplicación general. En las tablas de resultados se especifica el tamaño de la n particular por instrumento.

Para el acercamiento a la identificación de los espacios sociales de interacción en donde se levantaron las evidencias, se procedió a caracterizarlos como diferentes tipos de instituciones. Para ello se formularon las siguientes categorías de observación y análisis: 1) oficiales: establecen su quehacer y relaciones mediante reglamentos y leyes que emanan de órganos oficiales de debate (cabildos, consejos o congresos); 2) empresariales: su objetivo es generar ganancias; 3) sociedad civil: atienden asuntos relacionados con derechos humanos o necesidades de población vulnerable; 4) informales o gremiales: suficientemente sólidas para mantenerse durante años sin necesidad de reglamentos oficiales (clubes sociales, iglesias, pandillas, etcétera), y 5) familia: tratada tanto por la tradición y las costumbres que indican cómo se vive en familia como tomando en cuenta que sus relaciones están determinadas por las leyes civiles, aunque no se les atiende de esa manera; un ejemplo son los contratos civiles de convivencia entre personas del mismo sexo y la adopción.

Se trabajó con diez grupos focales: 69 informantes en total, pertenecientes a los cinco tipos de instituciones definidas: oficiales, empresariales, sociedades civiles, gremiales y familia.

Instrumentos

Los instrumentos de la batería de poder son los siguientes: Cuestionario de poder formal-informal (recibido-emitado) (Meliá et al., 1993); Escala de medición del poder global social, versión para empleados y versión para estudiantes (Nesler et al., 1999); y la Escala de estrategias de poder (Rivera y Díaz-Loving, 2002a).

Se aplicaron los instrumentos acudiendo a diversas instituciones, de acuerdo con la caracterización mostrada párrafos arriba; se solicitó la participación voluntaria de adultos mayores de 18 años. Se les informó sobre la confidencialidad de sus datos y se solicitó su consentimiento. En el caso de los grupos focales, se acordó con los voluntarios hora y fecha para la realización de las sesiones. En todos los casos, los aplicadores y los facilitadores contaban con manuales de aplicación y fueron capacitados previamente. Se calculó la consistencia interna de los instrumentos mediante la obtención del valor alfa de Cronbach, utilizando el SPSS v21. Se hizo análisis de contenido de los grupos focales con apoyo del Atlas.ti.

RESULTADOS

Los resultados de la consistencia interna fueron favorables para todos los instrumentos en su aplicación completa, ya que los valores alfa de Cronbach obtenidos fueron desde .91 hasta .98. Los valores por factor fueron igualmente altos, excepto para el Cuestionario de poder formal-informal (recibido-emitado), donde los valores alfa para cinco de sus siete factores fueron menores a .8, por lo que no se recomienda que se use en partes. Los valores alfa de Cronbach por instrumento son los siguientes: Escala de estrategias de poder (EEP): $\alpha=.96$ ($n=303$), poder global (versión para empleados): $\alpha=.93$ ($n=447$), poder global (versión para alumnos): $\alpha=.98$ ($n=71$); los resultados del Cuestionario de poder formal-informal se presentan también por factor: Poder formal-informal (emitido), valor global: $\alpha=0.96$ ($n=578$).

TABLA 1
Confiabilidad de los factores de la escala de poder

<i>Factor</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Poder legítimo	.774
Poder de recompensa	.727
Poder coercitivo	.790
Poder experto	.822
Poder referente	.836
Poder informacional	.787
Poder general	.789

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 2
Poder formal-informal emitido, valor global. Versión para escolares: $\alpha=0.91$

<i>Factor</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Poder legítimo	.647
Poder de recompensa	.612
Poder coercitivo	.738
Poder experto	.705
Poder referente	.617
Poder informacional	.515
Poder general	.639

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 3
Poder formal-informal recibido, valor global: $\alpha=0.97$ (n=578)

<i>Factor</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Poder legítimo	.879
Poder de recompensa	.872
Poder coercitivo	.816
Poder experto	.849
Poder referente	.834
Poder informacional	.798
Poder general	.817

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 4
Poder formal-informal recibido, valor global. Versión para escolares: $\alpha=0.92$

<i>Factor</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Poder legítimo	.710
Poder de recompensa	.714
Poder coercitivo	.716
Poder experto	.698
Poder referente	.681
Poder informacional	.640
Poder general	.693

Nota: Tabla de creación original.

Los resultados más importantes del análisis de contenido de las sesiones en los grupos focales arrojaron definiciones con significados culturalmente orientados para las siguientes categorías.

Violencia

- Institucional. Se ejerce el poder directa o indirectamente mediante agresión de áreas físicas, psicológicas, emocionales, materiales, económicas, entre otras. Algunas de las acciones son abuso de autoridad, conocimiento o posición jerárquica. Hay omisiones que ponen en riesgo la integridad de la persona.
- De pareja. Dominio cultural del hombre sobre la mujer. Cuando el amor genera emociones negativas que dañan a una o a las dos partes. Uso del control de una de las partes sobre la otra.

Estilos de violencia

- Institucional. Mediante la infraestructura: equipo, material o seguridad de los miembros de la institución. Mediante relaciones humanas: evidenciar o presionar emocionalmente, invisibilizar, no respetar el trabajo, elaborar un clima laboral tenso.
- De pareja. Del hombre a la mujer: física, psicológica y emocionalmente expresadas de manera verbal, control de amistades, formas de vestir y de

conducta, celos y chantajes. De la mujer al hombre: con persuasión, restricción de las relaciones sexuales, manipulación con los hijos, autovictimización, entre otras.

Estrategias de coerción

- Institucional. La manera verbal, física o material en que la institución obliga a que alguien haga algo. Poder por manipulación psicológica, uso de la información, establecimiento de reglas, distintas formas de castigo: desde trabajo extra hasta despidos; aplicación de la fuerza física.
- De pareja. Ejercicio de los usos y costumbres de ser hombre y ser mujer (machismo). La persona que aporta al hogar la mayor cantidad de dinero o que tiene el mejor sueldo es quien se hace responsable de los gastos y a quien se le concibe como la figura de autoridad, por lo que toma las decisiones. Las acciones ejercidas son celos, manipulación, chantaje, limitaciones de actividades e intereses de la otra persona, desvalorar a la pareja, ejercer la cultura donde el hombre domina a la mujer, controlando la economía de la pareja.

Estilos de poder

- Institucional. Manipulación fanática, ejercicio de las reglas, poder propio, liderazgo, imponer miedo, poder corrupto, manejo de influencia, poder despótico, poder adictivo, y en el caso de las mujeres, poder del coqueteo.
- De pareja. Relación asimétrica de poder debido a múltiples factores: machismo (ser hombre), personalidad/carácter de cada uno, conocimiento y habilidades, educación o experiencias previas (en casa). Ser mujer conlleva un poder y lo ejerce de manera más sutil, como mando/decisiones en el hogar: “pintar, muebles, adornos, comida”, y lo hace por manipulación, chantaje, celos, negación de relaciones sexuales.

Estrategias de resistencia al poder

- Institucional. Conocer las reglas e identificar los límites, anteponer valores, principios e ideales propios, unirse frente al poder, deshumanizarse/ no mostrar empatía.

- De pareja. Negociación, sentimiento de autonomía y buena autoestima, saber que hombres y mujeres tienen los mismos derechos.
- Solución de conflictos. Se constató que de manera libre los participantes de ambos sexos y diferentes tipos de instituciones coincidieron en establecer parecidos entre lo que perciben o viven en pareja y en lo institucional.
- Institucional. Hacerse cargo de sus responsabilidades.
- De pareja. Equidad en la relación: negociación, diálogo, generación de acuerdos, reconocimiento de los derechos, entre otros; ceder o rendirse al acto de dominio de la pareja. Tolerar o evadir y aceptar el poder o acto violento como un mal menor.

DISCUSIÓN

Aún queda pendiente realizar los análisis de relación entre los diversos aspectos medidos de poder, así como buscar las asociaciones con los distintos tipos de violencia de género, además de la triangulación de los resultados cualitativos y cuantitativos sobre poder, como lo sugieren Creswell y Plano (2011). Sin embargo, no hay duda de que es importante explorar los factores que intervienen en las relaciones que se desarrollan horizontal y verticalmente entre miembros de las diversas comunidades y organizaciones en general, dado que en prácticamente todas las organizaciones, ya sea oficiales o de la sociedad civil, se realizan actividades y campañas para acreditarse como espacios libres de violencia y con equidad de género. No obstante, como se aprecia en este y otros trabajos (Díaz-Loving et al., 2004; Vargas et al., 2010), continúan sucediendo de manera cotidiana problemas de inequidad y de violencia entre los miembros de estas comunidades (Limas y Limas, 2010). Esto puede atribuirse de manera importante a los diferentes significados que se tienen para regular las relaciones de poder, desde la perspectiva de la cultura del grupo social, así como la diferencia entre las creencias y las formas efectivas de relacionarse.

Por otro lado, adentrarse en el estudio de los ciclos de la violencia y formas de ejercicio del poder, permite identificar el fenómeno como un

proceso compartido, no sólo un acto individual, como con frecuencia se aborda. Además, posibilita reconocer cómo se presenta la dinámica de violencia, entender qué tanto participa la mujer y cuál es su manejo del poder en las relaciones de violencia (Vargas et al., 2010).

REFERENCIAS

- Alarcón, R. (2010). El legado psicológico de Rogelio Díaz-Guerrero. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 10(2), 553-571. Recuperado de <http://www.revipsi.uerj.br/v10n2/artigos/pdf/v10n2a16.pdf>.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L. y Martín-García, M. (2004). La violencia de la pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 182-188. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=So213-91112004000400029&script=sci_arttext.
- Castro, R. y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. Research on violence against women in Latin America: from blind empiricism. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), 135-146. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14913.pdf>.
- Creswell, J. W. y Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publishing.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano. Descubrimiento de la etnopsicología*. Trillas.
- Díaz-Guerrero, R. y Pacheco, A. (1994). *Etnopsicología, Scientia Nova*. Servicios Profesionales y Científicos.
- Díaz-Loving, R. (2014). *V lustros de investigación en la Psicología Social en México: contribuciones de Díaz-Loving y sus colegas*. AMEPSO.
- Díaz-Loving, R., Rocha, T. y Rivera Aragón, S. (2004). Elaboración, validación y estandarización de un inventario para evaluar las dimensiones atributivas de instrumentalidad y expresividad. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2), 263-276.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (s. f.). La violencia de género en situaciones de emergencia. Recuperado de https://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58001.html.

- Limas Hernández, A. y Limas Hernández, M. (2010). *Seguridad y equidad social y de género: consideraciones sobre un índice y estudios de caso en Ciudad Juárez*. Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Meliá, J. L., Oliver, A. y Tomás, J. M. (1993). El poder en las organizaciones y su medición. El cuestionario de poder formal e informal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 139-155.
- Moreno-Cedillos, A. (2011). La etnopsicología desde la condición de ser mujeres mexicanas. En R. Robles Ortega, C. E. Rojas Blanco y A. Moreno-Cedillos (Coords.), *Entre-textos de los derechos de las mujeres. Memorias de la Primera Semana Conmemorativa por la Lucha de los Derechos de las Mujeres*, 93-105.
- Moreno-Cedillos, A. (2013). *La percepción de la violencia y seguridad en Ciudad Juárez. Diferencias por sexo y nivel educativo*. En 9º Coloquio de la Cátedra Dr. Rogelio Díaz Guerrero. UACJ.
- Nesler, M., Aguinis, H., Quigley, B. M., Lee, S. y Tedeschi, J. T. (1999) The Development and Validation of a Scale Measuring Global Social Power Based on French and Raven's Power Taxonomy. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(4), 750-771.
- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2002a). *La cultura del poder en la pareja*. Porrúa.
- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2002b). ¿Quién ejerce el poder y quién lo otorga? En R. Díaz-Loving (2014). *V lustros de investigación en la Psicología Social en México: contribuciones de Díaz-Loving y sus colegas* (pp. 624-631). AMEPSO.
- Rivera, S. y Díaz-Loving, R. (2002c). Relación entre los estilos y las estrategias de poder. En *La cultura del poder en la pareja* (pp. 185-196). Porrúa.
- Rivera, S., Díaz-Loving, R. y Manrique, L. (2000). Construcción y validación de la escala de estrategias de poder. En R. Díaz-Loving (2014). *V lustros de investigación en la Psicología Social en México: contribuciones de Díaz-Loving y sus colegas* (559-564). AMEPSO.
- Vargas Núñez, B. I., Pozos Gutiérrez, J. L., López Parra, M. S. y Díaz-Loving, R. (2010). Manejo del poder de la mujer en las relaciones de violencia. En R. Díaz-Loving (2014). *V lustros de investigación en la Psicología Social en México: contribuciones de Díaz-Loving y sus colegas* (pp. 1111-1117). AMEPSO.

APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN LA SALUD

INDIVIDUALISMO-COLECTIVISMO Y SALUD MENTAL POSITIVA: UNA COMPARACIÓN ENTRE MUJERES Y HOMBRES UNIVERSITARIOS

Mónica Lolbé Barrera Guzmán^{1*}

Mirta Margarita Flores Galaz^{*}

Uno de los temas estudiados por la psicología social es la cultura, la cual se analiza e interpreta desde la psicología transcultural a partir de lo *emic* y *etic* de los diversos ecosistemas con el objetivo de contextualizar socialmente las variables que median los sistemas de normas y reglas institucionales e inciden en las conductas, así como también los factores de riesgo o protección asociados particularmente a la salud física y psicológica (Vera et al., 2009). Es decir, la psicología transcultural ofrece evidencia empírica y planteamientos teóricos que señalan la posibilidad de relaciones entre ciertos aspectos culturales y de salud. En este trabajo, se plantea estudiar la relación entre un aspecto cultural y la salud mental positiva (Jahoda, 1958; Barrera y Flores, 2015), como es el caso de las dimensiones culturales de individualismo-colectivismo.

La salud mental positiva (SMP) puede describirse como una capacidad conformada por la percepción subjetiva de bienestar, armonía e indicadores de funcionamiento psicosocial y físico, disposición hacia actitudes positivas y capacidad de adaptación satisfactoria al medio que permiten alcanzar metas vitales y de autodesarrollo de acuerdo con el contexto. La SMP incluye componentes de bienestar subjetivo de tipo cognitivo emocional, social y físico, autorreflexión, habilidades psicosociales, aspectos de la percepción de la salud física, manejo del tiempo libre y actitudes de responsabilidad social (Barrera y Flores, 2015); e implica cierto grado de bienestar, funcio-

¹ Contacto: monica_lb@yahoo.com.

* Universidad Autónoma de Yucatán.

nalidad y ausencia de malestar psicológico, por lo que va de la mano con la salud física y el estilo de vida.

En cuanto a la cultura, Triandis (1994 en García-Campos, 2011) la define como un conjunto de aspectos subjetivos y objetivos construidos por el ser humano, que en un pasado aumentaron la probabilidad de sobrevivir y resultaron satisfactorios para quienes conformaban un mismo nicho ecológico que transmitieron de persona a persona al compartir un lenguaje, lugar de residencia y un mismo tiempo; los elementos subjetivos son los que se forman dentro de los procesos mentales de las personas. Para Díaz-Guerrero (2013) la etnopsicología mexicana supone que aspectos como la personalidad y el comportamiento se determinan por una continua dialéctica entre la biología y la psicología individual, tanto de los grupos como de la cultura donde se vive. En este sentido, la cultura “incluye afirmaciones verbales (tradiciones, valores, creencias) y entidades estructurales (cultura material, organización, instituciones)” (Flores, 2014, p. 14) y la sociocultura resulta en un sistema de premisas culturales interrelacionadas (normas, roles, etcétera) que gobiernan los sentimientos e ideas, y jerarquizan las relaciones interpersonales estipulando roles y reglas para la interacción social (Díaz Guerrero, 2013).

Así, la dirección de la sociocultura puede influir en el desarrollo de la personalidad, pero también en las metas, la calidad de vida (Flores, 2014), incluso la salud. En la psicología, la utilidad del concepto de cultura se da para describir el modo en el que los aspectos individuales adquieren sentido a través de sus relaciones con colectivos e instituciones que, a su vez, tienen sistemas de reglas y normas de inclusión y exclusión dinámicas en el tiempo, lo que a su vez permiten a través de diferentes valores, para aumentar posibilidades de supervivencia y bienestar (Vera et al., 2009).

La cultura es un sistema de significados que permite a un grupo satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia, perseguir la felicidad, bienestar y entender la vida transmitiéndose de generación en generación (García-Campos et al., 2016; Matsumoto y Juang, 2013). En una cultura determinada, todos los elementos afectan y son afectados por las características de las

personas que la conforman, lo que produce una manera generalizada de interacción social; por ello, de la misma manera que se clasifican los grupos, se han tratado de clasificar las culturas o sus elementos (García-Campos, 2011). La investigación transcultural ha generado una importante información sobre las diferencias culturales –una de las primeras maneras de clasificar a una cultura se debe a Geert Hofstede–; por ejemplo Hofstede (Hofstede et al., 2010) encontró, en variadas ocasiones y diversas culturas, cuatro dimensiones culturales: la distancia jerárquica, la evitación de la incertidumbre, el individualismo-colectivismo y la masculinidad-feminidad, que evidencian influencias de la cultura en la cognición, emoción, motivación y conducta social, por mencionar algunos.

Una de las dimensiones más estudiadas (Díaz-Loving et al., 2018) es el individualismo-colectivismo, el cual se refiere a la valorización que se da a la persona ante el grupo; es decir, cuando una persona pone primero sus objetivos e intereses o los del grupo (Triandis, 1995; García-Campos, 2011; García-Campos et al., 2016) y surge con el fin de comprender lo que mantiene unidos a los miembros de una sociedad e impide su desintegración (Vera et al., 2009). En el individualismo se valoran más las tareas que las relaciones sociales, se percibe a los otros como individuos y no por su categoría social, se valora la privacidad, conciencia individual centrada en la persona y aspectos como el autocuidado. Por el otro lado, en el colectivismo se valoran más las relaciones sociales que las tareas, se percibe más a los demás por categoría social, importa la pertenencia social, la armonía grupal y la conciencia individual se basan en la pertenencia grupal, así como estructuras sociales se basan en las familias extensas, donde las personas se cuidan unas a otras (Díaz-Loving et al., 2018).

En este enfoque se da el supuesto de que en toda cultura coexisten individualismo-colectivismo y son más o menos enfatizados dependiendo de la situación, pues se considera que las personas poseen cogniciones de ambos tipos y la diferencia está en que en algunas culturas es más probable ser individualista y en otras colectivistas (Triandis, 1994). Triandis señala que no es una dimensión bipolar, sino ortogonal, donde ambas dimensiones se dan

a nivel vertical u horizontal, aspecto que se ha relacionado con la equidad y jerarquización en las culturas como forma de organización en la sociedad (Alkire, 2005; Díaz-Loving et al., 2018; Triandis, 1995, 1994). Así, en el individualismo horizontal se valora el tener espacio e identidad propia y ser diferente de las demás personas; mientras que en el individualismo vertical se da importancia al triunfo y al hedonismo. Por el contrario, en el colectivismo horizontal se resalta la relación de igualdad en el grupo y el establecimiento de armonía grupal, mientras que en el colectivismo vertical predomina un sentido de cumplimiento, obediencia y respeto por quien tiene poder (Triandis et al., 1998).

La probabilidad de que una tendencia domine depende de la cultura. Se ha podido clasificar a algunos países según su cultura como individualistas o colectivistas, ya sean verticales u horizontales. Tal es el caso de Estados Unidos, Gran Bretaña y Francia, que son considerados como individualistas verticales; Suecia y Australia, como individualistas horizontales; la India, como colectivista vertical; Israel, como colectivista horizontal; Japón y China son clasificados como colectivistas (Triandis, 1994). Kagitcibasi (1997) señala que al crecer la urbanización de los países en vías de desarrollo, tiende a disminuir el colectivismo y aumentar el individualismo; lo mismo se ha encontrado en relación con el aumento de la escolaridad y el individualismo horizontal (Díaz-Loving et al., 2018).

En general, diversos estudios han clasificado a México como país altamente colectivista (Hofstede, 1980, 1983; Hofstede et al., 2010; Triandis, 2005; Vera et al., 2009), pero como ha señalado Triandis, en un mismo país puede haber distintas manifestaciones de estas orientaciones culturales. Además de las divisiones físicas y políticas, al estudiar la cultura se deben tener en cuenta antecedentes históricos, normas y prácticas sociales entre las localidades y los países (Cienfuegos et al., 2016). García-Campos reportó en 2003 una tendencia de la cultura mexicana al individualismo en los hallazgos de muestras en tres estados de la república (Chihuahua, Ciudad de México y Yucatán), pero señalando reservas y haciendo hincapié en lo importante que es tomar en cuenta la situacionalidad que puede matizar los resultados.

Laca y Mejía (2007) reportan haber encontrado resultados similares en diversos estudios donde la población mexicana universitaria puntuó más alto en individualismo, incluso en comparación con otras culturas clasificadas como individualistas, como la española, y mostró puntajes similares con Estados Unidos; sin embargo, señalan que se reporta una tendencia a la horizontalidad, al encontrarse altos puntajes en individualismo horizontal y en segundo lugar en colectivismo horizontal.

En 2016 García-Campos et al. presentaron altos puntajes en individualismo horizontal, y un segundo lugar en colectivismo horizontal en una muestra de jóvenes entre los 14 y los 23 años de edad de una población urbana, semiurbana y rural del estado de Guanajuato, México, donde la mayoría poseía estudios de bachillerato. Cienfuegos-Martínez et al. (2016) reportaron resultados homogéneos con altos puntajes tanto en el individualismo como en colectivismo (a excepción del colectivismo vertical), en una muestra con personas de entre 18 y 42 años, del Valle de México y Guanajuato (donde se observó una tendencia al individualismo vertical), con escolaridades de bachillerato y licenciatura. Se observa así que en las culturas y en las personas se pueden presentar ambas dimensiones al mismo tiempo y no son mutuamente excluyentes ni universalmente aplicables (Gouveia et al., en Cienfuegos-Martínez et al., 2016).

En relación con otras variables, Triandis (2005) mostró algunos aspectos divergentes, por ejemplo, en algunos países individualistas observó puntajes más elevados en satisfacción con la vida vinculados al bienestar subjetivo, que en los países colectivistas; esto a pesar de la existencia de datos de alta incidencia de problemáticas sociales en los primeros países (delincuencia, drogadicción, suicidios, por ejemplo). Algunos investigadores opinan que los individualistas pueden ser más felices cuando obtienen logros individuales, se orientan y enfocan en metas personales e ignoran los problemas sociales del entorno (Triandis, 2005).

En cuanto a la salud mental positiva, no se han encontrado estudios que relacionen directamente este constructo con individualismo-colectivismo; sin embargo, existen estudios acerca de la relación de estas dimensiones con

algunos indicadores incluidos en la SMP, como la satisfacción con la vida incluida en la dimensión del bienestar cognitivo emocional de la SMP; el apoyo social y relaciones e interacción sociales, incluido en la dimensión de habilidades sociales o de empatía y bienestar social de la SMP; la resiliencia y el enfrentamiento positivo que se relacionan con la dimensión dominio del entorno de la SMP; el autoconcepto incluido en la dimensión de autorreflexión de la SMP y relaciones con diferentes tipos de bienestar (Omar et al., 2010; Omar et al., 2011), ausencia de enfermedad mental y tasas de suicidio (Triandis, 2005). Joshanloo (2013) menciona que los aspectos que prioriza una persona inciden en el tipo de bienestar o satisfacción, dependiendo también de la cultura en la que estén; es decir, si están en una cultura colectivista y prefieren valores colectivistas como benevolencia, esto afecta positivamente el bienestar en aspectos como la satisfacción con lo psicosocial, o si están en una cultura individualista y se tiene apego a valores de autodirección, ello beneficia aspectos del bienestar a nivel funcional o individual.

En México Laca y Mejía (2007) encontraron correlaciones positivas entre el individualismo horizontal (media más alta) y la satisfacción con la vida, así como una regresión lineal significativa del individualismo horizontal sobre la satisfacción en un grupo de jóvenes universitarios de Colima. Lo anterior lo explican en congruencia con algunas teorías que señalan una mayor satisfacción con la vida en culturas individualistas horizontales donde no se dan situaciones de alta competitividad, pero se desea vivir la vida sin demasiados condicionamientos de la colectividad y se puede estar en competencia permanente con el ambiente profesional y social para lograr las metas en pugna.

Por otra parte, Rudmin (2002, citado en Triandis, 2005) encontró una relación entre el individualismo y las tasas de suicidio, respaldando que las personas que se sienten altamente integradas a su sociedad (como en el colectivismo) tienen menos riesgo de cometer suicidio, lo que quizá se relacionaría con el bienestar social. También señala que los fallos en las sociedades colectivistas pueden ser compartidos con el grupo, lo que no sucede en las culturas individualistas, donde los errores se tienen que encarar solo,

ante unas expectativas de logro que pueden ser más altas y conducir a la depresión. Así pues, se señalan posibles nexos entre la enfermedad mental y el individualismo; en 2001, Torrey y Miller (citado en Triandis, 2005) reportaron un aumento en el número de personas enfermas en relación con el aumento en el individualismo, e indicaron la necesidad de realizar una mayor investigación sobre el tema.

Omar et al. (2010, 2011) citan una serie de estudios sobre el tema, en los que se observó que el contexto cultural puede determinar cómo las personas mantienen un funcionamiento saludable y reaccionan al estrés; explican que la cultura colectivista se relaciona con la búsqueda de apoyo social y vínculos afectivos, lo que puede ser amortiguador del estrés en los entornos hostiles posmodernos, y por ello contribuir a aumentar el bienestar. También señalan que el bienestar psicológico requiere el rechazo de las jerarquías socialmente construidas y en algunos estudios se encontró que el colectivismo influye en el bienestar, bienestar subjetivo, resiliencia y la interacción social de manera positiva; mientras que el individualismo influye sobre el autoconcepto de manera positiva, pero negativa sobre el enfrentamiento positivo, la inteligencia emocional y la resiliencia. En su propia investigación, Omar et al. (2010) afirman que las dimensiones de horizontalidad se relacionan con el desarrollo de la resiliencia, presentándose como mediadores entre el individuo y los estresores en muestras latinoamericanas –incluyendo a México– con adolescentes.

Desde la psicología se empieza a observar más la contribución de la cultura a la salud mental en el impacto de variables culturales sobre el funcionamiento saludable (Omar et al., 2010); sin embargo, aún no se explora la relación con la salud mental positiva, por lo que, dadas las relaciones encontradas e hipotetizadas entre cultura, bienestar y salud-enfermedad mental, así como las divergencias y escasos estudios en México en relación con la SMP, se propone estudiar este aspecto cultural como parte del análisis psico-socio-cultural de este fenómeno en el sur de México.

MÉTODO

Participantes

Participaron mediante un muestreo por conveniencia 633 estudiantes universitarios de diversas licenciaturas de universidades públicas y privadas de la ciudad de Mérida, Yucatán, de diferentes campos de estudio: 1) ciencias sociales, económico administrativas y humanidades (n=164); 2) veterinaria y ciencias naturales (145); 3) ingenierías, ciencias exactas y construcción (184), y 4) salud (140); de los cuales 321 son mujeres y 312 hombres con una edad media de 21 (DE=1.95).

Instrumentos

Se utilizó la Escala de individualismo-colectivismo elaborada por Díaz-Loving y colaboradores (2018), basada en el modelo ortogonal y propuesta teórica de Triandis y Gelfand (1998, citado en Díaz-Loving et al., 2018), el tipo Likert de 16 reactivos con opciones de respuesta de 1 (nada) hasta 5 (muchísimo). Se conforma de cuatro factores teóricamente congruentes, con niveles adecuados de consistencia interna: 1) individualismo vertical que se refiere a la importancia de la individualidad y el valor de la competencia; 2) individualismo horizontal, se refiere a la importancia del individuo reconociendo su autonomía y unicidad respecto a otras personas, sin implicar una diferencia jerárquica; 3) colectivismo vertical, se refiere a la interdependencia con otros integrantes de la comunidad, pero con referencia a la abnegación y la importancia de la evaluación de los demás como un componente que afecta a la conducta y el bienestar de la persona, y 4) colectivismo horizontal, que se refiere a la interdependencia con las demás personas, sin que deban ser relaciones jerárquicas, y a la reciprocidad entre pares. Se reportan confiabilidades alrededor de 0.70, lo que nos habla de un instrumento con adecuadas propiedades de confiabilidad y validez para medir el constructo.

Escala de Salud Mental Positiva (Barrera y Flores, 2015), consiste en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van de nunca (1) a siempre (5), se utilizó la versión corta de 35 reactivos que consta de 7 factores: 1) bienestar cognitivo emocional, que refleja estados de ánimo agradables, de armonía integral, optimismo y una percepción de satisfacción con la vida y con la propia persona; 2) dominio del entorno, que se refiere a las habilidades de autonomía, autoconfianza, autocuidado y resolución de problemas, percepción de autoeficacia que contribuyen al manejo positivo del estrés; 3) habilidades sociales, para la interacción y adaptación social satisfactorias, que posibilitan la generación de vínculos afectivos satisfactorios y un autoconcepto social positivo; 4) empatía y responsabilidad social, refleja la capacidad de comprender lo que implica formar parte de una sociedad, lo que sienten otras personas al ponerse en su lugar, de sentir compasión, cooperación, respeto, responsabilidad y asertividad; 5) bienestar físico, se refiere a conductas, hábitos y percepciones que reflejan la satisfacción con el propio estado de salud y que generan bienestar y placer, por lo que contribuyen a un equilibrio (físico, emocional y psicológico); 6) autorreflexión, se refiere a habilidades cognitivas de análisis, autoconocimiento y reflexión e introspección sobre los propios sentimientos, acciones y necesidades, y 7) malestar psicológico, componente cognitivo que refleja distorsión de la realidad y percepción de malestar físico y emocional hacia la propia persona y el ambiente, lo que dificulta el ejercicio de habilidades de salud mental positiva: lo que se mide es la ausencia de este factor. La consistencia interna de la prueba total fue de 0.962.

Procedimiento

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo correlacional de campo *ex post facto*. Se realizaron las gestiones y solicitudes pertinentes a las direcciones de las diferentes facultades, para luego realizar las aplicaciones grupales, solicitando la colaboración voluntaria de las y los jóvenes, explicándoles las instrucciones de llenado, la finalidad de la encuesta y proporcionándoles un formato de consentimiento informado.

RESULTADOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de cada uno de los factores que componen las escalas administradas, a través de medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Los resultados mostraron que para las dimensiones de la salud mental las puntuaciones están ligeramente arriba de la media para la muestra general. En cuanto al individualismo-colectivismo se observaron puntuaciones ligeramente arriba de la media en el colectivismo e individualismo horizontales, y puntuaciones ligeramente debajo de la media para el colectivismo e individualismo verticales (véase Tabla 1).

TABLA 1
Estadísticos descriptivos de salud mental positiva e individualismo-colectivismo para la muestra general (n=633)

<i>Salud mental positiva (SMP)</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Bienestar cognitivo emocional	4.08	.77	.926
Dominio del entorno	3.77	.59	.677
Habilidades sociales	3.74	.75	.826
Empatía y sensibilidad social	4.27	.50	.707
Bienestar físico	3.59	.82	.768
Autorreflexión	3.90	.72	.779
Malestar psicológico	3.81	.63	.568
SPM total	3.88	.44	.895
<i>Individualismo-colectivismo</i>			
Colectivismo horizontal	3.79	.62	.712
Colectivismo vertical	2.63	.81	.635
Individualismo horizontal	3.63	.87	.755
Individualismo vertical	2.81	.90	.619

M=media; DE=desviación estándar; media teórica=3. Nota: Tabla de creación original.

Posteriormente, se realizó un análisis de diferencias por sexo por medio de la prueba t de Student para cada uno de los factores de las escalas. Los resultados mostraron diferencias entre mujeres y hombres, las cuales fueron significativas en tres factores de la escala de SMP: bienestar cognitivo emocional ($t(631)=-2.22$; $p=.027$), observando que los hombres obtienen una media más alta ($M=4.15$) que las mujeres ($M=4.01$); en el factor dominio del entorno ($t(631)=-2.59$; $p=.010$), donde los hombres tienen una media más alta ($M=3.84$) que las mujeres ($M=3.71$), y en el factor bienestar físico ($t(631)=-3.61$; $p=.000$), donde también los hombres presentan medias más altas ($M=3.51$) que las mujeres ($M=3.47$) (véase Tabla 2). En la escala de individualismo-colectivismo se observaron diferencias significativas en colectivis-

TABLA 2
Estadísticos descriptivos y diferencias entre mujeres y hombres en SMP e individualismo-colectivismo

	Mujeres N=321		Hombres N=312		t	gl	p	d de Cohen
	M	DE	M	DE				
Salud mental positiva								
Bienestar cognitivo emocional	4.01	.75	4.15	.78	-2.22	631	.027*	-.18
Dominio del entorno	3.71	.60	3.84	.57	-2.59	631	.010**	-.22
Habilidades sociales	3.68	.70	3.79	.78	-1.81	619.8	0.70	-.14
Empatía y sensibilidad social	4.30	.47	4.23	.52	1.80	631	0.72	.14
Bienestar físico	3.47	.83	3.51	.79	-3.61	631	.000***	-.04
Autorreflexión	3.92	.70	3.88	.74	.761	631	.447	.05
SMP total	3.85	.43	3.91	.44	-1.92	631	.055	-.13
Individualismo-colectivismo								
Colectivismo horizontal	3.79	.63	3.79	.62	-.073	631	.942	0
Colectivismo vertical	2.69	.84	2.56	.78	2.09	631	.036*	.16
Individualismo horizontal	3.67	.84	3.59	.91	1.10	631	.268	.09
Individualismo vertical	2.56	.87	3.07	.86	-7.34	631	.000***	-.58

Media teórica=3; * $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$, *** $p \leq 0.001$. Nota: Tabla de creación original.

mo vertical ($t(631)=2.09$; $p=.036$), en el que las mujeres obtuvieron una media más alta ($M=2.69$) que los hombres ($M=2.56$) y en el factor individualismo vertical ($t(631)=-7.34$; $p=.000$), en el cual los hombres presentaron una media más alta ($M=3.07$) que las mujeres ($M=2.56$) (véase Tabla 2).

Posteriormente, se realizó un análisis de correlación producto momento de Pearson por mujeres y hombres con el objetivo de establecer la relación entre la salud mental positiva y el individualismo-colectivismo, encontrándose correlaciones bajas a medias entre ambas variables (véase Tabla 3). Tanto para las mujeres como para los hombres las correlaciones más altas se encontraron entre empatía y sensibilidad social, así como habilidades sociales con colectivismo horizontal; entre bienestar cognitivo emocional, dominio del entorno y habilidades sociales con el individualismo horizontal y entre el malestar psicológico y dominio del entorno con el colectivismo vertical (véase Tabla 3).

TABLA 3

Correlaciones entre salud mental positiva e individualismo-colectivismo en mujeres y hombres

	Mujeres				Hombres			
	CH	CV	IH	IV	CH	CV	IH	IV
Bienestar cognitivo emocional	.214**	-.341**	.401**	.139*	.331**	-.218**	.394**	.263**
Dominio del entorno	.179**	-.468**	.410**	.175**	.246**	-.415**	.422**	.309**
Habilidades sociales	.359**	-.296**	.410**	.198**	.495**	-.205**	.446**	.247**
Empatía y sensibilidad social	.525**		.260**		.476**		.275**	
Bienestar físico	.202**	-.191**	.299**	.186**	.272**	-.138*	.291**	.245**
Autorreflexión	.209**		.210**		.233**		.250**	.235**
Malestar psicológico	.115*	-.347**	.151**			-.401**		

* $p \leq 0.05$, ** $p \leq 0.01$. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

En general, las mujeres y hombres de esta muestra de jóvenes estudiantes se perciben con buenos niveles de SMP, ya que se describen como empáticos, amables, respetuosos de las diferencias sociales con alta emoción positiva, satisfacción consigo mismos y su vida, bastante autorreflexivos con autoconciencia y autoconocimiento y poco malestar. En menor medida manifiestan la capacidad para adaptarse al medio y ser autónomos, poseedores de habilidades sociales para vincularse y establecer relaciones sociales sanas para sí mismos; con algo de bienestar físico. La empatía y sensibilidad social, así como el bienestar cognitivo emocional fueron las dimensiones más altas en salud mental positiva.

En el primer aspecto, se ve de nuevo reflejada la etnopsicología del mexicano (Díaz-Guerrero, 2013) en la importancia de la parte social y el respeto hacia los demás, en relación con la parte afiliativa y afectiva positiva; además, habla de cómo se perciben las nuevas generaciones quizá más tolerantes y respetuosas de la diversidad social.

Lo hallado también coincide con algunos estudios latinoamericanos sobre el tema que reportan resultados altos en subescalas relacionadas con la satisfacción personal consigo mismos y su vida, con actitudes de predisposición hacia lo social de ayuda, aceptación y apoyo a los demás (Barradas et al., 2010; Medina et al., 2012). Por otra parte, Westerhof y Keyes (2010) reportan en una muestra alemana mayores niveles de salud mental positiva en adultos jóvenes (a partir de los 18 años) que en adultos maduros, quienes presentan menores problemas de enfermedad mental.

Los jóvenes de la muestra están en la parte media de sus carreras por lo que, posiblemente, ya han pasado gran parte del proceso de adaptación que les permite experimentar mayores emociones positivas y cierto grado de optimismo en el cual poseen ese ímpetu y motivación que les caracteriza. Medina et al. (2012) mencionan que los altos sentimientos de satisfacción pueden estar relacionados con el entusiasmo de lograr el ingreso a una licenciatura y lo que esto representa. En cuanto a la dimensión cultural, este gru-

po de jóvenes obtuvo las puntuaciones más altas y casi iguales en la dimensión horizontal, tanto del colectivismo como del individualismo, lo que coincide con algunos hallazgos y la teoría mencionada acerca de que las personas y culturas pueden tener internalizados ambos factores (Triandis, 1994). También hay coincidencia con los resultados obtenidos en muestras mexicanas y de universitarios (Cienfuegos-Martínez et al., 2016; García-Campos, 2003; García-Campos et al., 2016; Laca y Mejía, 2007), el grupo estudiado es predominantemente colectivista horizontal, busca el bien común sin reparar en las jerarquías; además son individualistas horizontales, por ello, tienen objetivos propios, aunque no están orientados a la competencia.

Las principales diferencias en salud mental positiva entre mujeres y hombres se observan en el bienestar cognitivo emocional, el dominio del entorno y el bienestar físico, donde los hombres manifiestan más emociones positivas, manejo, solución de problemas y autonomía, y mejor percepción de su salud física, actividad física y actividades recreativas que las mujeres. Esto podría relacionarse con cuestiones de rol de género y socialización, pues en la cultura mexicana aún hay indicios de que los hombres sean más sociables en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades, de placer, así como el manejo activo de los problemas y su solución, más autónomos e independientes y orientados más a la acción, como sería el caso de las actividades físicas, además de que han presentado menores niveles de enfermedad o malestar mental y psicológico en comparación con las mujeres (Rocha-Sánchez, 2011; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005).

Las diferencias en individualismo-colectivismo muestran que las mujeres manifiestan mayor colectivismo vertical y los hombres mayor individualismo horizontal. Esto también está relacionado con la socialización de género en nuestra cultura, pues a muchas mujeres aún se les socializa hacia el cuidado de los demás, el respeto y la obediencia; mientras que a los hombres se les socializa en la competencia y búsqueda de sus logros y metas antes que los de los demás (Rocha-Sánchez, 2011; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005).

Por otra parte, las correlaciones encontradas entre los factores de SMP y las dimensiones culturales generan nuevas posibilidades de investigación a

profundizar. Las correlaciones más fuertes con SMP se observan con las dimensiones horizontales del individualismo-colectivismo y de manera negativa con el colectivismo vertical. Esto coincide con hallazgos similares en otros estudios con universitarios y otras poblaciones en otros países donde se observa que la orientación hacia el logro de metas se puede relacionar con la satisfacción y emociones positivas, la búsqueda del bien común y de objetivos en conjunto pueden llevar al bienestar, a aumentar la resiliencia y amortiguar los efectos del estrés (Joshnloo, 2013; Laca y Mejía, 2007; Triandis, 2005; Omar et al., 2010).

La relación inversa con el colectivismo vertical podría estar asociada con los menores niveles de bienestar cognitivo emocional de los participantes, en especial en las mujeres, dado que en el colectivismo vertical predomina el sentido de cumplimiento, obediencia y respeto por quien tiene poder (Triandis et al., 1998) y no tanto los logros y metas personales ni del grupo. En este sentido, en la cultura mexicana se han encontrado indiciadores vinculados entre aspectos de abnegación y patología (Díaz-Guerrero, 2013) y con este tipo de socialización en las mujeres (Rocha-Sánchez, 2011; Rocha-Sánchez y Díaz-Loving, 2005), pero ello tendrá que ser abordado en trabajos posteriores.

Tanto para hombres como mujeres se observó que las dimensiones de la SMP relacionadas con lo social: habilidades sociales y empatía, así como sensibilidad social, están fuertemente vinculadas al colectivismo horizontal, lo que es congruente con la literatura, dando importancia al grupo de una manera igualitaria sin jerarquías, lo que propiciaría relaciones sociales más sanas, empatía y respeto. Además, según lo señalado por Joshnloo (2013) sobre la importancia de los valores existentes de una cultura en su bienestar, en la cultura mexicana serían congruentes los altos niveles de estos factores.

En suma, las dimensiones horizontales en cultura mexicana podrían influir en mejores niveles de SMP, relación que merece estudiarse más a futuro. Las habilidades sociales, el dominio del entorno y bienestar cognitivo emocional tienen una correlación alta con el individualismo horizontal, lo que coincide con lo hallado en la literatura acerca de la asociación entre la satisfacción y el individualismo horizontal. En este caso es congruente que la

búsqueda de metas propias y el logro personal sin competir esté relacionado con la manera de solucionar los problemas, el enfrentamiento positivo y la autonomía del dominio del entorno en la SMP, así como las habilidades sociales que generan vínculos satisfactorios para la persona y para manejar el estrés.

Una asociación negativa se observa entre el colectivismo vertical con dominio del entorno, lo que resulta lógico debido a que se contraponen la verticalidad con la autonomía. También se encuentra una correlación negativa con el malestar psicológico, lo que indica que a mayor colectivismo horizontal, menor ausencia de malestar psicológico, lo que coincide con los hallazgos entre enfermedad mental, suicidio y depresión con la verticalidad y de nuevo con algunas patologías del mexicano en su apego a ciertas premisas histórico socioculturales que enfatizan el poder, la obediencia y la abnegación (Díaz-Guerrero, 2013).

En el caso de los hombres, la relación de colectivismo vertical con el bienestar cognitivo emocional también guarda congruencia con el hecho de que una persona autónoma, empática y que respeta la diversidad social y los derechos de los demás no se sentiría satisfecha y alegre en una cultura vertical colectiva donde tenga que anteponer los intereses de los demás, pero de una manera jerárquica y abnegada.

Los resultados observados refuerzan la importancia de los aspectos culturales en la SMP y llevan a nuevas interrogantes, abriendo la posibilidad de profundizar en estas relaciones. También abonan a la evidencia empírica de la población universitaria del sur del país, donde la cultura podría decirse que está en pugna, polarizada por grupos conservadores tradicionalistas y nuevas visiones sobre los derechos humanos y la individualidad horizontal.

En el caso de este estudio, muy posiblemente estuvo bajo el influjo del acceso a la educación superior, por lo que se debe seguir complementando la información en otras poblaciones. Se propone profundizar en las relaciones entre estos constructos de manera causal y más específica para que las teorías e intervenciones generadas y aplicadas a partir de la investigación

puedan ser más certeras y exitosas para la promoción de la salud mental positiva, teniendo en cuenta los determinantes socioculturales de la misma.

REFERENCIAS

- Alkire, S. (2005). Why the capability approach? *Journal of Human Development*, 6(1), 115-135.
- Barradas Alarcón, M. E., Sánchez Barradas, J. M., Guzmán Ibáñez, M. L. y Balderrama Trapaga, J. A. (2010). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología Universidad Veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(1), 123-135.
- Barrera Guzmán, M. L. y Flores Galaz, M. M. (2015). Construcción de una escala de salud mental para adultos en población mexicana. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(39), 22-33.
- Cienfuegos-Martínez, Y. I., Saldívar-Garduño, A., Díaz-Loving, R. y Ávalos-Montoya, A. D. (2016). Individualismo y colectivismo: caracterización y diferencias entre dos localidades mexicanas. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(3), 2534-2543.
- Díaz-Guerrero, R. (2013). *Psicología del mexicano 2. Bajo las garras de la cultura*. Trillas.
- Díaz-Loving, R., Cruz-Torres, C. E., Armenta-Huarte, C. y Reyes-Ruiz, N. E. (2018). Variations in horizontal and vertical individualism-collectivism in four regions of Mexico / Variaciones en el individualismo-colectivismo horizontal y vertical en cuatro regiones de México. *Revista de Psicología Social*, 33(2), 329-356. DOI: 10.1080/02134748.2018.1435217.
- Flores, M. M. (Ed.) (2014). *Aportaciones de la etnopsicología mexicana al estudio de la cultura y la personalidad*. Universidad Autónoma de Yucatán.
- García-Campos, T. (2003). *Cultura y subculturas: el mexicano y su diversidad* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- García-Campos, T. (2011). Individualismo-colectivismo. En Domínguez, A. (Comp.), *Lecturas introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología* (pp. 216-229). Universidad Iberoamericana.

- García-Campos, T., Correa-Romero, F. E., García y Barragán, L. F. y López-Suárez, A. D. (2016). Individualismo-colectivismo y su efecto sobre la autoeficacia en jóvenes. *Revista Mexicana de Psicología*, 33(1), 71-79.
- Hofstede, G. (1980). *Culture's consequences. International Differences in Work-Related Values*. SAGE.
- Hofstede, G. (1983). National cultures in four dimensions: A research-based theory on cultural differences among nations. *International Studies in Management and Organizations*, 13(1-2), 46-74.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J. y Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: software of the mind*. McGraw Hill.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.
- Joshanloo, M. (2013). Mental Well-Being in Iran: The importance of comprehensive well-being in understanding the linkages of personality and values. En C. Keyes (Ed.), *Mental well-being. International contributions to the study of positive mental health* (pp. 177-208). Springer.
- Kagitcibasi, C. (1997). Individualism and collectivism. En J. W. Berry, M. H. Segall y C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of Cross-Cultural Psychology* (pp. 2-49). Allyn & Bacon.
- Laca Arocena, F. A. y Mejía Ceballos, J. C. (2007). Actitudes ante la violencia, bienestar subjetivo e individualismo en jóvenes mexicanos. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2), 301-313.
- Matsumoto, D. y Juang, L. (2013). *Culture and psychology*. Wadsworth.
- Medina Pérez, O., Irija Serrano, M. F., Martínez Ardila, G. y Cardona Duque, D. V. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia – Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 36, 247-261. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194224431012>.
- Omar, A., Almeida da Silva Junior, S. H., Paris, L., Aguiar de Souza, M. A. y del Pino Peña, R. (2010). Resiliencia y afrontamiento del estrés en adolescentes: efectos mediadores de los valores culturales. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 16(3), 448-468.
- Omar, A., Paris, L., Uribe Delgado, H., Almeida da Silva Junior, S. H. y Aguiar de Souza, M. (2011). Un modelo explicativo de resiliencia en jóvenes y adolescentes. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 16(2), 269-277.
- Rocha-Sánchez, T. E. (2011). Género y socialización: una aproximación transcultural. En Domínguez Espinoza, A. C. (Comp.), *Lecturas introductorias a*

- la psicología cultural, transcultural y etnopsicología* (151-175). Universidad Iberoamericana.
- Rocha-Sánchez, T. E. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: la brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27111/26301>.
- Triandis, H. C. (1994). Cultura. El nuevo énfasis en psicología. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 10(1), 1-20.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Westview Press.
- Triandis, H. C., Chen, X. P. y Chan, D. K. (1998). Scenarios for the measurement of collectivism and individualism. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29(2), 275-289.
- Triandis, H. C. (2005). Issues in individualism and collectivism research. En R. M. Sorrentino, D. Cohen, J. M. Olson y M. P. Zanna (Eds.). *Cultural and Social Behavior: The Ontario Symposium, vol. 10*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Vera Noriega, J. A., Rodríguez Carvajal, C. K. y Grubits, S. (2009). La psicología social y el concepto de cultura. *Psicología & Sociedade*; 21(1), 100-107.
- Westerhof, G. J. y Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: the two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10804-009-9082-y>.

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES PROVENIENTES DE FAMILIAS NUCLEARES O EXTENSAS

*Daniela Alejandra Varo Amézquita**

Xolyanetzin Montero Pardo^{1}*

*María Guadalupe Pardo Benítez**

*Marla Naivi Toiber Rodríguez***

*Víctor Santos Higuera Castro****

La familia es un espacio vital y dinámico. Se le representa como una red de fuerzas múltiples que condicionan el desarrollo, el cual se traduce en procesos de personalización, socialización y moralización de cada uno de los miembros que la conforman. La familia es un sistema dinámico de relaciones interpersonales recíprocas, enmarcado en diversos contextos de influencia, que sufre procesos sociales e históricos de cambio y que pone en juego múltiples recursos para resolver dificultades y para resistir la desintegración en etapas de adaptación y cambio en situaciones de crisis, evolutiva y contextual (Espinoza, 2009; Mogonea y Mogonea, 2014).

Las funciones básicas que deben ser atendidas en cualquier tipo de familia son básicamente tres: la función material o económica, indispensable para desempeñar el resto de los roles que le corresponde, puesto que implica brindar sustento para la alimentación, vestimenta y calzado de los miembros. De su cumplimiento dependerá el nivel de vida alcanzado por la familia. La segunda función elemental es la afectiva, porque es en el seno familiar donde cada individuo a partir de su infancia recibe o no las primeras muestras de amor y cariño, lo cual se verá previamente reflejado en el fomento y

¹ Contacto: xolyanetzin.montero@uas.edu.mx.

* Universidad Autónoma de Nayarit.

** Universidad Nacional Autónoma de México.

*** Universidad Autónoma de Sinaloa.

desarrollo de una personalidad segura o insegura. Es en este momento que el ejemplo y las actitudes de los padres tienen un valor preponderante en la formación de valores, habilidades, hábitos y conocimientos; de todo lo anterior derivará la estabilidad emocional de cada integrante de la familia. La tercera función es la social, donde se alude a la necesidad de procrear para preservar la especie humana y, por tanto, a la sociedad. Hace referencia además al desenvolvimiento de la familia dentro del medio; así, el hijo que ha recibido una educación adecuada en el hogar y en los centros educacionales será un técnico o profesional que desempeñará una labor útil para la humanidad. De la educación depende el equilibrio de la sociedad. No obstante, el desarrollo exitoso del papel de la familia no puede verse mediante el cumplimiento de una u otra de las funciones, sino de la combinación efectiva de todas y cada una de ellas (Benítez, 2017).

Para Pliego (2013) la familia, de acuerdo con sus integrantes, se puede dividir en nuclear, monoparental, reconfigurada y extensa. La nuclear es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia. La familia monoparental es aquella que se constituye por uno de los padres y sus hijos; ésta puede tener diversos orígenes, ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos eligen vivir con uno de los padres, por lo general, la madre; por un embarazo precoz, lo que configura otro tipo de familia dentro de la mencionada –la familia de madre soltera–, o por fallecimiento de uno de los cónyuges. La familia reorganizada (o reconstruida) proviene de otros matrimonios o cohabitación de personas que tuvieron hijos con otras parejas. La familia extensa o consanguínea se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros y a los nietos, o el acogimiento de menores en familias extensas como alternativa de convivencia en aquellos casos en que los padres no pueden o dejan de ejercer su rol de cuidadores princi-

pales de sus hijos. Es decir, son familias en las que los abuelos tienen la custodia de los nietos (Pinazo-Hernandis y Lluna, 2011).

Independientemente del tipo de familia, la dinámica se verá influida por el ciclo de vida de ésta. Cuando se trata de una familia con hijos adolescentes, la función principal consistirá en apoyar el desarrollo afectivo, en general, entre sus integrantes; pero, de manera preponderante, en la formación de su autoestima, entendida como el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad (Gamarra et al., 2010). La autoestima implica una actitud hacia sí mismo que se relaciona con las creencias respecto a las propias habilidades y relaciones sociales (Rey et al., 2011).

Los estudios que analizan los factores que influyen en la autoestima durante la adolescencia coinciden en destacar la importancia de las relaciones que se establecen dentro del seno familiar. La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima. Por tanto, es importante preparar a la familia y a las instituciones educativas para afrontar situaciones de riesgo y crear recursos protectores, de ajuste psicológico y social en los adolescentes (Díaz et al., 2018).

La literatura ha señalado rotundamente que los chicos y chicas que se sienten apoyados y protegidos por sus progenitores son los que presentan niveles más elevados de autoestima. Por ello, los adolescentes con una autoestima positiva muestran una mejor adaptación a eventos vitales estresantes como se observa en lo reportado por Kocayörük y Şimşek (2016), Liu et al. (2014) y Thompson et al. (2016). Por el contrario, una baja autoestima en el adolescente puede poner en riesgo su salud mental, su bienestar emocional (Keane y Loades, 2016; Minev, et al., 2018; Soest et al., 2016) y su rendimiento escolar (Gutiérrez et al., 2007; Leutenberg y Liptak, 2011), lo que influirá de manera definitiva en su vida adulta. Aunado a esto, resulta relevante destacar que el adolescente va configurando este aspecto evaluativo de sí mismo de acuerdo con distintos factores, entre los cuales resalta la interacción que mantiene con los miembros que integran su familia, puesto que es

éste el núcleo de formación afectiva y psicosocial más importante para todo individuo.

Resulta también importante señalar que se pretende analizar aquí si existen o no diferencias entre los mismos niveles de autoestima, enfocándonos en el sexo de los adolescentes, puesto que conocer tal información podría esclarecer hasta cierto grado la relación que existe con las conductas que adoptan, ya sean hombres o mujeres, a partir de esta etapa de la vida, y que trascenderán con diferencias significativas en cada caso, es decir, ya sea en forma de conductas de riesgo, aquellas dirigidas a la búsqueda del bienestar, conductas encaminadas hacia una adaptación social positiva e incluso aquellas que adquieran tintes de lo que se considera antisocial.

De acuerdo con lo planteado anteriormente, la elaboración de este estudio posee relevancia, dado que la interacción con cifras de prevalencia en los niveles de autoestima que están presentando adolescentes provenientes de dos tipos de familias distintas, en este caso nucleares y extensas, brindará mayor claridad del panorama actual que se presenta en dicha población, respecto al impacto que puede generar la dinámica que se mantiene actualmente en ambos tipos de familias y las repercusiones que de aquí se derivan en los adolescentes. En esta dirección, el propósito del presente estudio fue comparar los niveles de autoestima de adolescentes provenientes de familias nucleares y extensas.

MÉTODO

Participantes

La muestra no probabilística estuvo integrada por 60 adolescentes, 52% hombres y 48% mujeres, entre los 16 y los 18 años de edad, con una media de 16.5 años y una desviación estándar de 6 meses. La mitad de los participantes provenía de una familia nuclear y el resto de una familia extensa.

Instrumentos

Formato de consentimiento informado

Ficha de datos sociodemográficos, en la que se proporcionaron tanto los datos personales como los familiares. Escala de autoestima para adolescentes, un instrumento autoaplicable que consta de veinte reactivos, mismos que cuentan con cinco opciones de respuesta que van desde “siempre” hasta “nunca”. Está constituida por cuatro factores: 1) Percepción de sí mismo: valora autopercepciones. 2) Relación familiar: valora la relación familiar del individuo. 3) Percepción de competencias: valora la percepción global que el individuo y el entorno familiar tienen respecto a sus competencias. 4) Manejo de emociones: valora aspectos concernientes al manejo y control de emociones del individuo en los entornos familiar y social. Por medio de estas cuatro subescalas, el instrumento ayuda a identificar los siguientes niveles de autoestima: alta, media-alta, media-baja y baja. Se observó un alfa de Cronbach de .88 para el instrumento global y entre 0.58 y 0.88 para sus dimensiones; es un instrumento que ha demostrado eficacia en población mexicana (Caso y Hernández, 2001; Caso et al., 2011).

Procedimiento

Se integró una batería formada por los instrumentos antes descritos, para posteriormente aplicarla en una escuela secundaria pública de Mazatlán, Sinaloa. Para ello, se acudió con el director de la institución y cuando éste autorizó la realización del estudio y firmó el consentimiento informado, se llevó a cabo la aplicación en forma colectiva dentro de las aulas, en horarios y fechas establecidos; se explicó el instrumento a emplear y se resolvieron las dudas. Esta actividad tuvo una duración aproximada de 50 minutos.

Análisis de la información

Para comparar el nivel de autoestima de los adolescentes de acuerdo con su estructura familiar, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes.

RESULTADOS

Se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 26.0 para Windows. Se realizó una prueba t de Student para determinar si existen diferencias en el nivel de autoestima global y sus factores respecto a la familia de origen de los participantes. Sin embargo, ninguna variable mostró diferencias estadísticamente significativas. Tal como se observa en la Tabla 1.

TABLA 1
Comparación del nivel de autoestima y sus factores respecto al tipo de familia de origen de los participantes (n=60)

<i>Variables</i>	<i>Nivel</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Factor 1 Percepción de sí mismo	Nuclear	30	24.21	5.00	-.511	.612
	Extensa	30	24.84	4.12		
Factor 2 Percepción de competencia	Nuclear	30	19.35	3.79	-.195	.846
	Extensa	30	19.53	3.01		
Factor 3 Relación familiar	Nuclear	30	20.53	5.11	.584	.562
	Extensa	30	19.82	3.96		
Factor 4 Manejo de emociones	Nuclear	30	13.75	2.92	-1.140	.259
	Extensa	30	14.57	2.48		
Autoestima global	Nuclear	30	77.85	14.24	-.354	.725
	Extensa	30	79.03	10.23		

Nota: Tabla de creación original.

Se realizó otra prueba t de Student para determinar si existen diferencias en el nivel de autoestima global y sus factores respecto al sexo de los participantes de la muestra global. Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 4 de autoestima: manejo de emociones ($t=-2.08$, $p=.042$); en este rubro las mujeres mostraron un mayor nivel ($media=14.92$) en comparación con los hombres ($media=13.95$). Por otra parte, se observa que las demás variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas (véase Tabla 2).

TABLA 2
Comparación del nivel de autoestima respecto al sexo de los participantes en la muestra global (n=60)

<i>Variables</i>	<i>Nivel</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Factor 1 Percepción de sí mismo	Hombres	29	25.48	3.79	1.65	.104
	Mujeres	31	23.50	5.12		
Factor 2 Percepción de competencia	Hombres	29	19.37	3.20	-.152	.880
	Mujeres	31	19.51	3.65		
Factor 3 Relación familiar	Hombres	29	20.65	3.67	.810	.422
	Mujeres	31	19.66	5.35		
Factor 4 Manejo de emociones	Hombres	29	13.45	2.60	-2.08	.042
	Mujeres	31	14.92	2.68		
Autoestima global	Hombres	29	79.29	9.87	.523	.604
	Mujeres	31	77.53	14.61		

Nota: Tabla de creación original.

También se calculó una prueba t de Student para determinar si existen diferencias en el nivel de autoestima global y sus factores respecto al sexo de los participantes tanto en la muestra de adolescentes provenientes de familias nucleares como de familia extensa.

Sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los adolescentes de familias nucleares en el factor 1 de autoestima: percepción de sí mismo ($t=2.36$, $p=.026$), en el que los hombres mostraron un mayor nivel ($media=26.28$) comparado con las mujeres ($media=22.14$). Y en los participantes de familias extensas en el factor 2 de autoestima: percepción de competencia ($t=-2.733$, $p=.011$), mostrando un mayor nivel las mujeres ($media=21.27$) en comparación con los hombres ($media=18.41$). En contraste, las demás variables no mostraron diferencias estadísticamente significativas, tal como se observa en las tablas 3 y 4.

TABLA 3
Comparación del nivel de autoestima respecto al sexo de los participantes provenientes de familias nucleares (n=30)

<i>Variables</i>	<i>Nivel</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Factor 1 Percepción de sí mismo	Hombres	15	26.28	2.43	2.36	.026
	Mujeres	15	22.14	6.07		
Factor 2 Percepción de competencia	Hombres	15	20.57	2.73	1.75	.090
	Mujeres	15	18.14	4.38		
Factor 3 Relación familiar	Hombres	15	21.85	3.20	1.39	.180
	Mujeres	15	19.21	6.35		
Factor 4 Manejo de emociones	Hombres	15	12.92	2.64	-1.52	.141
	Mujeres	15	14.57	3.05		
Autoestima global	Hombres	15	81.64	8.68	1.43	.168
	Mujeres	15	74.07	17.75		

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 4
Comparación del nivel de autoestima respecto al sexo de los participantes provenientes de familias extensas (n=30)

<i>Variables</i>	<i>Nivel</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Factor 1 Percepción de sí mismo	Hombres	17	24.47	4.54	-5.82	.565
	Mujeres	13	25.41	3.51		
Factor 2 Percepción de competencia	Hombres	17	18.41	3.14	-2.733	.011
	Mujeres	13	21.27	1.79		
Factor 3 Relación familiar	Hombres	17	19.47	3.60	-5.75	.570
	Mujeres	13	20.36	4.58		
Factor 4 Manejo de emociones	Hombres	17	14.24	2.53	-8.76	.389
	Mujeres	17	15.09	2.42		
Autoestima global	Hombres	13	77.14	10.19	-1.225	.232
	Mujeres	17	81.94	10.05		

Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

La presente investigación permite una interacción con determinados factores que influyen en los niveles de autoestima en adolescentes, los cuales han sido relacionados principalmente con la estructura familiar; puesto que la familia funge como el núcleo principal de interacción del ser humano, se constituye como una fuente importante de influencia para cada uno de sus integrantes. En términos generales, los resultados obtenidos muestran de forma global que el tipo de familia de la que proviene el adolescente no es un factor desencadenante de diferencias en los niveles de autoestima que pueda presentar el mismo; sin embargo, existen ciertos factores específicos dentro de la autoestima que sí arrojan diferencias respecto al sexo de los adolescentes, mismas que se abordarán después.

La dinámica familiar es un concepto ligado a la estructura y el funcionamiento familiar, el cual de acuerdo con el enfoque sistémico puede definirse como el proceso de interacción entre los miembros que están ligados por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones de cada miembro; actúan, por consiguiente, tanto fuerzas positivas como negativas que determinan su buen o mal funcionamiento (Hinojosa et al., 2011).

Los resultados globales del presente trabajo de investigación concuerdan con el estudio realizado por Roman et al. (2009), pues sus hallazgos indican que la capacidad de cada tipo de familia para satisfacer las necesidades fundamentales de sus hijos adolescentes, generando así un elevado grado de influencia en sus niveles de autoestima, depende más del grado de compromiso y de implicación, tiempo dedicado a los hijos, grado de conciliación entre vida familiar, escolar y laboral, personalidades (características individuales), del número, duración e intensidad de las interacciones, de factores educativos, sociales y económicos que rodean a la familia (apoyos, infraestructuras con que cuenta el entorno), de sus creencias religiosas, de la educación recibida, de su jerarquía de valores, habilidades sociales, salud,

número y edad de los hijos, integración en la comunidad e identificación con grupos sociales, que de la estructura familiar.

De acuerdo con un gran número de autores, la adolescencia puede segmentarse en tres etapas y, respecto a esto, probablemente la etapa inicial sea la que incluya más cambios y tareas evolutivas; es decir, aceptar los cambios físicos asociados a la pubertad, desvincularse de los padres, pasar de primaria a secundaria, por mencionar algunos, por lo que es razonable que sea en la adolescencia inicial cuando se encuentren los niveles más bajos de autoestima.

Los resultados encontrados en este estudio respecto a diferencias en la autoestima de acuerdo con el sexo muestran que el nivel de esta variable no se diferencia por sí mismo (esto en la valoración global), lo que coincide con lo reportado en los resultados de la investigación desarrollada por Sigüenza et al. (2019). Sin embargo, estos resultados son dispares respecto a lo reportado por otros estudios que se refieren de igual forma a las diferencias de acuerdo con el sexo, ya que han encontrado que las mujeres tienen una autoestima ligeramente más elevada (Cough et al., 2015); o bien, por el contrario, que los hombres tienden a presentar mejor autoestima que las mujeres (Bleidorn et al., 2016; Schoeps et al., 2019).

No obstante, a pesar de no encontrar significación de la autoestima global respecto al sexo, los resultados arrojan que sí tiene importancia en referencia a factores específicos. Se encontró en las mujeres mayor nivel en el manejo de emociones, tendencia que concuerda con lo planteado por Esnaola et al. (2017) y Keefer et al. (2013); es decir, que las mujeres perciben, comprenden y manejan las emociones mejor que los varones, por lo que presentan un mejor desarrollo emocional global.

Al analizar los tipos de familias se encontró que las nucleares tienen un mayor nivel de percepción de sí mismo en los hombres a diferencia de las mujeres. La posible explicación de dichas diferencias parte del hecho de que el género femenino le otorga mayor importancia a la valoración, al fracaso o la aceptación recibida, mostrando con esto un grado más elevado de preocupación por ser aceptadas socialmente y por comportarse de acuerdo con

las normas sociales (Mora y Raich, 2005); también es posible que eso se deba, en esta etapa, al impacto negativo más significativo de la mayoría de los cambios físicos de las mujeres (Reina et al., 2010). En cambio, los hombres no sufren el mismo nivel de impacto, propiciando diferentes formas de adaptarse a los cambios, principalmente físicos (Carlo et al., 2014; Kökönyei et al., 2015).

En las familias extensas las mujeres presentan niveles más elevados en el factor percepción de competencias a diferencia de los hombres. Cuando los adolescentes están bajo la custodia de los abuelos, las prácticas parentales que éstos ejercen pueden ser de tipo autoritario, permisivo o negligente, toda vez que pueden pasar largos periodos de tiempo cuidando a sus nietos, por lo que esos abuelos sienten estrés y el efecto negativo que ejerce el papel de padres. Dicho efecto se da por las necesidades de las familias, que suelen demandar un rol más activo de los abuelos en la vida de los nietos, ejerciendo un papel parental sustituto, producto del fallecimiento de los hijos, problemas de salud u otra índole de la generación intermedia, como divorcios y segundas nupcias (Triadó, 2009). En este sentido, el estilo permisivo se asoció con la baja percepción de competencias, ya que la indiferencia o el alejamiento de los padres determina las condiciones para una falta de autoconfianza en los adolescentes, una motivación e implicación insuficientes en la realización de tareas, así como un bajo nivel de responsabilidad, lo que afecta principalmente al género masculino (Mogonea y Mogonea, 2014; Rodríguez et al., 2013).

El impacto de esta situación familiar en los abuelos demanda una especial atención, por la problemática asociada a la reconversión de roles, de abuelos a “padres sustitutos”; por ello, es indispensable desarrollar programas de intervención familiar que permitan prevenir consecuencias negativas como burnout, sintomatología depresiva, pérdida de relaciones sociales, problemas económicos, problemas de escolarización, entre otras, junto con la promoción de consecuencias positivas (como la relación con los nietos) en los abuelos y en el desarrollo de una autoestima positiva en los adolescentes (Pinazo et al., 2011).

Investigaciones como ésta conducen a un reconocimiento de la influencia que tal vez ejercen ciertos factores como la estructura familiar de la que proviene una persona (y todo lo que de ella se deriva) para los niveles de autoestima y las fluctuaciones de los mismos que suelen presentarse en la etapa adolescente. A lo hasta aquí expuesto deben sumarse los estudios que confirman que la autoestima es una fortaleza para evitar problemas de conducta (Rodríguez y Caño, 2012), trastornos afectivos como la ansiedad (Hernández et al., 2018) y la depresión (Masselink et al., 2017), lo que influirá en el desarrollo afectivo durante la adolescencia y en la vida adulta.

Para futuros estudios será necesario utilizar una muestra mayor que permita encontrar resultados contundentes, ya que en el presente estudio sólo se ofrecen resultados preliminares respecto al comportamiento de esta variable. No obstante, es una realidad que en las últimas décadas ha crecido la cifra de abuelos que asumen un rol parental hacia sus nietos, lo cual puede afectar la calidad de vida de éstos e influir en la formación integral de los adolescentes.

REFERENCIAS

- Benítez Pérez, M. E. (2017). La familia: desde lo tradicional a lo discutible. *Novedades en Población*, 1(2), 58-68.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J. y Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem. A cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410. DOI: 10.1037/pspp0000078.
- Caso Nieto, J. y Hernández-Guzmán, L. (2001). ¿Son contextos medioambientales los que definen las dimensiones de la autoestima en niños y adolescentes? *Revista Mexicana de Psicología*, 18(1), 229-237.
- Caso, N. J., Hernández-Guzmán, L. y González-Montesinos, M. (2011). Prueba de autoestima para adolescentes. *Universitas Psychologica*, 10(2), 535-543.
- Carlo, G., Mestre, M. V., McGinley, M. M., Tur-Porcar, A., Samper, P. y Opal, D. (2014). The protective role of prosocial behaviors on antisocial behaviors: The mediating effects of deviant peer affiliation. *Journal of Adolescence*, 37(4), 359-366. DOI: 10.1016/j.adolescence.2014.02.009.

- Couoh Lope, C. L., Góngora Huchim, A., García Rivero, A. D., Macías Aguilar, I. R. y Olmos Barragán, N. A. (2015). Ansiedad y autoestima en escolares de educación primaria de Mérida, Yucatán. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 20(3), 302-308.
- Díaz, Falcón, D., Fuentes Suárez, I. y Senra Pérez, N. C. (2018). Adolescence and self-esteem: Development from the educational institutions. *Revista Conrado*, 14(64), 98-103.
- Esnaola, I., Revuelta, L., Ros, I., y Sarasa, M. (2017). The development of emotional intelligence in adolescence, *Anales de Psicología*, 33(2), 327-333. DOI: 10.6018/ analesps.33.2.251831.
- Espinosa, S. R. (2009). Panorama de las relaciones familiares en la época actual. En M. Murueta y M. Osorio (Comps.). *Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI*. AMAPSI.
- Gamarra Sánchez, M. E., Rivera Tejada, H. S., Alcalde Giove, M. E. y Cabellos Vargas, D. (2010). Estilo de vida, autoestima y apoyo social en estudiantes de enfermería. *UCV-Scientia*, 11(1), 73-81.
- Gutiérrez-Saldaña, P., Camacho-Calderón, N. y Martínez-Martínez, M. L. (2007). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. *Atención Primaria*, 39(11), 597-603.
- Hernández Prados, M. A., Belmonte García, L. y Martínez Andreo, M. M. (2018). Autoestima y ansiedad en los adolescentes. *ReiDoCrea*, 7, 269-278.
- Hinostroza-Gastelú, L., Huashuayo-Vega, C., Navarro-Gómez, S., Torres-Deza, C. y Matos-Retamosa, L. (2011). Dinámica familiar y manifestaciones de depresión en escolares de 13 a 15 años de edad. *Revista Enfermería Hereditaria*, 4(1), 12-19.
- Keane, L. y Loades, M. (2016). Review: Low self-esteem and internalizing disorders in young people – A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health*, 22(1), 4-15.
- Keefer, K. V, Holden, R. R. y Parker, J. D. A. (2013). Longitudinal assessment of trait emotional intelligence: Measurement invariance and construct continuity from late childhood to adolescence. *Psychological Assessment*, 25(4), 1255-1272. DOI: 10.1037/a0033903.
- Kocayörük, E. y Şimşek, Ö. F. (2016). Parental attachment and adolescents' perception of school alienation: The mediation role of self-esteem and adjustment. *The Journal of Psychology*, 150(4), 405-421.

- Kököneyi, G., Józán, A., Morgan, A., Szemenyei, E., Urbán, R., Reinhardt, M., Demetrovics, Z. (2015). Perseverative thoughts and subjective health complaints in adolescence: Mediating effects of perceived stress and negative affects. *Psychology and Health*, 30(8), 969-986. DOI: 10.1080/08870446.2015.1007982.
- Leutenberg, E. A. y Liptak, J. J. (2011). *Teen self-esteem workbook*. Facilitator reproducible self-assessments, exercises and educational handouts. Whole-person.
- Liu, Y., Wang, Z., Zhou, C. y Li, T. (2014). Affect and self-esteem as mediators between trait resilience and psychological adjustment. *Personality and Individual Differences*, 66, 92-97.
- Masselink, M., Van Roekel, E. y Oldehinkel, A. J. (2017). Self-esteem in early adolescence as predictor of depressive symptoms in late adolescence and early adulthood: The mediating role of motivational and social factors. *Journal of Youth Adolescence*, 47(5), 932-946.
- Minev, M., Petrova, B., Mineva, K., Petkova, M. y Strebkova, R. (2018). Self-esteem in adolescents. *Trakia Journal of Sciences*, 16(2), 114-118.
- Mongonea, F. y Mongonea, F. (2014). The role of the family in building adolescent's self-esteem. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 127(22), 189-193.
- Mora, M. y Raich, R. M. (2005). *Autoestima: evaluación y tratamiento*. Síntesis.
- Pinazo-Hernandis, S. y Lluna, J. (2011). Menores criados por sus abuelas. Mejora de las pautas de cuidado a menores en acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de intervención psicoeducativo. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia*, 1, 14-34.
- Pliego Carrasco, F. (2013). *Tipos de familia y bienestar de niños y adultos*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Reina, M. C., Oliva, A. y Parra Jiménez, A. (2010). Percepciones de autoevaluación: autoestima, autoeficacia y satisfacción vital en la adolescencia. *Psychology, Society & Education*, 2(1), 55-69.
- Rey, L., Extremera, N. y Pena, M. (2011). Perceived emotional intelligence, self-esteem and life satisfaction in adolescents. *Psychosocial Intervention*, 20, 227-234.
- Rodríguez, N. y Caño, G. (2012). Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), 389-403.

- Rodríguez, Y., Veiga, F., Fuentes, M. C. y García, F. (2013). Parenting and adolescents' self-esteem: The Portuguese context. *Revista de Psicodidáctica*, 18(2), 395-416.
- Roman Sánchez, J. M., Martin Anton, L. J. y Carbonero Martin, M. A. (2009). Tipos de familia y satisfacción de necesidades de los hijos. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 549-558.
- Schoeps, K., Tamarit, A., González, R. y Montoya-Castilla, I. (2019). Competencias emocionales y autoestima en la adolescencia: impacto sobre el ajuste psicológico. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 51-56.
- Sigüenza Campoverde, W. G., Quezada Loaiza, E. y Reyes Toro, M. L. (2019). Autoestima en la adolescencia media y tardía. *Revista Espacios*, 40(15), 19-30.
- Soest, von, T., Wichstrøm, L. y Kvaem, I. L. (2016). The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(4), 592-608. DOI: 10.1037/pspp0000060.
- Thompson, H. M., Wojciak, A. S. y Cooley, M. E. (2016). Self-esteem: A mediator between peer relationships and behaviors of adolescents in foster care. *Children and Youth Services Review*, 66, 109-116.
- Triadó, C., Villar, F., Solé, C., Celdrán, M., Pinazo, S. y Conde, L. (2009). Los abuelos/as cuidadores de sus nietos: percepción de ayudas recibidas, conductas problemáticas de los nietos y satisfacción con el rol. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 497-505.

COMPORTAMIENTO DE AUTOLESIÓN NO SUICIDA EN ESCUELAS SECUNDARIAS DEL ESTADO DE SONORA

José Ángel Vera Noriega^{1}*
*Karen Guadalupe Duarte Tánori**
*Gildardo Bautista Hernández***

De acuerdo con Zaragoza (2017), las autolesiones no suicidas en la adolescencia constituyen un importante problema de salud pública. Estos comportamientos se refieren a las conductas socialmente inaceptables que impliquen lesiones deliberadas y directas en la superficie corporal de uno mismo sin intención de llegar al suicidio (Claes y Vandereycken, 2007).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), de los 1.6 millones de personas en el mundo que perdieron la vida por actos de violencia, 49.1% estaba relacionada con la violencia autoinfligida; estas conductas se han convertido en un problema en aumento entre la población adolescente (Ougrin y Boege, 2013), con una prevalencia de 5.6% en autolesiones bajo los criterios del DSM-5 y 17.1% de autolesiones en relación con el periodo de tiempo, con la definición de cinco eventos en un año (Albore-Gallo et al., 2014).

Diversas investigaciones realizadas fuera de México analizan los factores personales y han encontrado que las personas que se autolesionan reportan significativamente más síntomas de depresión y ansiedad que el grupo control (Andover et al., 2005; Klonsky y Gleen, 2008; Klonsky et al., 2003; Nock y Kessler, 2006; Whitlock y Know, 2007), con mayor disregulación emocional vinculada con la inexpresividad emocional (Gratz y Roemer, 2008; Gratz, 2003; Haines y Williams, 1997; Mikolajczak et al., 2009).

¹ Contacto: avera@cciad.mx.

* Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C.

** Universidad Intercultural del Estado de Puebla.

En relación con los factores contextuales, como la familia y amigos, los estudios relacionan la autolesión con el apego entre padre o madre e hijos o hijas (Gandhi et al. 2016; Wang et al., 2019); con el maltrato y abuso emocional (Kang et al., 2018); tener amigos que se hayan autolesionado (Prinstein et al., 2010); la victimización entre pares (Giletta et al., 2015); el intercambiar mensajes maliciosos con los amigos (Jose y Fu, 2018); el uso y adicción de internet (Hilton, 2016; Lam et al., 2009), y el *cyberbullying* (Hay y Meldrum, 2010).

Los esfuerzos en investigaciones anteriores sobre conductas de autolesión han identificado una variedad de factores desencadenantes del comportamiento en adolescentes, pero otros resaltan la importancia de comprender las formas y los motivos de los jóvenes para autolesionarse (Jose y Fu, 2018).

De la autolesión no suicida se han propuesto diferentes formas de cometer lesiones contra sí mismo. Aun cuando la conducta más reconocible sea cortarse, hay evidencia empírica que permite identificar otras formas, como golpearse, golpear un objeto o con algún objeto, quemarse, jalar o arrancar el cabello e incluso podría considerarse el consumir sustancias como drogas o alcohol (Albores-Gallo et al., 2014; Farber, 2000; Beasely, 2000; Crowe y Bunclark, 2000; Gratz, 2003; Mangnall y Yurkovich, 2008; Tapola, 2016; You et al., 2013). Dichas propuestas de autolesión son importantes, pues ayudan a identificar, sistematizar y categorizar el fenómeno para tener una mejor comprensión del mismo, tal como lo mencionaron O'Carroll et al. (1996).

Además, la autolesión debe cumplir con ciertos criterios para que pueda entenderse como problema o trastorno y es necesario comprender que una conducta de autolesión no puede ser catalogada como tal por mera observación. Si, por ejemplo, se observa que un sujeto se jala el cabello o golpea una pared, pero no lo hace para sentirse aliviado, entonces dicha acción no podría catalogarse como autolesión. Habrá que indagar con mayor profundidad debido a que es necesario entender los sentimientos del sujeto, antes, durante y después de cometer un comportamiento de autolesión (Tapola, 2016; Kim, 2008; Gratz y Tull, 2010; Gross et al., 2011).

Aunado a lo anterior, también es de suma importancia identificar primero si se trata de una autolesión suicida o no; esto indica, nuevamente, que no es posible valerse sólo de la observación, es necesario indagar el propósito de la acción, cuál era el objetivo del sujeto al cometer dicha conducta. Además, hay que reconocer si se ha hecho la autolesión con intención suicida o no, ya que esto permite entender las razones de dicho comportamiento (Gross et al., 2011; Farber y Doolin, 2011).

Reconocer, además, la edad en la que empiezan a presentarse estos comportamientos y cómo se relacionan de acuerdo con el sexo de los adolescentes es importante. Al parecer, comienzan a los 11 años y, aparentemente, las niñas presentan con mayor frecuencia dichas conductas. En adición a lo que se ha mencionado, por ejemplo, los precipitantes psicológicos, los sentimientos o ideas de coraje, los sentimientos negativos, los sentimientos o ideas depresivas previos y la respuesta contingente para lesionarse, se relacionan con la reducción de los estados afectivos o cogniciones negativas más comunes que resultan de autolesionarse, como la liberación de sentimientos negativos, de dificultades, y descripción de las variables explicativas de autolesionarse, entre las que se incluye la desesperación y el castigo (Albores-Gallo et al., 2014).

Por lo anterior, en este trabajo se planteó el objetivo de analizar y comparar las conductas de autolesión entre hombres y mujeres, la edad de inicio, los sentimientos asociados antes y después de dicha conducta, la respuesta contingente de la autolesión, el consumo de drogas durante tales comportamientos y el tipo de familia de los adolescentes escolarizados en el estado de Sonora.

MÉTODO

Participantes

Se evaluó a un total de 5 835 alumnos: 2 914 hombres y 2 921 mujeres. Las muestras fueron obtenidas en 65 escuelas secundarias ubicadas en los polí-

gonos de violencia definidos por la violencia intrafamiliar en la zona geográfica dentro del estado de Sonora. Aun cuando se tiene una muestra de 31% que corresponde al turno vespertino, comparado con el matutino, su número es importante y suficiente para llevar a cabo comparaciones entre ellos. 1 743 alumnos son de primer grado, 2 111 de segundo grado y 1 981 de tercer grado. No se solicitó la edad del alumno porque se trata de una constante, la cual implica edades, en primer grado, de 12 a 13 años; segundo grado, de 13 a 14 años, y tercer grado, de 14 a 15 años.

De los alumnos de la muestra, 61.9% vive con ambos padres; 21%, sólo con uno de los cónyuges; 8.3%, con uno de los cónyuges y padrastro o madrastra, y 8.8% vive con otros familiares.

Instrumentos

Cédula de Autolesión (CAL). Se utilizó el instrumento propuesto por Marín (2013) para estudiantes de secundarias. Se compone de 11 ítems contruidos para detectar y medir la autolesión en un periodo temporal de un año. Los ítems describen autolesiones específicas (consideradas por la literatura especializada) y se responden en una escala tipo Likert de frecuencia, con cinco opciones de respuesta: *a)* 0 veces, *b)* 1 vez, *c)* 2 a 4 veces, *d)* 5 a 9 veces, *e)* 10 o más veces durante el último año. Además, se agregaron los motivos desencadenantes y atenuantes para autolesionarse, así como la edad de inicio de la conducta, los precipitantes psicológicos, las preocupaciones, las urgencias, las respuestas contingentes, el deterioro funcional y algunas variables explicativas (Albores-Gallo et al., 2014).

Procedimiento

En primer lugar, se elaboró un cuadernillo con los instrumentos divididos en tres partes; once preguntas están relacionadas con datos contextuales de los estudiantes, las demás corresponden a la escala de autolesión y otras variables asociadas a dicho comportamiento; por ejemplo, la edad de inicio,

los sentimientos presentes antes y después de la autolesión, el objetivo de la autolesión. Cabe señalar que, junto con estos instrumentos, se aplicaron otras escalas que no se contemplaron en el objetivo de este trabajo. El cuadernillo se presentó a un grupo de psicólogos para que revisaran las instrucciones y el tiempo que tomaría contestar dicho instrumento y solicitar los permisos a las escuelas. La Secretaría de Educación y Cultura envió una carta a los directores de las escuelas seleccionadas para permitir a los encuestadores el ingreso a las instituciones.

Para la aplicación fue necesario estandarizar a cuatro equipos de aplicadores por medio de reuniones cuya duración fue de una hora. La estandarización se enfocó en conocimientos sobre el proyecto, los instrumentos de medida a aplicar, las instrucciones en el momento de la aplicación, monitoreo durante la aplicación, revisión de las hojas de respuesta al momento de la entrega y organización de las hojas de respuesta de tipo electrónico. El trabajo de campo se realizó durante abril y mayo de 2018. La duración total de la aplicación sumó entre 40 y 80 minutos; se realizó durante el horario de clases, por lo que se solicitó a las autoridades de la escuela dos horas por cada grupo. Los alumnos participantes firmaron un consentimiento en el cual se les informó que su participación era confidencial.

Análisis de información

En este trabajo se llevaron a cabo análisis de frecuencias para describir las características de la muestra, análisis de comparaciones de grupos utilizando tablas cruzadas y prueba de *chi* cuadrada, con significancia de *p* menor a .05.

RESULTADOS

Se les preguntó a los participantes si alguna vez se habían hecho una quemadura con un cigarro u otro objeto y comparamos las respuestas de los hombres con las de las mujeres. El resultado mostró que 52% de las mujeres asume que jamás ha llevado a cabo esta acción, en comparación con 48% de

los hombres; a la vez, 60% de los hombres asume que lo ha hecho una vez, mientras que 40% de las mujeres reportaron el mismo dato; por otro lado, 30% de las mujeres indicaron haberse hecho una quemadura de dos a cuatro veces en un año, mientras que 70% de los hombres lo ha hecho de dos a cuatro veces en un año; finalmente, 60% de los hombres asevera que lo ha llevado a cabo diez o más veces en un año, mientras que 40% de las mujeres reportan que no la han hecho diez o más veces.

En relación con el *cutting* propiamente dicho, 166 de las mujeres (75%), en comparación con 58 hombres (25%), reportan que se han cortado para lastimarse y sangrar la piel diez veces o más en un año; en todos los casos, los porcentajes de las mujeres son más altos estadísticamente, con una *chi* cuadrada significativamente menor a .0001. En todos los análisis subsecuentes es necesario indicar que los valores de *chi* cuadrada tienen valores mayores a 60 y los valores de significancia están por debajo de .0001.

Cuando se les preguntó a los alumnos y alumnas si se habían golpeado con las manos o con un objeto hasta dejarse moretones o cicatrices en la piel, 60% de las mujeres reportaron haberlo hecho diez o más veces en un año, el reporte de 40% de los hombres fue el mismo. En todos los casos, siempre fue mayor el porcentaje de mujeres que de hombres. Cuando se les preguntó a los alumnos y alumnas si habían necesitado tratamiento médico para alguna de estas conductas, 53% de los hombres dijo que en más de diez ocasiones, mientras que 46% mujeres indicó lo mismo.

Después de llevar a cabo las indagaciones sobre la presencia y el tipo de lesión y compararlas de acuerdo con el sexo de los participantes, se analizó la frecuencia según el periodo de ocurrencia. Tal como se puede observar en los resultados de la *chi* cuadrada significativa por debajo .0001, las frecuencias más altas de 24 horas o de las últimas dos semanas corresponden a los hombres en una proporción de uno a dos y, finalmente, en una proporción de 40% para alumnos y 60% para alumnas, se indicó que hace 6 meses o más fue la última vez que se habían lastimado.

Cuando se les preguntó a los alumnos de secundaria sobre la edad en que habían empezado este sistema de autolesión, 70% indicó que la inició a los

10 años o antes; para 40% de las alumnas el resultado fue el mismo. Se puede observar en los datos que las alumnas inician este tipo de comportamientos entre los 11 y los 14 años, mientras que los niños lo hacen entre los 10 y los 12 años. Cuando se les preguntó: Antes de lastimarte, ¿qué sentimientos experimentaste con mayor intensidad? Las niñas indicaron haber experimentado tristeza y enojo, los niños indicaron miedo y vergüenza. Cuando les preguntamos: Después de lastimarte, ¿qué sentimientos experimentaste con mayor intensidad? Los hombres indicaron que, fundamentalmente, desorientación y vergüenza, mientras que las mujeres, tristeza y alivio.

Cuando se les preguntó: Cuando te lastimaste por última vez, ¿qué es realmente lo que pretendías o querías? Las alumnas indicaron que principalmente querían dejar de sentirse mal y autocastigarse, mientras que los alumnos deseaban mostrarle a alguien más cómo se sentían y estar mejor. Cuando les preguntamos: Cuando te lastimaste por última vez, ¿lo hiciste bajo efectos de alguna sustancia adictiva? 53% de las alumnas indicaron haber consumido drogas y alcohol, mientras que los alumnos también afirmaron ambos consumos.

Se tenía la suposición de que la frecuencia con la cual se lastiman o se autolesionan alumnos y alumnas podría estar vinculada a la familia monoparental, biparental o no parental; se encontró que en las últimas 24 horas, 60% de alumnos y alumnas tienen una familia biparental; 30%, sólo con su padre o su madre, o con la mamá con padrastro; el resto vive con el abuelo o sus tutores. Esto se replicó de manera proporcional en las diferentes frecuencias, sea de dos semanas, dos meses o seis meses. En resumen, es importante indicar que 6 de cada 10 alumnos y alumnas de familias biparentales se autolesionan a diario. Cuando se llevó a cabo el cruce entre el tipo de familia con la que habita el alumno o la alumna y, particularmente, el *cutting*, se encontró que 65% de los niños que se autolesionan viven con mamá y papá, y sólo 25% forma parte de familias monoparentales o vive con su padrastro. Así que la suposición de que la mayoría de los adolescentes que se autolesionan forman parte de familias monoparentales no parece confirmarse a través de pruebas de tablas cruzadas con *chi* cuadrada.

DISCUSIÓN

En primer lugar se debe mencionar que de acuerdo con los porcentajes más altos relacionados con quemarse, dicha acción se presenta en mayor medida entre los hombres; cortarse o golpearse con un objeto tiene mayor presencia en las mujeres. Cabe señalar que la edad en la que comienzan las autolesiones ocurre entre los 10 y 11 años. Lo anterior coincide con estudios como el de Albores-Gallo et al. (2014). Además, se puede afirmar que las mujeres se lastiman con más frecuencia y buscan atención médica con menor frecuencia.

Las conductas de autolesión suponen una forma desadaptativa para gestionar las emociones, pero se ha explorado poco el reconocimiento de emociones asociadas a esas conductas. En este trabajo se puede sostener que las emociones presentes antes de la autolesión, en hombres y mujeres, son totalmente diferentes: tristeza y enojo, en el caso de las mujeres; miedo y vergüenza, en el caso de los hombres. Después de la autolesión los hombres indicaron que experimentan desorientación y vergüenza, mientras que las mujeres sienten tristeza y alivio. La comprensión de tales diferencias es fundamental al momento de buscar una solución a esta problemática (Tapola, 2016; Kim, 2008; Gratz y Tull, 2010; Gross et al., 2011).

En cuanto a los objetivos asociados con la realización de la autolesión, se encontró que para las participantes el propósito era autocastigarse y dejar de sentirse mal, mientras que para los hombres la autolesión era un grito de auxilio y la acción los hacía sentirse bien. Lo anterior ha sido demostrado previamente (Albores-Gallo, 2014).

Cabe señalar que el tipo de familia (biparental, monoparental) de los participantes no resultó relevante, aunque lo que podría marcar una diferencia significativa sería el grado de apego o desapego entre los miembros de la familia (Gandhi et al., 2016; Wang et al., 2019); el maltrato y el abuso emocional (Kang et al., 2018) de los padres o tutores sobre los adolescentes.

Los resultados del estudio serán de utilidad para el desarrollo de un manual de detección y prevención diseñado para docentes, trabajadoras socia-

les y orientadores educativos, cuyo objetivo será disminuir la incidencia y prevalencia de la autolesión en las escuelas secundarias.

Después de desarrollar el manual, tendrá lugar la elaboración de cuatro protocolos para atender los casos de autolesión en hombres y mujeres, y con ello se capacitará a psicólogos escolares, orientadores y trabajadoras sociales para la atención de la autolesión. La información de los factores de riesgo y protección para nuestros preadolescentes sonorenses es indispensable para el desarrollo de los mecanismos de detección, prevención y atención de la autolesión en alumnos de secundaria que representa el sistema de vulnerabilidad individual de mayor riesgo para el joven, ya que se trata de un mecanismo de autodestrucción a través de la violencia hacia sí mismo.

REFERENCIAS

- Albores-Gallo, L., Méndez-Santos, J. L., Xóchitl-García Luna, A., Delgadillo-González, Y., Chávez Flores, C. I. y Martínez, O. L. (2014). Nonsuicidal self-injury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Españolas de Psiquiatría* 42(4), 159-168.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K., Orrico, E. G. y Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Psychology Faculty Publications*, 35(5), 581-591.
- Beasley, S. (2000). Deliberate self harm in medium security. *Nursing Management*, 6, 29-33.
- Claes, L. y Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 137-144.
- Crowe, M. y Bunclark, J. (2000). Repeated self-injury and its management. *International Review of Psychiatry*, 12(1), 48-53.
- Farber, B. A. y Doolin, E. M. (2011). Positive regard and affirmation. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 168-186). Oxford University Press.
- Farber, S. K. (2000). *When the body is the target. Self-harm, pain and traumatic attachments*. Jason Aronson.

- Gandhi, A., Claes, L., Bosmans, G., Baetens, I., Wilderjans, T. F., Maitra, S., Kiekens, G. y Luyckx, K. (2016). Non-suicidal self-injury and adolescents attachment with peers and mother: The mediating role of identity synthesis and confusion. *Journal of Child and Family Studies*, 25(6), 1735-1745.
- Gilletta, M., Abela, J., Prinstein, M. Gibb, B., Barrocas, A. y Hankin, B. (2015). Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in Mainland China: Peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 265-279.
- Gratz, K. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.
- Gratz, K. L. y Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy Research*, 34(6), 544-553.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 14-25.
- Gross, J. J., Sheppes, G. y Urry, H. L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: A distinction we should make (carefully). *Cognition and Emotion*, 25(5), 765-781.
- Haines, J. y Williams, C. L. (1997). Coping and problem solving of self-mutilators. *Journal of clinical psychology*, 53(2), 177-186.
- Hay, C. y Meldrum, R. (2010). Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 446-459.
- Hilton, C. (2016). Unveiling self-harm behaviour: What can social media site Twitter tell us about self-harm? A qualitative exploration. *Journal of Clinical Nursing. The international voice of nursing research, theory and practice*, 26(11-12), 1690-1740.
- Jose, P. E. y Fu, K. Y. (2018). Does receiving malicious texts predict subsequent self-harming behavior among adolescents? *Computers in Human Behavior*, 89, 328-334.
- Kang, N., Jiang, Y., Ren, Y., Gong, T., Liu, X., Leung, F. y You, J. (2018). Distress intolerance mediates the relationship between child maltreatment and non-

- suicidal self-injury among Chinese adolescents: A three-wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(10).
- Kim, J. S. (2008). Examining the effectiveness of solution-focused brief therapy: A meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 18, 107-116.
- Klonsky, E. y Glenn, C. (2008). Psychosocial risk and protective factors. En M. Nixon y N. Heath (Ed.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention*. Routledge.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. y Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Lam, L. T., Peng, Z., Mai, J. y Jing, J. (2009). The association between internet addiction and self-injurious behavior among adolescents. *Injury Prevention*, 15(6), 403-408.
- Mangnall, J. y Yurkovich, E. (2008). A literature review of deliberate self-harm. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(3), 175-183.
- Marín, M. (2013). Desarrollo y evaluación de una terapia cognitivo conductual para adolescentes que se autolesionan [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Mikolajczak, M., Petrides, K. V. y Hurry, J. (2009). Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence. *British Journal of Clinical Psychology*, 48(2), 181-193.
- Nock, M. K. y Kessler, R. C. (2006). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L. y Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: A nomenclature for suicidology. *Suicide and Life - Threatening Behavior*, 26(3), 237-252.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Organización Panamericana de la Salud.
- Ougrin, D. y Boege, I. (2013). Brief report: The self harm questionnaire: A new tool designed to improve identification of self harm in adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(1), 221-225.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V., Spirito, A. (2010). Peer influence and nonsuicidal self injury: Results in

- community and clinically-referred adolescents samples. *Journal Abnorm Child Psychol*, 38(5), 669-682.
- Tapola, V. (2016). *Self-injurious behavior. Assessment and treatment*. University of Jyväskylä.
- Wang, Y., Zhang, M. y Chen, H. (2019). Self-injury among left-behind adolescents in rural China: The role of parental migration and parent-child attachment. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Whitlock, J. y Know, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 161(7), 634-640.
- You, J. Lin, M. y Leung, F. (2013). Functions of nonsuicidal self-injury among Chinese community adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(4), 737-745.
- Zaragozano, J. F. (2017). Autolesiones en la adolescencia: una conducta emergente. *Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, 47(2), 37-45.

AUTOESTIMA CORPORAL Y SU RELACIÓN CON ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LOS JÓVENES MEXICANOS

Isis Arguindegui Valverde^{1}*

*Stefany de los Santos Ramírez**

*Elda Madaí Lara Acosta**

*José González Tovar**

*Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza**

*Joel Zapata Salazar**

Los síntomas de depresión y ansiedad en México han ido en aumento de manera importante en los últimos años, con un incremento de 8.2% según la Dirección General de Epidemiología (2019). Aproximadamente 2.5 millones de jóvenes, entre los 12 y los 24 años de edad, padecen depresión, y 9.9 jóvenes de cada 100 000 ha tenido ideas suicidas (Fundación UNAM, 2018). La influencia de la imagen corporal es uno de los factores que afecta emocionalmente a las personas jóvenes. Rafful y colaboradores (2012) han estudiado que la depresión en los jóvenes está entre los trastornos más frecuentes, al presentarse en 7.8% de la población, y tal afección cumple con criterios que permite diagnosticarles con depresión mayor. En la revista de la Academia Nacional de Medicina (2017), aproximadamente uno de cada cinco adolescentes experimentará un cuadro depresivo antes de cumplir los 18 años; asimismo, se considera que entre los 13 y los 18 años se incrementan las posibilidades de presentar un cuadro depresivo. Por tanto, se tiene identificada esta etapa de vida como un periodo crítico por el riesgo de suicidio, que en los últimos años es la tercera causa de muerte en jóvenes que están entre los 15 y los 25 años de edad. Se considera que hay una mayor

¹ Contacto: psic.isisarguindegui@gmail.com.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

proporción de casos de depresión en mujeres y en jóvenes que viven en áreas sociourbanas conflictivas de la ciudad (González et al., 2015).

La ansiedad en jóvenes ha causado un gran impacto, especialmente en los últimos años (Serrano et al., 2013); en México se estima que al menos 14.3% de la población padece algún trastorno de ansiedad, una de las enfermedades mentales más comunes en el país. También se sabe que 50% de los trastornos de ansiedad se presentan antes de los 25 años y que la incidencia de dichos trastornos es más elevada en la adolescencia y la juventud que en la madurez.

Conforme ha proliferado la importancia de la estética corporal y se le ha dado un valor social, se ha ido interiorizando colectivamente, lo que ha propiciado, en la actualidad, que la sociedad promueva en los medios de comunicación estándares de belleza como un requisito para pertenecer a un grupo y alcanzar el éxito. Esta imagen que se nos ha vendido ha generado la insatisfacción corporal, causando síntomas emocionales negativos ante el fallido logro del ideal de imagen social (Berengüí et al., 2016). Por estas razones se ha detectado la necesidad de investigar el impacto del ideal físico y sus consecuencias emocionales en jóvenes mexicanos, ya que el bombardeo constante de los medios de comunicación sobre el prototipo de belleza puede conducir a una distorsión de la propia imagen y a generar un impacto emocional como inseguridad o baja autoestima (Khan et al., 2011).

La juventud es un periodo de transición entre la dependencia de la niñez y la independencia de la edad adulta. En ella ocurren diferentes cambios biológicos, sociales y psicológicos, en los cuales se genera una sensación de perplejidad, dudas, miedos y ansiedad que la mayoría de las y los jóvenes superan con éxito. Estos cambios provocan la necesidad de alcanzar una integridad psicológica, coherente con el entorno social en el cual los individuos se desarrollan. Es una etapa en la que los y las jóvenes se esfuerzan por entenderse a sí mismos, exploran su propia identidad e intentan saber quiénes son, cómo son y hacia dónde se dirige su vida. No sólo tratan de comprenderse, también evalúan sus atributos, lo que forma parte de su autoestima y del autoconcepto; sin embargo, si el joven se evalúa de forma negativa puede verse afectada su autoestima (Santrock, 2014).

La mayoría de los trastornos psiquiátricos inician en la juventud; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo tuvieron antes de cumplir 21 años (Berenzon et al., 2013). Es así como se observa que los jóvenes de nuestro país son una población vulnerable a diferentes trastornos mentales y afecciones psicológicas, entre las más comunes, aparte de la depresión y ansiedad, están las afecciones relacionadas con la autoestima y la percepción corporal, específicamente la autoestima corporal.

Durante la juventud, el afrontamiento del estrés, la ansiedad y la posible depresión está mediado por la internalización de la imagen corporal, la búsqueda de independencia y la autonomía, la identificación y la individualización; la incorporación de un sistema de valores; la perspectiva del futuro y el desarrollo de una identidad psicosexual. Aun así, el desarrollo de un estilo propio de afrontamiento se halla influido por los patrones de socialización a los que están expuestos (Solís y Vidal, 2006).

Una noción que sin duda influirá en el comportamiento y que también forma parte del término genérico de autopercepción es la autoestima. Diversos psicólogos como James, Meas y Horney (como se citó en Pastor, 2007) han coincidido al describirla en función de la atribución aprendida de la valía propia. Rogers (1951) la concibe como una internalización de las actitudes que el sujeto percibe hacia él, tanto si son propias como si proceden de los otros.

La autoestima corporal es un concepto amplio y se encuentra relacionado con muchos aspectos, entre otros la apreciación del individuo para protección, aceptación y conexión con su realidad física, al igual que incluye creencias, percepciones y afectos hacia el cuerpo propio. La imagen corporal, según Schilder (1935), es: “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”, refiriéndose a las actitudes y valores sobre nuestro propio cuerpo. Respecto a lo anterior, la imagen corporal está compuesta por tres componentes: el perceptual, el cognitivo y el afectivo. La preocupación por la imagen corporal transcurre en el tiempo, como consecuencia de los estándares de belleza de cada época, y es influida por factores socioculturales, biológicos y ambien-

tales; por otro lado, los prototipos de belleza pueden ocasionar una insatisfacción corporal cuando la persona interioriza el cuerpo ideal y lo compara con la sociedad, entonces concluye que su cuerpo no cumple con lo esperado (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

La imagen perfecta, descrita por Welch et al. (2009) y por Watt y Ricciardelli (2012) es una marcada tendencia al perfeccionismo que pone al individuo en una carrera por emular arquetipos inalcanzables que proponen extremos de perfección, ya que al comparar su figura con “el cuerpo deseado” se genera una profunda insatisfacción con la imagen corporal y se da paso al inicio y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria y de los trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión. Este perfeccionismo es orientado en dos sentidos: 1) externamente: es el dirigido a satisfacer a los otros; 2) internamente: es el centrado en el uso permanente de la crítica de sí mismos. La combinación hace que los estándares de exigencia sean muy altos y que los jóvenes dirijan todo el tiempo sus esfuerzos para alcanzar la perfección, lo que los conduce a realizar dietas e incluso a someterse a tortuosos procedimientos médicos o estéticos por encima del propio bienestar físico y emocional.

Los estudios reportan que una alimentación incorrecta que causa desnutrición y refuerza la imagen corporal negativa genera, además, una fluctuación de los estados del ánimo, ansiedad, depresión e irascibilidad, entre otros (Bardone y Fitzsimmons, 2011).

Se ha reportado que para los jóvenes sentirse insatisfecho con la imagen corporal puede ser causa de problemas emocionales importantes (Trejo et al., 2010), esto concuerda con lo mencionado antes y refuerza el hecho de que la juventud es una población vulnerable, para la cual se requieren estudios que proporcionen indicadores sobre cómo intervenir. La construcción de la imagen corporal es crucial durante el desarrollo del joven; varios estudios muestran que la insatisfacción corporal es común, sobre todo entre las mujeres, y tal insatisfacción es un factor de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria. Se realizó un estudio en jóvenes con el objetivo de describir las variables psicológicas y las dimensiones de la imagen corporal

entre adolescentes y adultos jóvenes. Los materiales y los métodos utilizados fueron tres cuestionarios que arrojaron como resultado que a 65% de los encuestados les gustaría reducir su peso corporal. En comparación con los hombres, las mujeres tienen mayor angustia psicológica, preocupaciones sobre su apariencia y su peso, están más obsesionadas con la delgadez y tienen menos comportamientos destinados a resolver estos problemas. Por esto, se llegó a la conclusión de que un alto porcentaje de encuestados quiere perder peso y que las mujeres tienen deseos serios al respecto y buscan la delgadez (Cruzat-Mandicha et al., 2016).

En la Universidad de Memphis, Estados Unidos, se realizó un estudio a estudiantes universitarios con la finalidad de medir la imagen corporal positiva y su relación con su salud física y mental; se encontró que los estudiantes con una mejor imagen corporal tendían a disminuir los síntomas depresivos. Los resultados de esta investigación demuestran que la imagen corporal positiva tiene beneficios significativos en la salud física y mental; además, tanto hombres como mujeres se ven beneficiados (Gillen, 2015).

Los trastornos de la Imagen Corporal (IC), la depresión y la ansiedad, son algunas de las problemáticas más comunes durante la adolescencia. Los jóvenes con una evaluación negativa de su IC están en riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, depresión, ideación suicida, etcétera. En un estudio teórico se analizaron las relaciones entre IC, depresión y autoestima; el resultado mostró que las personas con baja autoestima son más propensas a reportar insatisfacción con su IC (Compte, 2012).

La ansiedad y la insatisfacción corporal son factores de riesgo para los trastornos de conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. En la Universidad de Burgos, España, se realizó un estudio con el objetivo de analizar los niveles de ansiedad e insatisfacción corporal, y su relación con las diferencias en función del género, curso y centro. La pesquisa en jóvenes universitarios entre los 20 y los 25 años, encontró que alrededor de 20% de los participantes presentaba niveles altos de ansiedad, aunque no se encontraron diferencias por género, curso o centro; adicionalmente, 61.4% presentó alta o moderada insatisfacción corporal, sobre todo entre las mujeres, perso-

nas ansiosas o que cursaban el segundo grado de universidad. También se encontró una interrelación entre estos factores, por lo cual, en algunos universitarios se pudo identificar cierto riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (Medina et al., 2019).

La insatisfacción con la apariencia corporal a veces puede evitar contactos personales y aumentar el uso de internet. Se realizó una investigación en la que se probó el papel directo de la insatisfacción con la apariencia corporal junto con los posibles efectos de mediación de la depresión, la ansiedad y la autoestima. La satisfacción con la apariencia corporal tuvo un efecto directo negativo significativo en el uso problemático de internet en ambos sexos; sin embargo, la satisfacción con la apariencia corporal tuvo un efecto positivo en la autoestima y negativo en la ansiedad, ni la autoestima ni la ansiedad tuvieron un efecto significativo directo en el uso problemático de internet. El efecto de la insatisfacción con la apariencia corporal estuvo mediado por el camino de la autoestima-depresión hacia el uso problemático de internet. Por lo tanto, se puede concluir que la insatisfacción con la apariencia física parece tener un papel importante (Koronczai et al., 2013).

Se valoró a 296 pacientes jóvenes que acuden a una clínica de control de peso con la finalidad de observar los niveles de ansiedad, depresión y el tipo de calidad de vida que perciben. Los resultados mostraron que existe una diferencia significativa respecto a la ansiedad, la depresión y algunas áreas de calidad de vida entre hombres y mujeres, así como entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos referente a la insatisfacción de la propia figura. Los pacientes obesos presentaron mayores niveles de ansiedad y depresión significativos, expresan insatisfacción con su peso. Asimismo, se encontró que a mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal, y que al tener mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con ellos mismos y el ambiente (Ríos et al., 2008).

En Portugal se realizó una intervención en la que se midió la imagen corporal de mujeres universitarias entre los 18 y los 26 años en relación con su calidad de vida. Dicho estudio reveló que la insatisfacción corporal y las

percepciones de inferioridad acerca de la imagen física está asociada con una mala calidad de vida en todas sus dimensiones, en especial en la dimensión psicológica, lo cual significa que aunque las jóvenes presenten relativamente una buena salud, aquellas que tengan una mala percepción de su cuerpo tienden a padecer más problemas psicológicos (Duarte et al., 2015).

En una investigación (Cruz-Sáez et al., 2016) acerca del papel mediador de la ansiedad y la depresión en la insatisfacción corporal en mujeres españolas, con unas edades entre los 16 y los 20 años, se encontró que aquellas que manifestaban alta insatisfacción corporal presentaban más sintomatología ansiosa y depresiva, incluso tendían a desarrollar algún trastorno depresivo o de ansiedad. Además, respaldaron la hipótesis que demostraba que las adolescentes con alta insatisfacción corporal presentaron niveles de sintomatología ansiosa y depresiva claramente superiores a las que no presentaban un alto nivel de insatisfacción; esto significa que las adolescentes con un nivel bajo de satisfacción corporal pueden ser identificadas como un grupo de mayor riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas y alimentarias.

Un estudio realizado en Alemania a pacientes que tenían algún trastorno psiquiátrico con algún síntoma de depresión demostró que los pacientes con altos niveles de autoestima muestran menos inclinación a presentar síntomas de depresión y que existe una relación entre ésta y la autoestima de la población (Hilbert et al., 2019). También se ha estudiado la relación entre los constructos de la propia persona y las cuestiones emocionales como la ansiedad y la depresión en un estudio en el que se valoraron estas variables en estudiantes. Dicha investigación mostró que el autoconcepto y la autoestima corporal estaban asociados negativamente con síntomas de ansiedad, los cuales están relacionados con puntuaciones de depresión; a su vez, la claridad de autoconcepto y la autoestima se asoció de manera única y negativa con la depresión. Los hallazgos muestran que la autoestima está negativamente asociada a la ansiedad y a la depresión (Gregory y Peters, 2017).

En Estados Unidos se llevó a cabo una investigación en la que se midió la autoestima en relación con el cuerpo, la depresión y la ansiedad en

jóvenes adultos estadounidenses de la Universidad de Memphis. Se buscaron patrones de autoestima corporal, depresión y ansiedad en la muestra de adultos jóvenes y se estableció una relación entre la influencia que ejercía la autoestima corporal sobre los niveles de ansiedad y depresión, lo que mostró que entre más influencia tiene la autoestima corporal, más altos son los niveles de depresión y de ansiedad. También se reportó que la depresión y la ansiedad tienen importantes implicaciones para la salud de los jóvenes, así como la autoestima corporal influye en el autoconcepto (Gregory y Peters, 2017).

El objetivo de este estudio es relacionar la autoestima corporal con la ansiedad y la depresión. Como se ha revisado, hay muchos temas relacionados con la autoimagen. La insatisfacción corporal, los estudios relacionados con el peso y cómo estos temas afectan el estado emocional de los jóvenes; sin embargo, se ha medido muy poco la autoestima corporal sólo relacionada con la depresión y la ansiedad. Por lo tanto, la hipótesis que planteamos es que hay una relación significativa entre la autoestima corporal con la ansiedad y la depresión. Por consiguiente, en este estudio se pretende detectar factores de riesgo relacionados con la autoestima corporal, la depresión y la ansiedad; a partir de lo identificado se pueden encontrar indicadores necesarios para realizar futuros estudios e intervenciones.

MÉTODO

Participantes

Se seleccionó una muestra de 115 jóvenes mexicanos (31.3% hombres y 68.7% mujeres), entre los 18 y los 29 años de edad. De todos ellos, 60% de los participantes trabaja y 63.5% estudia, y cabe señalar que los datos de este reporte no son excluyentes entre sí. Fueron elegidos para la presente investigación mediante un muestreo voluntario, no probabilístico, por medio de aplicaciones de Microsoft Office 365.

Instrumentos

El instrumento utilizado para medir la Autoestima Corporal fue la Escala de Autoestima Corporal de Peris et al. (2016). Esta escala se validó en español en el estudio de la Escala de Autoestima Corporal: datos psicométricos de fiabilidad y validez. En un principio, en el año 2011, esta escala estuvo compuesta por 12 ítems, nueve de ellos agrupados en tres zonas corporales (cara, torso superior y torso inferior), los otros tres pertenecían a aspectos generales, con los que se obtenía una puntuación global en autoestima corporal (Maganto y Kortabarría, 2011). La escala actual de autoestima corporal (EAC) ha sido rediseñada, incrementando dos ítems en cada zona corporal y en los aspectos generales, denominados ahora ítems antropométricos, los cuales evalúan el contenido cognitivo de la imagen corporal, llamada satisfacción corporal (SC). Se proponen, además, seis nuevos ítems con un contenido evaluativo emocional, llamado atractivo corporal (AC). Así, la nueva EAC está ahora compuesta por 26 ítems con una estructura unidimensional que evalúan la autoestima corporal; 20 de estos ítems valoran principalmente el aspecto cognitivo, es decir, la satisfacción corporal (SC), los seis restantes valoran el aspecto emocional y el atractivo corporal (AC). En la administración, los participantes deben autoevaluar el grado de satisfacción en relación con cada ítem, con una escala Likert, de 1 a 10 (1=muy insatisfecho, 10=muy satisfecho). El total de la EAC se obtiene realizando el sumatorio de los 26 ítems. Los resultados del alfa de Cronbach para la consistencia interna y estabilidad temporal en chicas fueron los siguientes: .95 en la EAC, .95 en SC, .92 en AC; en el caso de los chicos, los resultados fueron los siguientes: .96, .95 y .92, respectivamente, lo que confirma la consistencia interna del instrumento. En el test-retest se obtuvieron coeficientes de correlación muy elevados: SC ($r=.76$, $p<.001$), AC ($r=.76$, $p<.001$) y EAC ($r=.77$, $p<.001$), lo que evidencia su estabilidad temporal (Peris et al., 2016).

Se utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg et al. (1988), la versión en castellano ha sido validada por Montón et al. (1993). Consta de dos escalas, una de ansiedad y otra de depresión, con nueve ítems cada una,

de respuesta dicotómica (sí/no); se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. La consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala de ansiedad y depresión Goldberg (EADG) fue de 0.86; 0.81 para la subescala de ansiedad y 0.77 para la subescala de depresión.

Procedimiento

Se distribuyó el cuestionario por medio de Microsoft Forms, compartiendo la liga de acceso en distintas redes sociales, a lo largo del país, durante 15 días. Se invitó a los jóvenes mexicanos, entre los 18 y los 29 años de edad, a responder el cuestionario; se les informó que los datos serían anónimos y utilizados para una investigación de la Universidad Autónoma de Coahuila.

Análisis de la información

Para el análisis de la información se utilizó un paquete estadístico SPSS, versión 24. Se procesó un análisis de correlación de Pearson; se realizó un análisis de regresión lineal simple, utilizando el método por pasos sucesivos, se ajustó un modelo con la variable de ansiedad y depresión, en el cual sólo el modelo con la variable de depresión ajustó la ecuación.

RESULTADOS

Con el objetivo de analizar la relación entre la autoestima corporal, la ansiedad y la depresión, se presenta la Tabla 1 con el análisis correlacional de las subescalas de la Escala de Autoestima Corporal (Peris et al., 2016) y el total de las puntuaciones de Ansiedad y Depresión. Se muestran sólo las puntuaciones significativas.

TABLA 1
Correlación de Pearson entre los componentes de la autoestima corporal y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg

	<i>Ansiedad</i> <i>r</i>	<i>Depresión</i> <i>r</i>
Autoestima corporal	-.286	-.449
Satisfacción con el rostro	---	-.365
Satisfacción con el torso superior	-.257	-.424
Satisfacción con el torso inferior	-.307	-.413
Satisfacción antropometría	-.302	-.434

No se encontró relación significativa (---). Nota: Tabla de creación original.

La Tabla 1 muestra que la relación significativa más fuerte se registra entre el total de la autoestima corporal y la depresión ($r = -.449$), al ser una relación negativa; al igual que se encuentra una relación significativa negativa menor entre la autoestima corporal y la ansiedad ($r = -.286$). También se observa que las relaciones fueron significativas entre la satisfacción con el rostro y la depresión ($r = -.365$), la satisfacción respecto al torso superior y la depresión ($r = -.424$), la satisfacción con el torso inferior y la depresión ($r = -.413$) y la satisfacción antropometría y la depresión ($r = -.434$). Respecto a la ansiedad, se muestran relaciones significativas entre la satisfacción con el torso superior y la ansiedad ($r = -.257$), la satisfacción con el torso inferior y la ansiedad ($r = -.307$) y la satisfacción antropometría y ansiedad ($r = -.302$).

En la Tabla 2 se muestra un modelo de regresión lineal por pasos sucesivos, en el que se utilizó como variable independiente la puntuación de Autoestima Corporal de la Escala de Autoestima Corporal (Peris et al., 2016) y se utilizó como variable dependiente la puntuación de la Escala de Ansiedad y Depresión (Goldberg et al., 1988).

TABLA 2

Modelo de regresión lineal por pasos sucesivos, depresión como variable dependiente

Modelo	CNE		CE	t	p	95% IC
	β	ES	β			
Autoestima corporal	-.028	.005	-.449	-5.440	.000	[-.039, -.018]

Coeficiente no estandarizado (CNE), Coeficientes estandarizados (CE), Nivel de significancia (p), Límite inferior (LI), Límite superior (LS), $R=.449$, $R^2=.202$. Nota: Tabla de creación original.

El modelo se ajustó con la variable de la Autoestima corporal ($\beta=-.028$, IC95% [-.039/-.018]). El porcentaje de predicción del modelo fue de 20.2%, lo que prueba que la satisfacción corporal explica la presencia de indicadores de depresión en la muestra analizada.

DISCUSIÓN

En diversos estudios se ha encontrado que la construcción corporal es crucial durante el desarrollo de los jóvenes; dichas investigaciones muestran que la insatisfacción corporal es común, considerada un factor de riesgo asociado a diferentes afecciones psicológicas (Cruzat-Mandicha et al., 2016). Lo anterior respalda los resultados de este artículo que señala la existencia de una relación significativa entre la autoestima corporal y la depresión y, aunque pudiera resultar una comparación mediocre, es un factor predictor de 20.2% en la autoestima corporal, lo que significa que entre menos depresión exista, más autoestima corporal habrá en los jóvenes mexicanos.

De igual manera, la autoestima corporal se relaciona con la ansiedad, aunque la relación es mínima ($r=-.286$). La relación entre la autoestima corporal y la ansiedad ha sido estudiada y se ha identificado que tal autoestima corporal y la autoimagen están asociadas con síntomas físicos de ansiedad (Koronczai et al., 2013).

En la autoestima corporal existen relaciones entre la satisfacción con el rostro, el torso y la antropometría, que se dan con la ansiedad y la depresión.

No se encontró una relación significativa con la ansiedad en la satisfacción con el rostro; esto quiere decir que la ansiedad no es un factor para determinar la belleza facial percibida, lo cual concuerda con estudios que señalan que la autoestima corporal y la insatisfacción con la imagen corporal está formada por cuestiones exteriores sociales y no depende de la ansiedad del individuo (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Por consiguiente, se demuestra en el presente estudio que la satisfacción corporal no está basada en cuestiones necesariamente reales acerca del cuerpo, como dice Sepúlveda et al. (2004), sino en actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo; es decir, cuando hay una alteración en la imagen corporal se genera cierto malestar que puede estar asociado a los trastornos del estado de ánimo, tales como la depresión y la ansiedad. Las limitantes de este estudio están relacionadas con su cuestionario, pues los jóvenes que lo respondieron, expresaron que les resultó demasiado largo, lo cual pudo generar algún tipo de sesgo en los resultados, al igual que algunos factores externos como la difusión y falta de interés por parte de los participantes. Aun así, los resultados mostrados concuerdan con lo estudiado anteriormente.

Este estudio tuvo como propósito encontrar una relación de la autoestima corporal con la depresión y la ansiedad. En su desarrollo se hizo clara la necesidad de la investigación, al encontrar que la relación es significativa, situación que se ve reforzada por trabajos anteriores sobre la satisfacción corporal (Serna, 2004) y que nos indican la relevancia de la autoimagen y la percepción de la misma para poder predecir y prevenir trastornos tanto psicológicos como físicos, ya que la autoestima corporal está asociada con trastornos de la conducta alimentaria (Pronin et al., 2017); trastornos del estado de ánimo (Ocampo, 2017); la calidad de vida (Ureña et al., 2015); adicción a las redes sociales (Challco et al., 2016), y la autoestima en general (Salvador et al., 2010).

La importancia de la percepción del propio cuerpo y la satisfacción con el mismo han sido estudiadas ampliamente, por lo que esta investigación no sólo ayuda a entender mejor la relación entre estos conceptos y los síntomas

de depresión y ansiedad, sino que ofrece una amplia oportunidad de crear nuevas estrategias en las que se incluya la intervención en los síntomas de la depresión y así modificar las percepciones, creencias y actitudes hacia la imagen corporal y lograr por este medio que los jóvenes se sientan más satisfechos con su propio cuerpo.

Como se muestra en los resultados del presente estudio, la satisfacción corporal influye en el bienestar del joven mexicano, lo que vuelve a indicar a esta población bajo el estatus de riesgo. Por ello es necesario contribuir con más investigaciones y estudios que puedan explorar la imagen y la satisfacción corporal en relación con el estado emocional de la juventud mexicana.

REFERENCIAS

- Academia Nacional de Medicina (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. *Revista de La Facultad de Medicina*, 60(5), 52-55. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
- Arellano Meneses, A. G., Luna Román, C. M., Ruiz Guzmán, G. y Hernández Carbajal, L. A. (2014). Percepción de la imagen corporal en estudiantes del CCH, Plantel Oriente. *Revista del Colegio de Ciencias y Humanidades para el bachillerato*, 24(1), 15-23. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/eutopia/article/view/47273/42556>.
- Bardone-Cone, A. M. y Fitzsimmons, E. E. (2011). Coping and social support as potential moderators of the relation between anxiety and eating disorder symptomatology. *Eating Behaviors*, 12(1) 21-28. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2010.09.002.
- Berengüí, R., Castejón, M. A. y Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo y trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8. DOI: 10.1016/j.rmta.2016.02.004.
- Berenzon, S., Lara, M. A., Robles, R. y Medina-Mora, M. E. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7190/9349>.

- Challco, G., Andrade, F., Borges, S., Bittencourt, I. e Isotani, S. (2016). Toward a unified modeling of learner's growth process and flow theory. *Journal of Educational Technology & Society*, 19(2), 215-227. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/jeductechsoci.19.2.215>.
- Compte, E. J. (2012). Imagen corporal y conductas sexuales de riesgo en adolescentes: un estudio teórico. *Revista de Psicología GEPU*, 3(2), 235-254. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4392359.pdf>.
- Cruzat-Mandich, C., Díaz-Castrillón, F., Lizana-Calderón, P. y Castro, A. (2016). Body image, psychological symptoms and eating disorders among Chilean adolescents and young adults. *Revista Médica de Chile*, 144(6), 743-750. DOI: 10.4067/S0034-98872016000600008.
- Cruz-Sáez, M. S., Pascual Jimeno, A., Wlodarczyk, A., Polo-López, R. y Echeburúa Odriozola, E. (2016). Body dissatisfaction and weight control behaviors among overweight adolescent girls: Mediating role of anxiety and depression. *Nutrición Hospitalaria*, 33(4), 935-940. DOI: 10.20960/nh.395.
- Dirección General de Epidemiología (2019). Boletín epidemiológico, sistema nacional de vigilancia epidemiológica, sistema único de información. Secretaría de Salud. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/historico-boletin-epidemiologico>.
- Duarte, C., Ferreira, C., Trindade, I. A. y Pinto-Gouveia, J. (2015). Body image and college women's quality of life: The importance of being self-compassionate. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 754-764. DOI: 10.1177/1359105315573438.
- Fundación UNAM (2018). 2.5 millones de jóvenes mexicanos con problemas de depresión: UNAM. Fundación UNAM. Recuperado de <https://www.fundacionunam.org.mx/?s=2.5+millones>.
- Gillen, M. M. (2015). Associations between positive body image and indicators of men's and women's mental and physical health. *Body Image*, 13, 67-74. DOI: 10.1016/j.bodyim.2015.01.002.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P. y Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, (6653), 897-899.
- González, C., Juárez, C., Montejo, L., Oseguera, G., Wagner, F. y Jiménez, A. (2015). Ideación suicida y su asociación con drogas, depresión e impulsividad en una muestra representativa de estudiantes de secundaria del estado

- de Campeche, México. *Acta Universitaria. Multidisciplinary Scientific Journal*, 25(NE-2), 29-34. DOI: 10.15174/au.2015.862.
- Gregory, B. y Peters, L. (2017). Unique relationships between self-related constructs, social anxiety, and depression in a non-clinical sample. *Behaviour Change*, 34(2), 117-133. DOI: 10.1017/bec.2017.9.
- Hilbert, S., Goerigk, S., Padberg, F., Nadjiri, A., Übleis, A., Jobst, A., Dewald-Kaufmann, J., Falkai, P., Bühner, M., Naumann, F. y Sarubin, N. (2019). The role of self-esteem in depression: A longitudinal study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(2), 244-250. DOI: 10.1017/S1352465818000243.
- Khan, A. N., Khalid, S., Khan, H. I. y Jabeen, M. (2011). Impact of today's media on university student's body image in Pakistan: a conservative, developing country's perspective. *BMC Public Health*, 11(379).
- Koronczai, B., Kökönyei, G., Urbán, R., Kun, B., Pápay, O., Nagygyörgy, K., Griffiths, M. D. y Demetrovics, Z. (2013). The mediating effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39(4), 259-265. DOI: 10.3109/00952990.2013.803111.
- Maganto, C. y Kortabarría, L. (2011). La escala de autoestima corporal en la infancia y la adolescencia. En A. S. Ferreira Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima y S. Fraga (Eds.), *Evaluación psicológica: Formas e Contextos* (pp. 61-73). Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- Medina Gómez, M. B., Martínez Martín, M. A., Escolar Llamazares, M. C., González-Alonso, Y. y Mercado Val, E. (2019). Anxiety and body dissatisfaction in university students. *Acta Colombiana de Psicología*, 22(1), 22-30. DOI: 10.14718/acp.2019.22.1.2.
- Montón C., Pérez Echeverría M. J., Campos R., García Campayo J. y Lobo A. (1993). Anxiety scales and Goldberg's depression: an efficient interview guide for the detection of psychologic distress. *Atención Primaria*. 12(6), 345-349.
- Ocampo, J. E., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C. y Aguirre, R. (2017). Asociación entre índice de masa corporal y depresión en mujeres adolescentes. *International Journal of Morphology*, 35(4), 1547-1552. DOI: 10.4067/S0717-95022017000401547.

- Pastor, J. L. (2007). Alteraciones en la autopercepción y procesos de socialización. *Wanceulen E. F. Digital*, 3, 1-14.
- Peris, M., Maganto, C. y Garaigordobil, M. (2016). Escala de Autoestima Corporal: datos psicométricos de fiabilidad y validez. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(2), 51-58.
- Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C. y Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of Affective Disorders*, 138(1-2), 165-169. DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.040.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centred therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Martínez, B. P. R., Rodríguez, G. A. R., Cordero, R. Á., González, F. A. C., WIELLA, G. R., Millán, J. P. P., Macías-Valadez, B. Y., Arrieta Maturino, E. M. y Ochoa, K. R. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147-153.
- Salvador, M., García-Gálvez, C. y de la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. *European Journal of Education and Psychology*, 3(2), 257. DOI: 10.30552/ejep.v3i2.39.
- Santrock, J. W. (2014). *Adolescencia. Psicología del desarrollo*. McGraw Hill.
- Schilder, P. (1935). *The image and appearance of the human body*. Kegan Paul, Trench Trübner and Co.
- Sepúlveda, A. R., Gandarillas, A. y Corrobles, J. A. (2004). Prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en la población universitaria. 5° Congreso Virtual de Psiquiatría.
- Serna, I. de la (2004). Alteraciones de la imagen corporal. *Monografías de Psiquiatría*, 16(2), 1-2.
- Serrano Barquín, C., Rojas García, A. y Ruggero, C. (2013). Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 47-60.
- Solís Manrique, C. y Vidal Miranda, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000144&pid=S1984-0292201000010000300031&lng=e.
- Trejo Ortiz, P. M., Castro Veloz, D., Facio Solís, A., Mollinedo Montano, F. E. y Valdez Esparza, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*,

- 26(3), 150-160. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-03192010000300006&lng=es&tlng=es.
- Ureña Bonilla, P., Blanco Romero, L. y Salas Cabrera, J. (2015). Calidad de vida, indicadores antropométricos y satisfacción corporal en un grupo de jóvenes colegiales. *RETOS. Nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (27), 62-66.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. DOI: 10.3305/nh.2013.28.1.6016.
- Watt, M. y Ricciardelli, L. (2012). A qualitative study of body image and appearance among men of Chinese ancestry in Australia. *Body Image*, 9(1), 118-125. DOI: 10.1016/j.bodyim.2011.10.003.
- Welch, E., Miller, J. L., Ghaderi, A. y Vaillancourt, T. (2009). Does perfectionism mediate or moderate the relation between body dissatisfaction and disordered eating attitudes and behaviors? *Eating Behaviors*, 10(3), 168-175. DOI: 10.1016/j.eatbeh.2009.05.002.

MODELOS PREDICTIVOS DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN HOMBRES Y MUJERES

Rebeca Guzmán Saldaña^{1}*
*Lilian Elizabeth Bosques Brugada**
*Karina Reyes Jarquín**
*Angélica Romero Palencia**
*Gloria Solano Solano**
*Abel Lerma Talamantes**

La atención sobre la apariencia física y el cuerpo ha existido desde siempre; sin embargo, en las últimas décadas ha cobrado aún más relevancia. La presión ejercida por los medios de comunicación y la publicidad transmite modelos estéticos de “perfección corporal” a través de cánones de belleza que son interiorizados por hombres y mujeres (Vázquez et al., 2015).

Ahora bien, Slade, en 1994, definió la imagen corporal como una representación mental de la propia figura, determinada por vivencias personales y experiencias sociales multifactoriales que incluyen factores biológicos, individuales, históricos y culturales, que crean aprendizajes que influyen en la consolidación de la percepción de la propia imagen corporal, así como de la personalidad. Cash y Pruzinsky (2002) caracterizaron a la imagen corporal considerando variables internas y externas que están en constante interacción; por un lado, incluyen a la cognición, las emociones y los comportamientos, y por otro, a los procesos de adaptación con el medio tanto social como cultural. Vaquero et al. (2013), además de los elementos antes señalados, agregan el factor perceptual respecto al cuerpo en su totalidad o de alguna de sus partes, y en relación con las emociones, precisan el aspecto afectivo vinculado a actitudes y sentimientos frente al propio cuerpo, considerando la satisfacción corporal como elemento relevante de estos factores.

¹ Contacto: rguzman@uaeh.edu.mx.

* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

La conjugación de los constructos antes señalados puede llevar a la persona a padecer ciertas problemáticas y a favorecer la aparición de conductas alimentarias en riesgo (CAR), que son comportamientos nocivos y negativos para los individuos, los cuales surgen de las preocupaciones excesivas por el peso y la comida (Gayou-Esteva et al., 2014). Dichas conductas tienen por objetivo controlar el peso corporal; entre ellas están los atracones, las dietas crónicas restrictivas, el consumo de laxantes, uso de diuréticos, el vómito autoinducido, los ayunos, entre otras (Berengüí et al., 2016).

Por otro lado, referente a las relaciones de pareja, particularmente las mujeres se crean expectativas a veces poco realistas sobre el amor, el compromiso, la fidelidad, la belleza y el cuidado ofrecido a sus parejas. Algunas revisiones sistemáticas han encontrado que los Trastornos Alimentarios y de la Ingesta de Alimentos (TAIA) están asociados con una alta prevalencia y aumento en el riesgo de violencia de pareja íntima (VPI) (Buchanan et al., 2013; Bundock et al., 2013; Romito et al., 2016). De igual manera, diferentes investigaciones han propuesto modelos explicativos en los que se integra la violencia sexual, el acoso y el hostigamiento sexual para predecir aspectos corporales (por ejemplo, vigilancia y vergüenza corporal) (Borinca et al., 2016; Davidson y Gervais, 2015; Franz et al., 2016; Gervais y Davidson, 2013).

Respecto de la presencia de VPI, Triana (2017) señala que el patriarcado mantiene diferentes formas de dominación respecto a la mujer, determinadas por una especie de violencia de género silencioso que se manifiesta en actos de daño físico, psicológico o sexual; con asimetrías constantes en las relaciones de poder y las prácticas cotidianas filiales que logran menoscabar la seguridad personal de la mujer, el respeto por sí misma o disminuir sus capacidades físicas o mentales, así como promover factores de riesgo y sensación de vulnerabilidad.

Valdés et al. (2018) señalan que la relación con la pareja determina las variaciones en el físico de las mujeres estudiadas, así como la constante necesidad de satisfacer al otro; también señalan que la violencia psicológica ejercida de manera sutil está relacionada con la modificación de sus hábitos

alimentarios y su forma de vestir, pues todo está adaptándose constantemente a los deseos de la pareja, aunque éstos resulten consecuentemente no saludables para la construcción propia del modo de relacionarse con su cuerpo.

Dada la relevancia del planteamiento señalado en los párrafos anteriores, en la presente investigación el objetivo consistió en evaluar y desarrollar modelos que explicaron el efecto, peso y dirección de las variables biológicas (sexo, índice de masa corporal), psicosociales (conductas alimentarias de riesgo, estima corporal, violencia en la pareja íntima, tácticas de conflicto) y sociodemográficas (nivel socioeconómico), para predecir insatisfacción corporal en hombres y mujeres. La identificación de estas variables se basó en la identificación de hallazgos referidos en la literatura revisada.

MÉTODO

El objetivo principal de este estudio fue evaluar y desarrollar dos modelos capaces de explicar el efecto, peso y dirección de variables biológicas (sexo, índice de masa corporal), psicosociales (conductas alimentarias de riesgo, estima corporal, violencia en la pareja íntima, tácticas de conflicto) y sociodemográficas (nivel socioeconómico), para predecir insatisfacción corporal en hombres y mujeres.

Participantes

Se trabajó con un diseño no experimental, con tipo de estudio explicativo-transversal, y una muestra no probabilística conformada por $n=216$ mujeres y $n=200$ hombres, con edad promedio de 34.29 años ($DE= 8.90$).

Instrumentos

Cuestionario de la Figura Corporal (BSQ). Evalúa la presencia de preocupación e insatisfacción respecto a la imagen corporal, tiene 34 ítems directos

con seis opciones de respuesta que van de “nunca” a “siempre”. Tiene un elevado coeficiente alfa de Cronbach $\alpha=0.98$. Elaborado por Cooper et al., en 1987, y adaptado por Vázquez et al. en 2011.

Escala Visual de Siluetas para medir satisfacción/insatisfacción corporal. Está formada por nueve siluetas que cubren un continuo de peso corporal que parte de una figura muy delgada hasta una figura muy gruesa u obesa, pasando por una de peso promedio. Confiabilidad por consistencia interna a través del alfa de Cronbach de 0.75 a 0.80. Cabe señalar que existe una versión para mujeres y otra para hombres, elaborada por Acosta y Gómez-Peresmitré en 2003.

Escala de Estima Corporal. Mide la apreciación por las partes y funciones del cuerpo, elaborada por Franzoi y Shields en 1984, traducida y adaptada por Jorquera et al. en 2005, y posteriormente readaptada por Escoto et al. (2016). Comprende 35 ítems de tipo Likert, las puntuaciones más altas indican mayor aprecio por el propio cuerpo. Incluye los siguientes factores: atractivo físico y sexual, y condición física y preocupación por el peso. Con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.86.

Cuestionario Breve para Medir Conductas Alimentarias de Riesgo. Elaborado por Unikel-Santoncini et al., (2004), consta de 11 preguntas sobre la preocupación por engordar, práctica de atracones, sensación de falta de control al comer y conductas alimentarias de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio y uso de pastillas para bajar de peso) y purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y de diuréticos), en los tres meses previos a la aplicación del instrumento. Confiabilidad por consistencia interna a través del alfa de Cronbach $\alpha=0.83$.

Cuestionario de Violencia en la Pareja. Es una escala tipo Likert, integrada por dos subescalas: *a*) violencia recibida por parte de la pareja, que consta de 27 ítems que conforman cuatro factores con un alfa de Cronbach $\alpha=0.95$. Se tomaron en cuenta tres factores: 8 ítems que están orientados a evaluar violencia psicológica y social, 7 ítems que evalúan la violencia física y 7 ítems para evaluar violencia sexual; *b*) violencia ejercida contra la pareja, la cual está compuesta por 12 ítems (alfa de Cronbach $\alpha=0.84$), 5 orientados

a evaluar la violencia psicológica y por último 7 ítems que evalúan otros tipos de violencia, tales como la social, la económica, la física y la sexual (Cienfuegos, 2016).

Escala de Tácticas de Conflicto. Elaborada por Strauss y Hamby (1996) y adaptada para la población mexicana por Mora et al. (2008). Consta de dos dimensiones: 1) agresión psicológica y física, y 2) coerción sexual; cuenta con una consistencia interna global de alfa de Cronbach $\alpha=0.93$.

Cuestionario de Datos Sociodemográficos. Este instrumento *ad hoc*, indagó acerca de las variables: nivel socioeconómico, lugar de nacimiento, estado civil y nivel de escolaridad. Cabe señalar que sólo el nivel socioeconómico se consideró para la generación de los modelos.

Índice de Masa Corporal (IMC). Se obtuvo a partir del peso y la talla auto-referidos, los cuales han mostrado ser medidas válidas y útiles en la población mexicana (Osuna et al., 2006). El cálculo del IMC se realizó con la siguiente fórmula: peso (kg)/altura (m)², y retoma la clasificación de la OMS (2000).

Procedimiento

En cuanto al procedimiento, en un primer momento se gestionó el ingreso a escuelas públicas de la ciudad de Pachuca de Soto, Hidalgo, México, con la finalidad de acceder a los padres y madres de los estudiantes. Posteriormente, se seleccionó a los participantes y se establecieron fecha, hora y los espacios disponibles para la aplicación de la batería de pruebas psicológicas. Los estudiantes de Psicología aplicaron las escalas en una sola sesión, de manera grupal y anónima; con el previo acuerdo informado de los participantes, según las recomendaciones éticas emitidas por la Sociedad Mexicana de Psicología (2010), referentes a la implementación de procedimientos no intrusivos de investigación. Los participantes colaboraron de manera voluntaria y anónima; por medio de un autorreporte se identificó el peso y la talla de cada colaborador. Es importante señalar que la batería de pruebas psicológicas fue autoaplicable y se realizó de forma simultánea a mujeres y hombres. Dichas aplicaciones se realizaron en las aulas previamente asignadas por las autoridades de las escuelas secundarias participantes.

Análisis de información

Se realizó un análisis estadístico por medio del programa SPSS, versión 24, y el programa EQS, versión 6.1.

RESULTADOS

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, se observó que en su mayoría las mujeres vivían en unión libre con su pareja (57.7%); 28.8% de las mujeres se situaron en el nivel socioeconómico medio, seguido del nivel medio-bajo (21.9%); respecto al nivel de escolaridad, más de la mitad de las participantes indicaron que se encontraba en secundaria (34.4%) y bachillerato (33%). Del mismo modo, 61.8% de los hombres reportaron vivir en unión libre con su pareja; el nivel socioeconómico con el porcentaje más alto fue el nivel bajo-alto (26.1%), seguido del nivel medio (21.6%). Contrario a las mujeres, los hombres indicaron un nivel educativo más alto, encontrándose en las categorías de bachillerato (37.7%) y licenciatura (32.7%).

Sobre la distribución porcentual de las categorías del IMC, de acuerdo con los parámetros establecidos por la OMS (2000), se reportó que de las mujeres 41.4% presentó sobrepeso y 40% tiene peso promedio. En el caso de los hombres 46.7% reportó sobrepeso y 36.7% tiene peso promedio.

Luego, se realizó una prueba t de Student para muestras independientes al comparar los resultados de las mujeres con los resultados de los hombres; las pruebas indicaron que sólo existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la estima corporal (EC), sobre todo en los factores de atractivo físico y sexual; así como en el factor de condición física y preocupación por el cuerpo, siendo los hombres quienes se interesan más por su atractivo físico y sexual; en cambio, las mujeres están más preocupadas por su condición física y por su cuerpo.

En la misma línea se realizó la prueba *chi* cuadrada para conocer las diferencias en las variables categóricas. Los resultados arrojaron diferencias entre los sexos en los factores de insatisfacción corporal, donde las mujeres

presentaron un porcentaje más alto; en cuanto a las CAR, las participantes presentaron menor riesgo que los hombres. También se encontraron diferencias significativas en cuanto a que los hombres desean ser más robustos, en cambio las mujeres desean ser más delgadas.

Como parte del análisis se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson de manera diferenciada de acuerdo con el sexo de los participantes. Respecto a la asociación entre variables, tanto las mujeres como los hombres presentaron relaciones directas entre el IMC, la edad, la insatisfacción corporal (IC) y las CAR. Esto permite afirmar que independientemente del sexo, las personas que tienen mayor IMC en la medida en que se incrementa la edad, pudieran tener mayor riesgo de realizar CAR, así como mayor IC. De igual manera, tanto las mujeres como los hombres que tienen mayor IMC perciben menor EC. En relación con la variable edad, se encontraron datos relevantes y diferenciados por sexo; en las mujeres, a mayor edad mayor VPI y mayor presencia de tácticas de conflicto (TC) (agresión psicológica y coerción sexual); en los hombres, en cambio, a mayor edad, menor IC y menor frecuencia de CAR. Ahora bien, específicamente para las mujeres, la IC está relacionada con el deseo de ser más delgadas y la realización de CAR. Asimismo, las CAR en hombres y mujeres se asoció de manera negativa con EC, y de forma positiva con VPI y TC. Tanto en hombres como en mujeres la VPI se vincula directamente con TC.

Por otro lado, en la construcción de los modelos estructurales, el modelo para mujeres que obtuvo los parámetros estipulados fue el siguiente: $Chi^2=7.76$, $P=0.73$, $CFI=1.00$ $RMSEA=0.00$. Los factores de VPI contemplados fueron violencia sexual recibida y violencia psicológica ejercida. En cuanto a los senderos significativos, en primera instancia se observa que existe un efecto indirecto en la variable de VPI, mediada por el IMC y las CAR para predecir IC. Cabe destacar la presencia del sendero VPI, nivel socioeconómico y la predicción de la IC. La varianza explicada para este modelo fue de 41%.

El modelo para hombres que se adecuó a los parámetros estipulados, fue el siguiente: $Chi^2=8.66$, $P=0.15$, $CFI=0.99$ $RMSEA=0.06$. En este modelo

aparece el factor de violencia física ejercida y violencia sexual recibida (y no se visualiza la variable de nivel socioeconómico). El único sendero significativo es que la VPI y el IMC tienen un efecto indirecto para predecir IC. Entre la VPI y las CAR hay una relación directa. La varianza explicada para este modelo fue de 40%.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar y desarrollar modelos que predijeron el efecto, peso y dirección de variables biológicas (sexo, IMC), psicosociales (CAR, VPI, TC) y sociodemográficas (nivel socioeconómico), para predecir IC en hombres y mujeres adultos.

La imagen corporal desde hace tiempo ha sido altamente valorada por la sociedad. En la actualidad hay estudios que denotan que la mayoría de las personas se encuentran insatisfechas con su cuerpo, o al menos con una parte de éste, inclusive realizan conductas dañinas para la salud con la finalidad de modificar esa imagen, a esto se le denomina insatisfacción corporal (Devlin y Zhu, 2001). La importancia de estudiar la IC radica, entre otros aspectos, en que se le considera uno de los principales factores de riesgo para padecer TAI. Además, los resultados de este estudio permiten, de manera general, confirmar que son las mujeres quienes padecen una mayor susceptibilidad para presentar sintomatología asociada con los TAI. Datos semejantes han sido reportados por Levine (2012) y Lewis et al., (2015); sin embargo, un hallazgo importante evidenció asociaciones en las que, contrario a lo que se esperaba, los hombres son quienes se interesan más que las mujeres en su atractivo físico y sexual, además, presentan mayor riesgo de realizar CAR. Actualmente, el atractivo físico ideal para los hombres es un cuerpo mesomorfo, caracterizado por una musculatura marcada, sin grasa corporal (Unikel et al., 2016). Lo anterior es posible achacarlo a que en los medios de comunicación se ha incrementado la exposición a imágenes que ponen al cuerpo de los varones objetivizado, tal como ha sucedido con los cuerpos femeninos (Pearl et al., 2014).

Por otra parte, entre la población masculina se han generado ciertas dificultades en la detección de factores de riesgo para TAIA; esto se debe parcialmente a que los hombres no suelen, por ejemplo, hacer explícito el deseo de adelgazar (Rutzstein et al., 2010). Respecto a los resultados arrojados por nuestra investigación, algunos estudios hallaron que la prevalencia de factores como CAR, VPI, IC difiere según el sexo, encontrando que en la población femenina existe una mayor prevalencia respecto a los hombres (Benjet et al., 2012; Valverde et al., 2010). A su vez, Genis-Mendoza et al. (2013) sugieren que las mujeres presentan una mayor predisposición genética y una mayor exposición a factores socioculturales para desarrollar un TAIA.

Ahora bien, en la asociación entre variables, tanto las mujeres como los hombres presentaron relaciones directas entre el IMC, la edad, la insatisfacción corporal y las CAR; lo que permite afirmar que, independientemente del sexo, las personas que tienen mayor IMC, y en la medida en que se incrementa la edad, presentan mayor riesgo de realizar CAR, y, por lo tanto, mayor IC. De igual manera, tanto las mujeres como los hombres que tienen mayor IMC perciben menor EC. El IMC ha sido probado en diferentes estudios como un relevante indicador en la predicción de CAR e IC, ya que al aumentar su valor aumenta la distancia entre la figura real y la figura ideal y, en consecuencia, el descontento con el propio cuerpo. En las personas con sobrepeso u obesidad se presenta mayor probabilidad para el desarrollo de alteraciones en sus hábitos alimentarios y riesgo de TAIA (Jones, 2004).

Por otro lado, la variable edad mostró datos notables y diferenciados según el sexo. En el caso de las mujeres, entre más grandes, mayor VPI y TC. Es importante destacar que la violencia contra la mujer ejercida sobre todo por su pareja constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres (OMS, 2017). Algunos de los factores desencadenantes de la violencia de género, en especial contra las mujeres, son los criterios y valores estético-corporales relativos al cuerpo femenino o masculino (Gracia et al., 2007).

Del mismo modo, tanto en las mujeres como en los hombres se encontró en este estudio que entre más IC haya, menor EC se registra. Estudios

como el de Gitau et al. (2014) han encontrado datos semejantes al afirmar que la evaluación desfavorable del cuerpo y el autoconcepto negativo pueden llevar a las personas a realizar esfuerzos para alcanzar lo que consideran el “cuerpo ideal”; por ejemplo, tener CAR al hacer dietas restrictivas, ejercicio excesivo e incluso recurrir a cirugías invasivas. Hay evidencia de que la estima corporal negativa es un factor de riesgo para padecer TAIA (Vinkers et al., 2012). En el caso de las mujeres, la IC está relacionada con el deseo de ser más delgada y las CAR.

Otro aspecto que arrojó datos relevantes en nuestro estudio es que las CAR en hombres y mujeres se asociaron negativamente con EC y de forma positiva con VPI y TC. Nava-Navarro et al. (2017) afirman que la violencia de pareja incide en la exposición a factores de riesgo y, por lo tanto, en el padecimiento de un alto nivel de vulnerabilidad, además, está asociada a la subordinación, entre otros aspectos, en los que el hombre cree que su esposa/pareja es de su propiedad y tiene derecho y control sobre su cuerpo.

Ahora bien, en cuanto a los modelos estructurales desarrollados, específicamente el modelo para mujeres, de forma moderada (41%) se explica un efecto indirecto de la variable categórica de VPI, mediada por las CAR para predecir insatisfacción corporal, con la presencia del nivel socioeconómico. Respecto al modelo para hombres, arroja un dato similar (40%) de explicación, a partir de la presencia relevante del factor específico de violencia física; asimismo, muestra en dónde el IMC y la VP tienen un efecto indirecto sobre la IC, y son mediados por la realización de CAR.

Los datos antes señalados son semejantes a los encontrados en diferentes estudios entre la población universitaria, que también han mostrado mediante modelos explicativos la existencia de efectos directos e indirectos de la VPI para predecir IC (por ejemplo, Claudat y Warren, 2014; Davidson y Gervais, 2015; Gervais y Davidson, 2013; Vartanian et al., 2016). Particularmente, Harned (2000) evidenció que en el caso de las mujeres –de forma similar a nuestros hallazgos– la violencia sexual es un antecedente para IC, y que los aspectos alimentarios son variables mediadoras para predecir IC.

Por otro lado, en relación con los hallazgos en el modelo para hombres, de manera semejante Wiseman y Moradi (2010) encontraron que la vigilancia y la vergüenza corporal son factores asociados con la VPI, y que éstos son mediadores para predecir sintomatología asociada con TAIA; es interesante observar en nuestros resultados que las CAR fungen como variables mediadoras para predecir IC.

Ahora bien, Gervais y Davidson (2013) señalan la integración de la violencia física y psicológica para explicar la IC; en el modelo para mujeres de nuestra investigación, la violencia psicológica se presentó como un factor relevante; en el caso del modelo para hombres, el factor relevante fue la violencia física.

De manera general, una explicación a estos hallazgos incluye la potencial presencia de la VPI, particularmente de tipo físico y psicológico en la relación de pareja, para padecer IC; por ejemplo, un compañero que hace comentarios despectivos respecto al cuerpo de la mujer, o que inclusive ejerce violencia física contra ella, puede influir para que lleve a cabo CAR vinculadas a la sensación de insatisfacción con su cuerpo. Davidson y Gervais (2015), en un estudio con objetivos similares al nuestro, encontraron que el abuso psicológico incluye decirles a sus parejas que no están a la altura del atractivo de otras mujeres y les señalan que ningún otro hombre las querría. Cuando estos tipos de ataques emocionales son continuos y dirigidos específicamente a los cuerpos y al aspecto físico de las mujeres, pueden dañar de manera profunda y duradera a quien los padece. De acuerdo con nuestros resultados, la naturaleza prolongada y duradera de la VPI que pueden estar viviendo las mujeres –en particular de tipo físico y psicológico–, que incluye ataques verbales e insultos, puede proporcionar una explicación de los resultados observados en los modelos desarrollados en nuestra investigación.

Nuestros hallazgos no explican de manera precisa aspectos asociados con la IC y su asociación con el IMC, en cuanto a partes del cuerpo y sus funciones, particularidades respecto a la violencia social y económica, así como a los aspectos relacionados con las variables sociodemográficas, tales como el nivel socioeconómico.

A manera de conclusión, se puede afirmar que el presente estudio es un antecedente para futuras investigaciones, al integrar VPI en esta población en particular. En el caso de las mujeres, las CAR fungieron como variables mediadoras de los efectos indirectos de violencia sexual y psicológica para predecir IC. Del mismo modo, en el caso de los hombres, los factores de VPI que se contemplaron fueron violencia física y sexual, lo cual concuerda con modelos realizados antes. Una contribución relevante desde una perspectiva teórica es la integración de factores asociados a la VPI, como la violencia física, la violencia psicológica, las TC, que han sido poco estudiadas en su asociación con el nivel socioeconómico, el IMC, y las CAR.

Los resultados de la presente investigación fundamentan la necesidad de continuar estudiando a este tipo de población para el desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud en cuanto a satisfacción con la imagen corporal.

Por otro lado, la presente investigación presentó limitaciones, dentro de las cuales está el haber obtenido el peso y la talla de los participantes a partir del autorreporte de los participantes, lo que de alguna manera implica la posibilidad de que se presenten datos erróneos, al ser el propio participante quien informa de sus medidas antropométricas. También se plantea la necesidad de estudiar otras variables relevantes, tales como la escolaridad, el tiempo en la relación de pareja, si tienen hijos, así como aplicar la batería de instrumentos en parejas hombre-mujer, entre otros aspectos que pudieran fortalecer la predicción de la IC para tener un mayor control de la varianza de error e incrementar la varianza explicada en la IC de los modelos estructurales desarrollados.

REFERENCIAS

- Acosta García, M. V. y Gómez Peresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. American Psychiatric Association.
- Benjet, C., Méndez, E., Borges, G. y Medina-Mora, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud Mental*, 35(6), 483-490.
- Berengüí, R., Castejón, M. A. y Torregrosa, M. S. (2016). Insatisfacción corporal, conductas de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria en universitarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8.
- Borinca, I. (2016). The social exclusion and sexual objectification among males, ages 18-30 years old in Kosovo. *European Scientific Journal*, 12(5), 140-157.
- Buchanan, N. T., Bluestein, B. M., Nappa, A. C., Woods, K. C. y Depatie, M. M. (2013). Exploring gender differences in body image, eating pathology, and sexual harassment. *Body Image*, 10(3), 352-360.
- Bundock, L., Howard, L. M., Trevillion, K., Malcolm, E. y Feder, G. (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9), 1134-1142.
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (Eds.) (2002). *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press.
- Cienfuegos, Y. I. (2016). Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja: perpetrador/a y receptor/a. *Psicología Iberoamericana*, 22(1), 62-71.
- Claudat, K. y Warren, C. S. (2014). Self-objectification, body self-consciousness during sexual activities, and sexual satisfaction in college women. *Body Image*, 11(4), 509-515.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairbum, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Davidson, M. M. y Gervais, S. J. (2015). Violence against women through the lens of objectification theory. *Violence Against Women*, 21(3), 330-354. DOI: 10.1177/1077801214568031.
- Devlin, M. J. y Zhu, A. J. (2001). Body image in the balance. *Journal of the American Medicinal Association*, 286(17), 2159-2161.
- Escoto Ponce de León, M. C., Bosques-Brugada, L. E., Cervantes-Luna, B. S., Camacho Ruiz, E. J., Díaz Rangel, I. y Rodríguez Hernández, G. (2016).

- Adaptation and psychometric properties of Body Esteem Scale in Mexican women and men. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(2), 97-104.
- Franz, M. R., DiLillo, D. y Gervais, S. J. (2016). Sexual objectification and sexual assault: Do self-objectification and sexual assertiveness account for the link? *Psychology of Violence*, 6(2), 262-270. DOI: 10.1037/vio0000015.
- Franzoi, S. L. y Shields, S. A. (1984). The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 48(2), 7-20.
- Gayou-Esteva, U. y Ribeiro-Toral, R. (2014). Identificación de casos de riesgo de trastornos alimentarios entre estudiantes de Querétaro. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 5(2), 115-123.
- Genis-Mendoza, A. D., Tovilla-Zarate, C. A. y Nicolini, H. (2013). Avances en genómica de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(4), 350-355.
- Gervais, S. J. y Davidson, M. M. (2013). Objectification among college women in the context of intimate partner violence. *Violence and Victims*, 28(1), 36-49.
- Gitau, T. M., Micklesfield, L. K., Pettifor, J. M. y Norris, S. A. (2014). Changes in eating attitudes, body esteem and weight control behaviours during adolescence in a South African cohort. *Plos One*, 9(10), 1-10.
- Gracia, M. de, Marcó, M. y Trujano, P. (2007). Factores asociados a la imagen corporal y conducta alimentaria en preadolescentes. *Infocop Online*. Recuperado de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1660.
- Harned, M. S. (2000). An examination of the relationships among women's experiences of sexual Harassment, Body Image and Eating Disturbances. *Psychology of Women Quarterly*, 24, 336-348.
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Development Psychology*, 40, 823-835.
- Jorquera Rodero, M., Baños Rivera, R. M., Perpiñá Tordera, C. y Botella Arbona, C. (2005). La Escala de Estima Corporal (BES): validación en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(3), 173-192.
- Levine, P. (2012). Loneliness and eating disorders. *The Journal of Psychology*, 146, 245-257.
- Lewis-Smith, H., Diedrichs, P. C., Rumsey, N. y Harcourt, D. (2015). A systematic review of interventions on body image and disordered eating outcomes

- among women in midlife. *International Journal of Eating Disorders*, 49(1), 5-18. DOI: 10.1002/eat.22480.
- Mora Ríos, J., Natera Rey, G., Tiburcio Sáinz, M. y Juárez, F. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS2) en mujeres mexicanas. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(1), 107-117.
- Nava-Navarro, V., Onofre-Rodríguez, D. y Báez-Hernández, F. (2017). Autoestima, violencia de pareja y conducta sexual en mujeres indígenas. *Enfermería Universitaria*, 14(3). DOI: 10.1016/j.reu.2017.05.002.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Recuperado de https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-wome>.
- Osuna-Ramírez, I., Hernández-Prado, B., Campuzano, J. C. y Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte. *Salud Pública*, 48(2), 94-103.
- Pearl, R. L., White, M. A. y Grilo, C. M. (2014). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*, 22(5), 142-148. DOI: 10.1002/oby.20617.
- Romito, P., Cedolin, C. y Bastiani, F. (2016). Disordered eating behaviors and sexual harassment in italian male and female university students. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(1), 1-15.
- Rutzstein, G., Murawski, B., Elizathe, L. y Scappatura, L. (2010). Trastornos alimentarios: detección en adolescentes mujeres y varones de Buenos Aires. Un estudio de doble fase. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios/Mexican Journal of Eating Disorders*, 1(1), 48-61.
- Slade, P. D. (1994). What is body image? *Behaviour Research and Therapy*, 32(5), 497-502. DOI: 10.1016/0005-7967(94)90136-8.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.
- Strauss, M. A. y Hamby, S. L. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Triana, S. (2017). *Eres mía y no serás de nadie más* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia].

- Unikel-Santoncini, C., Díaz de León Vázquez, C. y Rivera Márquez, J. (2016). Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 141-148. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2016.012.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, L. y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Valdés Moncada, M., Valencia Posos, L. F. y Sánchez Parra, Y. A. (2018). *Imagen corporal en la mujer víctima de violencia psicológica de género en las relaciones de pareja: un estudio de caso*. Universidad Católica de Pereira. Recuperado de <http://repositorio.ucp.edu.co/bitstream/10785/5235/1/DDMPSI170.pdf>.
- Valverde, P., Rivera, F. y Moreno, C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e índice de masa corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22(1), 77-83.
- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M. y López-Miñarro, P. A. (2013). Body image: Literature review. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 27-35. DOI: 10.3305/nh.2013.28.1.6016.
- Vartanian, L. R., Foreich, F. V. y Smyth, J. M. (2016). A serial mediation model testing early adversity, self-concept clarity, and thin-ideal internalization as predictors of body dissatisfaction. *Body Image*, 19, 98-103. DOI: 10.1016/j.bodyim.2016.08.013.
- Vázquez Arévalo, R., Galán, J., López Aguilar, X., Álvarez Rayón, G. L., Mancilla Díaz, J. M., Caballero Romo, A. y Unikel-Santoncini, C. (2011). Validity of Body Shape Questionnaire. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 2(1), 42-52.
- Vázquez Arévalo, R., López Aguilar, X., Téllez-Girón, M. T. y Mancilla-Díaz, J. M. (2015). Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(1), 108-120.
- Vinkers, C. D., Evers, C., Adriaanse, M. A. y de Ridder, D. T. (2012). Body esteem and eating disorder symptomatology: The mediating role of appearance-motivated exercise in a non-clinical adult female sample. *Eating Behaviors*, 13(3), 214-218.
- Wiseman, M. C. y Moradi, B. (2010). Body image and eating disorder symptoms in sexual minority men: A test and extension of objectification theory. *Journal Counseling Psychology*, 57(2), 154-166.

IMAGEN CORPORAL, CALIDAD DE SUEÑO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL. ¿LA CALIDAD DE SUEÑO INFLUYE EN LA SATISFACCIÓN CORPORAL?

Gisela Pineda García^{1*}

Estefanía Ochoa Ruiz^{*}

Gilda Gómez-Peresmitré^{**}

Silvia Platas Acevedo^{**}

Lizzett López Yee^{*}

La imagen corporal (IC) ha sido ampliamente investigada. En particular, la insatisfacción corporal ha sido tradicionalmente asociada al género y a la composición corporal (Petti y Cowell, 2011). Por otro lado, la calidad de sueño está relacionada con indicadores antropométricos (Carvalho et al., 2019) y de calidad de vida. Sin embargo, la relación entre calidad de sueño e insatisfacción con la imagen corporal no ha sido investigada.

La sociedad actual se caracteriza por una sobreexposición a los medios de comunicación masivos y a las redes sociales, situación que contribuye a que se glorifique la belleza, la juventud y la salud. Por este motivo la apariencia física es una de las mayores preocupaciones, lo que lleva a un incremento en el gasto económico que las personas emplean cada año para mejorar el aspecto físico. Lo anterior tiene como resultado que la industria de la belleza sea uno de los negocios más lucrativos. Sin embargo, la preocupación excesiva por el cuerpo y la apariencia física puede tener consecuencias en la salud física y mental. Las mujeres son las mayores consumidoras de productos de belleza, por ello son el principal objetivo de las campañas de

¹ Contacto: gispineda@uabc.edu.mx.

^{*} Universidad Autónoma de Baja California.

^{**} Universidad Nacional Autónoma de México.

publicidad. Hoy en día la delgadez es un sinónimo de belleza; cabe destacar que existe mayor presión social en relación con la belleza, dirigida a las mujeres que a los hombres (Raich, 1994). La imagen corporal está ampliamente relacionada con la autoestima y con el riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria; por lo tanto, es importante conocer cuáles son sus determinantes. En esta investigación analizaremos cómo la imagen corporal se encuentra asociada con el índice de masa corporal (IMC). Además, estudiaremos la relación entre la calidad de sueño y la satisfacción corporal.

Conceptualización de la imagen corporal

Hay varias definiciones de la imagen corporal, la más clásica la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente (Williamson et al., 1990). Sin embargo, el concepto de la imagen corporal puede ser abordado desde varias disciplinas: filosófica, social, educación física y psicológica. La imagen corporal ha sido un tema de interés desde eras prehistóricas, aunque su estudio tomó fuerza a partir de que se reveló su relación con los trastornos de la conducta alimentaria. Razón por la cual la investigación básica y aplicada sobre la imagen corporal se amplía de manera constante, lo cual se constata en el elevado número de citas que abordan el tema (Castro-Lemus, 2016).

El principio del autoconcepto implica percepción y está compuesto por diferentes áreas: la social, la académica/laboral, la familiar, la corporal y la global (Raich, 1994). El autoconcepto físico es una representación mental que se elabora al integrar la experiencia corporal y los sentimientos y emociones que ésta produce. Esa representación mental es multidimensional y jerárquica y está conformada por dos grandes subdominios o áreas que son la apariencia y la habilidad física (Esteve et al., 2005).

Perceptivamente, la imagen corporal implica imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal, y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/

insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (Cash, 2004).

La identidad corporal y social forman parte del ser humano desde épocas prehistóricas. La literatura indica que en el periodo prehistórico los ideales de belleza estaban más influidos por causas primarias-básicas que por un hipotético sentido del cuerpo humano. La mayoría de las representaciones, dibujos, grabados, estatuillas, etcétera, de la figura humana de esa época tendrían que interpretarse en general como muestras alegóricas de unas características morfológicas y sexuales que tendían a resaltar aspectos o funciones vitales de la vida cotidiana. Un claro ejemplo de canon de belleza funcional sería la Venus de Willendorf, cuya belleza residía, y estaba resaltada, en su potencial capacidad de fecundación y alimentación del recién nacido. En las antiguas civilizaciones, estos ideales de belleza se llamarían cánones de proporcionalidad y tendría un significado determinado acorde con la cultura. Los cánones hindúes y europeos acentuarían el estado de salud; en el antiguo Egipto o Grecia, en cambio, destacarían el estatus social y la cultural (García, 2011). Más adelante, la espiritualidad copó los intereses de los transmisores de cultura y, a través de la religión, concretamente del cristianismo, se difundieron ideales de belleza que pretendían el sometimiento del cuerpo sobre el alma. Así aparecen los primeros casos de anorexia, identificados como “Anorexia santa” (Heredia y Espejo, 2009). Pero el verdadero impacto que supone la imagen corporal en la sociedad actual comienza con la revolución tecnológica. Podemos decir que en la antigüedad la transmisión de los ideales corporales se producía a través de la escritura, la escultura o la pintura, y éstos tenían su alcance de acuerdo con la ubicación de las obras. Uno de los hitos más importantes en cuanto a modelos corporales a imitar se produjo con el invento de la fotografía y con el desarrollo de la industria cinematográfica; con dicha revolución tecnológica nace el *star system* y los *pin-up*, modelos de estrella cinematográfica que se creaban como reclamo publicitario de películas. Los y las modelos llegaban a ser considerados ídolos, iconos y objeto del deseo, personas a imitar por el resto de la población. Estas figuras se originan en Estados Unidos, tras la Segunda Gue-

rra Mundial. En esa época se reconoce un momento particular, debido a que los ideales reflejaban que lo grande era bello; por lo tanto, podríamos decir que el ideal de belleza que favorecían no supuso graves alteraciones a la hora de imitarlo. En la actualidad, debido a la revolución tecnológica y a los cánones de belleza establecidos, estos modelos de referencia están cambiando peligrosamente los pensamientos y actitudes de gran parte de la población, sobre todo de los y las adolescentes (Martín, 2002; Galiano et al., 2003).

Alteraciones de la imagen corporal

El desagrado por el peso y la forma corporal es bastante común hoy en día. Las respuestas obtenidas de una muestra de estudiantes, en orden de agrado/desagrado sobre diferentes partes del cuerpo arrojaron diferencias entre hombres y mujeres significativas, con un nivel muy superior de insatisfacción por parte de las mujeres. Las partes del cuerpo para las chicas, fueron las siguientes: cabello, cara, hombros/brazos, pecho, cintura/estómago, altura, peso, tono muscular, muslos/piernas, caderas, nalgas. Para los chicos fueron las siguientes: tono muscular, muslos/piernas, pecho, hombros/brazos, cara, cabello, altura, caderas, nalgas, peso, cintura/estómago (Raich et al., 1996).

Los problemas con la imagen corporal tienen que ver con gran cantidad de alteraciones o disgustos que se producen concomitantemente de una manera regular. Por ejemplo, se ha generalizado que una pobre imagen corporal se asocia con baja autoestima, es decir, sentirse poco adecuado como persona, no autovalorarse. Los estudios confirman que como mínimo un tercio de la propia autoestima está basada en la concepción que se tiene, positiva o negativa, de la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza, trabajo o incluso inteligencia, aparte del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo (Raich, 2004).

Peso corporal e imagen corporal

Como se mencionó, la imagen corporal es la forma en la que las personas perciben su cuerpo, así como las actitudes, sentimientos, pensamientos y comportamientos relacionados a su cuerpo (Cash, 2004). Por este motivo, es importante conocer cómo el peso corporal afecta a la autoimagen. Diversas investigaciones han asociado a la obesidad con la insatisfacción corporal, tanto en adolescentes como en adultos (Reel et al., 2015). En un estudio realizado por Paans et al. (2018) con 1 442 individuos entre los 18 y 65 años de edad se observó una asociación significativa entre el IMC y mayor insatisfacción corporal.

En la población mexicana también se han encontrado asociaciones entre el peso corporal y la imagen corporal, tanto en adolescentes como en adultos; las personas más satisfechas con su imagen son aquellas con un peso adecuado a su estatura (Pineda-García et al., 2017; Guzmán-Saldaña et al., 2017).

La insatisfacción corporal puede tener un impacto negativo en la salud, como los trastornos de la conducta alimentaria, los comportamientos obsesivos como el exceso de ejercicio y frecuentes autorrevisiones en el espejo u otros medios, situaciones que podrían impedir que las personas afectadas lleven a cabo una vida funcional (Stefano et al., 2016).

Determinantes psicológicos, emocionales y de estilo de vida sobre la insatisfacción de la imagen corporal

Además del peso corporal, la imagen corporal puede estar afectada por otros aspectos. En un estudio realizado a 385 hombres y mujeres adolescentes, entre los 14 y los 18 años de edad, se encontró que tanto el maltrato emocional durante la infancia y el uso excesivo de redes sociales están asociados con mayores índices de insatisfacción corporal; sin embargo, esta asociación sólo se detectó en el caso de las mujeres (Kircarburun et al., 2019).

La imagen corporal está relacionada con la búsqueda de la identidad, especialmente en la adolescencia, ya que en esta etapa se dan los cambios fisiológicos propios del desarrollo de las características sexuales secunda-

rias, que a su vez están sujetas a las exigencias culturales de la propia comunidad y del grupo al que pertenecen. De hecho, se ha observado que la identidad de género está vinculada a la imagen corporal; en el caso de las mujeres, la feminidad se asocia con la delgadez. Así pues, los roles de género y las expectativas socioculturales parecen fuertemente implicadas en el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, debido al énfasis permanente en el atractivo físico y la delgadez, factores que inciden de forma especial en el desarrollo de la imagen corporal de la mujer, comprometiendo el acceso a su identidad adulta (Limiñana, 2013).

El malestar emocional se asoció con una mayor insatisfacción de la imagen corporal, mayores deseos de perder peso y creencias negativas de sí mismas. De igual forma, se observaron diferencias entre las mujeres con peso promedio y las mujeres con sobrepeso. En las participantes con peso promedio se observó que el deseo de ser más delgadas se asocia con síntomas somáticos, mientras que en las mujeres con sobrepeso, la ansiedad y el insomnio se asociaron con el deseo de bajar de peso (Cruz-Sáez et al., 2015).

Estudios más recientes han encontrado asociaciones entre la insatisfacción corporal y aspectos de comportamiento alimentario y de la calidad de vida; por ejemplo, comer demasiado o alimentarse sin horarios fijos y con prisas, saltarse el desayuno, tener una vida sedentaria, dormir tarde (Mori et al., 2009). Esta última observación es de particular interés, ya que en un estudio realizado a 738 mujeres se encontró que la calidad del sueño está inversamente asociada con la insatisfacción corporal (Becker et al., 2017). Además de este estudio, no existen otros reportes que hayan analizado esa relación.

Debido a que los problemas de sueño son muy comunes en la población mexicana, especialmente en los estudiantes universitarios, es necesario profundizar la investigación para corroborar las observaciones hechas por los autores previamente mencionados. Por lo tanto, el objetivo principal de la presente investigación fue conocer el efecto que tienen el IMC, la alteración de la Imagen Corporal (IC) y la calidad de sueño sobre la insatisfacción con la IC en estudiantes universitarios de Tijuana, Baja California.

MÉTODO

Diseño

Se trabajó con un diseño no experimental, transversal, correlacional-causal.

Participantes

La muestra se conformó por una $N=502$ de estudiantes seleccionados de manera no aleatoria, de una universidad pública de Tijuana, Baja California. La muestra se subdividió en $n_1=300$ hombres (60%) y $n_2=202$ mujeres (40%). La media de edad para la muestra total fue de 19.76 ($DE=1.4$), en el caso de los hombres este valor se ubicó en $M=19.87$ ($DE=3.4$); en el caso de las mujeres, $M=19.61$ ($DE=3.3$). Se encuestó a estudiantes de las siguientes carreras: comunicación, deportes, derecho, ingeniería, medicina, nutrición, psicología y química.

Instrumentos

Satisfacción/Insatisfacción

El nivel de insatisfacción o satisfacción con la imagen corporal se midió a partir de la diferencia entre el valor otorgado a la figura percibida menos el valor de la figura ideal. La diferencia igual a cero indica satisfacción, la diferencia positiva representa insatisfacción porque se desea ser más delgado(a), la diferencia negativa indica también insatisfacción y el deseo de ser más corpulento. Entre más grande es la diferencia, mayor es el grado de insatisfacción.

La figura percibida e ideal se mide con un grupo de siluetas que cubren un continuo de peso, a partir de una figura desnutrida o emaciada hasta una con obesidad, pasando por una silueta de peso promedio. A los participantes se les presentó el conjunto de siluetas en dos momentos diferentes, anteponiendo las siguientes indicaciones: 1) "Observa las siguientes siluetas y elige la que se parece más a tu cuerpo"; 2) "Observa las siguientes siluetas y elige la que más te gustaría tener".

IMC

El Índice de Masa Corporal se mide dividiendo el peso entre la estatura elevada al cuadrado (peso/estatura²). Valores inferiores a 17 indican peso muy bajo; de 17.00 a 18.5, peso bajo; de 18.51 a 24.99, peso promedio; de 25.00 a 29.99, sobrepeso; mientras que valores superiores a 30 señalan obesidad (Organización Mundial de la Salud [OMS], s. f.).

Alteración de la imagen corporal

El nivel de alteración/no alteración se mide a partir de la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el IMC. La autopercepción se mide de acuerdo con la respuesta: “Creo que estoy: 5) muy gordo, 4) gordo, 3) ni gordo ni delgado, 2) delgado y 1) muy delgado”. Los valores otorgados al IMC van de 1, que equivale a delgadez extrema, a 5, que corresponde a obesidad. La diferencia igual a cero identifica no alteración; una diferencia negativa indica subestimación del cuerpo (la persona se percibe más delgada de lo que en realidad está); una diferencia positiva significa sobrestimación (percepción de un cuerpo más robusto). Entre más grande es la diferencia, mayor es el grado de alteración.

Calidad de sueño (escala de Pittsburgh)

La escala fue desarrollada por Buysse y colaboradores, y validada en 1989 en Estados Unidos. Se trata de un cuestionario que mide la calidad del sueño y sus alteraciones durante el mes previo al estudio. Cuenta con 19 preguntas de autoevaluación, las cuales se organizan en siete componentes, como la calidad subjetiva de sueño, latencia, duración, eficiencia, perturbaciones del sueño, uso de medicación para dormir, disfunción diurna. La suma de las puntuaciones de estos componentes arroja un total que varía entre 0 y 21 puntos; la puntuación menor de 5 indica “sin problemas de sueño”; entre 5 y 7, “merece atención médica”; entre 8 y 14, “merece atención y tratamiento médico”, y cuando la puntuación es de 15 o más, “se trata de un problema de sueño grave”.

Procedimiento

La aplicación de la escala en las aulas fue colectiva, mientras que la obtención de los indicadores antropométricos, también en las aulas, fue individual. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes, y se siguieron los lineamientos para estudios no intrusivos (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). Como estadístico principal, se aplicó regresión lineal múltiple, teniendo como variable dependiente la insatisfacción y como independientes la alteración de la IC, la calidad del sueño, IMC y CC. Se corrieron tres análisis de regresión.

Análisis de datos

Para conocer el efecto de indicadores antropométricos, la alteración de la imagen corporal y la calidad de sueño sobre la insatisfacción con la imagen corporal se llevó a cabo el Análisis de Regresión Lineal Múltiple, a través del SPSS, versión 21 para Windows. Se obtuvieron tres soluciones distintas: 1) la muestra total, 2) la muestra de mujeres y 3) la muestra de hombres.

RESULTADOS

Descripción de variables de estudio por sexo

Se obtuvieron tablas cruzadas y χ^2 para realizar comparaciones de porcentajes de las variables de estudio por sexo. Los principales resultados se encuentran en las tablas que aparecen subsecuentemente. En la Tabla 1, puede observarse que la insatisfacción con la imagen corporal difiere por sexo, ya que el porcentaje más alto de las mujeres (61%) manifiesta el deseo de ser más delgada, mientras que el porcentaje más alto entre los hombres se ubicó en el deseo de ser más grueso (42%), seguido por el deseo de una silueta delgada (39%); las diferencias resultaron estadísticamente significativas ($\chi^2(10)=41.632, p=.000$).

TABLA 1
Distribución porcentual de la variable insatisfacción por sexo

	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Insatisfacción. Deseo de ser más grueso/a	42.5%	20.0%	33.4%
Satisfacción	18.4%	18.5%	18.4%
Insatisfacción. Deseo de ser más delgado/a	39.1%	61.5%	48.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla de creación original.

Ahora bien, en la Tabla 2 pueden observarse los porcentajes de IMC por sexo, con valores similares en la categoría de peso normal (50% en ambos grupos), dando como resultado el valor representativo en ambos; la segunda categoría más frecuente fue sobrepeso (27% hombres, 26% mujeres). La distribución no resultó significativa ($\chi^2(4)=2.9$, $p=.573$).

TABLA 2
IMC por sexo

IMC	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Peso muy bajo	1.7%	1.0%	1.4%
Peso bajo	2.7%	5.4%	3.8%
Peso promedio	50.3%	49.8%	50.1%
Sobrepeso	27.3%	26.1%	26.8%
Obesidad	18.0%	17.7%	17.9%
Total	100%	100%	100%

Nota: Tabla de creación original.

En referencia a la alteración de la imagen corporal (Tabla 3), llama la atención que sólo 31% de la muestra total no la presentó; cifras altas se encontraron en los grados de subestimación corporal, siendo superiores en los niveles dos y tres entre los hombres (25% y 1.3%, respectivamente), en comparación

con las mujeres (15% y cero por ciento, respectivamente). Las diferencias entre hombres y mujeres fueron significativas ($\chi^2(6)=20.25$, $p=.002$).

TABLA 3
Alteración de la imagen corporal por sexo

<i>Alteración</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	
Subestimación g4	0.0%	0.5%	0.2%
Subestimación g3	1.7%	0.0%	1.0%
Subestimación g2	25.3%	15.4%	21.4%
Subestimación g1	33.0%	49.8%	39.7%
Sin alteración	33.0%	27.4%	30.7%
Sobrestimación g1	5.7%	6.0%	5.8%
Sobrestimación g2	1.3%	1.0%	1.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla de creación original.

En la Tabla 4 se registran los porcentajes de la calidad de sueño, según el sexo; se puede observar que la mayoría de los estudiantes de la muestra se ubicó en la categoría de “buena calidad” (76%); sin embargo, 32% de las mujeres y 19% de los hombres se ubicó en “mala calidad” de sueño, las diferencias fueron significativas por sexo ($\chi^2(1)=10.15$, $p=.001$).

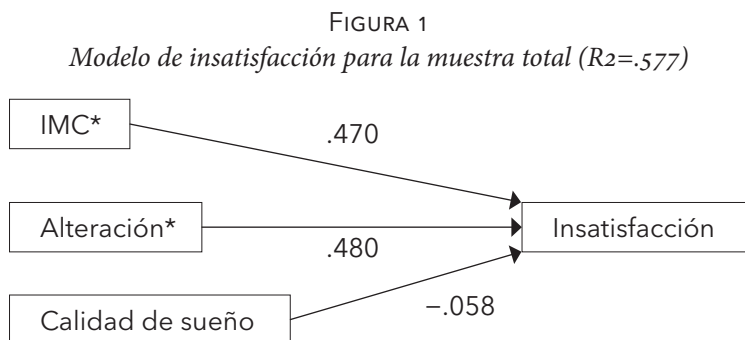
TABLA 4
Calidad del sueño por sexo

<i>Calidad de sueño</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Hombre</i>	<i>Mujer</i>	
Buena calidad	80.7%	68.0%	75.7%
Mala calidad	19.3%	32.0%	24.3%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Nota: Tabla de creación original.

Modelo muestra total

El análisis de regresión indicó una solución estadísticamente significativa ($F(4,326)=112, p=.000$) para explicar el grado de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en la muestra total. Los coeficientes beta estandarizados indican que el grado de insatisfacción se incrementa .470 y .480 por cada unidad que aumentan el IMC y el grado de alteración, respectivamente; mientras que disminuye .058 por cada unidad de aumento en la calidad de sueño; las dos primeras variables resultaron estadísticamente significativas, la tercera no (véase Figura 1). Este modelo fue explicado por 58% de la varianza.

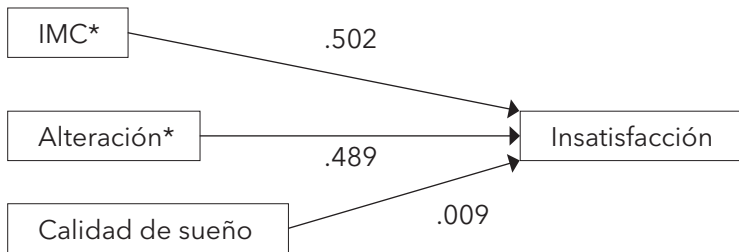


Los valores sobre cada flecha representan los coeficientes Beta estandarizados. *Variables estadísticamente significativa en el valor de 0.05. Nota: Figura de creación original.

Modelo para hombres

En la Figura 2 se observa una solución que es estadísticamente significativa ($F(4, 205)=80.3, p=.000$) para explicar el grado de satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en los hombres de la muestra. Los coeficientes beta estandarizados indican que la insatisfacción se incrementa .502 y .489, por cada unidad de aumento en el IMC y la alteración de la imagen corporal, respectivamente, y disminuye .009 por aumento en la calidad de sueño (resultando esta última un predictor no significativo). El modelo presenta 61% de varianza explicada ($R^2=.608$).

FIGURA 2.
Modelo de insatisfacción para la muestra de hombres (R²=.608)

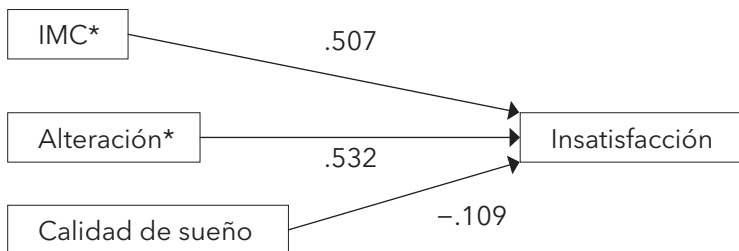


Los valores sobre cada flecha representan los coeficientes Beta estandarizados. *Variables estadísticamente significativas en el valor de 0.05. Nota: Figura de creación original.

Modelo para mujeres

El modelo de insatisfacción para mujeres también fue estadísticamente significativo ($F(4, 120) = 46.8, p = .000$). Los coeficientes beta estandarizados en la Figura 3 indican que el grado de insatisfacción con la IC se aumenta .507 y .532, por cada unidad incrementada del IMC y alteración de la IC, respectivamente; mientras que disminuye .109 por cada aumentada en la calidad de sueño. Las tres variables predictoras resultaron estadísticamente significativas para explicar el grado de insatisfacción. Se encontró una solución que explica 60% de la varianza.

FIGURA 3.
Modelo de insatisfacción para la muestra de mujeres (R²=.609)



Los valores sobre cada flecha representan los coeficientes Beta estandarizados. *Variables estadísticamente significativas en el valor de 0.05. Nota: Figura de creación original.

DISCUSIÓN

La imagen corporal es un factor difícil de predecir o explicar, ya que en la construcción de la misma intervienen factores psicosociales (Cash, 2004). La insatisfacción con la IC es un elemento importante para explicar o predecir, pues representa un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios (TCA) (Stice, 2001). La presente investigación identificó algunos factores que influyen en la insatisfacción corporal, que pueden considerarse en programas de intervención y prevención de TCA.

La mayoría de los resultados son congruentes con la investigación previa y otros son novedosos, como la influencia de la calidad del sueño en la satisfacción corporal (relación inversa que indica que una mala calidad del sueño incrementa la insatisfacción) en la muestra de mujeres. En relación con los primeros, se encontró una vez más que las mujeres del estudio presentaron cifras altas de insatisfacción por el deseo de ser más delgadas (Petti y Cowell, 2011); este deseo por la delgadez es identificado en la literatura a finales de 1960 y todavía está vigente. Entre los chicos, el deseo de una silueta musculada prevalece y se intensifica con el surgimiento de la vigorexia (García y Yáñez, 2018).

En relación con la alteración de la imagen corporal, llaman la atención los valores elevados de subestimación corporal que se encontraron entre los participantes de la muestra, especialmente entre los hombres con grados superiores de alteración en comparación con las mujeres; los cuales coinciden con los hallazgos reportados en investigaciones previas con muestras aleatorias de adolescentes de Baja California (Pineda-García et al., 2017). Dichos resultados son relevantes para el riesgo de enfermedad, ya que si bien la sobreestimación está asociada a la presencia de trastornos alimentarios, la subvaloración corporal se relaciona con el riesgo de obesidad (Park, 2011). En relación con las cifras de sobrepeso y obesidad, se encontró un valor combinado de 45% en hombres y 44% en mujeres, por debajo de las reportadas en la ENSANUT (Secretaría de Salud, 2016).

Son escasos los estudios en los que se evalúa la relación entre la calidad del sueño y las alteraciones de la imagen corporal; hasta donde se conoce, sólo Becker et al. (2017) han observado esta relación. Existen algunas investigaciones que han estudiado la satisfacción corporal, la calidad y las horas de sueño, pero se enfocan en aspectos cutáneos y no en el peso corporal y la silueta (Gupta et al., 2014). Este resultado es de particular interés ya que tanto las alteraciones de la imagen corporal como los problemas de sueño son muy comunes en México, especialmente en la población joven y aún más en los estudiantes universitarios (Humaní, 2013; Carrillo-Ibarra et al., 2010). Vale la pena destacar que las alteraciones de sueño y la mala calidad de sueño se han asociado con depresión, irritabilidad, cansancio, fatiga mental, estrés y trastornos de la conducta alimentaria, en especial con el síndrome de comedor nocturno y trastorno por atracón, las cuales a su vez están ligadas a la insatisfacción corporal (Kircaburun et al., 2019). Dichas consecuencias psicológicas debidas a una mala calidad de sueño están relacionadas con la insatisfacción corporal, probablemente el estrés, la irritabilidad y la depresión sean generadores de esa falta de satisfacción (la relación entre estas dos últimas variables ya ha sido estudiada y evidenciada en Pineda et al., 2006); sin embargo, dadas las características del estudio, no es posible conocer cuál es la relación causa-efecto entre estas dos variables, por lo tanto, resulta necesario continuar con esta línea de investigación que incluye estudios experimentales.

Cabe destacar que la asociación entre la calidad de sueño y las alteraciones en la imagen corporal sólo se encontraron de manera significativa en las mujeres, en este sentido, los niveles de insatisfacción corporal y de la mala calidad de sueño constante resultaron más altos en el caso de las mujeres. Lo anterior coincide con la literatura previa, en la que se ha visto que las mujeres tienen problemas de sueño con más frecuencia, en comparación con los hombres (Hinz et al., 2017).

La relación entre calidad de sueño, imagen corporal, alimentación y calidad de vida es una línea de investigación incipiente que requiere la aportación de más evidencia empírica. Mientras tanto, los hallazgos del presente estudio aportan los siguientes resultados, a manera de conclusión:

- Existen altas cifras de insatisfacción y alteración de la imagen corporal en muestras de estudiantes universitarios de Tijuana.
- Entre las mujeres, la calidad del sueño está asociada con la satisfacción corporal.
- El IMC y los grados de alteración elevados incrementan la insatisfacción con el cuerpo.

REFERENCIAS

- Becker, C. B., Perez, M., Kilpela, L. S., Diedrichs, P. C., Trujillo, E. y Stice, E. (2017). Engaging stakeholder communities as body image intervention partners: The Body Project as a case example. *Eating Behaviors*, 25, 62-67.
- Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. y Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Carrillo Ibarra, J., Valdez Talavera, L. A., Vázquez Urbano, H., Jiménez Jorge, F., De la Peña Sifuentes, A. y Martínez Coronado, J. (2010). Depresión, ideación suicida e insomnio en universitarios de Saltillo, problemas relevantes de salud pública. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 11, 30-32.
- Carvalho, A. S. C. D., Fernandes, A., Belen Gallego, A., Vaz, J. A. y Sierra Vega, M. (2019). La relación de los deportes con la calidad del sueño y las medidas antropométricas en las escuelas secundarias. *Journal of Sport and Health Research*, 91-106.
- Castro-Lemus, N. (2016). Reconceptualización del constructo de imagen corporal desde una perspectiva multidisciplinar. *Arbor*, 192(781), 1-13.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present, and future. *Body Image*, 1, 1-5.
- Cruz-Sáez, S., Pascual, A., Salaberria, K. y Echeburúa, E. (2015). Normal-weight and overweight female adolescents with and without extreme weight-control behaviours: Emotional distress and body image concerns. *Journal of Health Psychology*, 20(6), 730-740.
- Esteve Rodrigo, J. V., Musitu Ochoa, G. y Lila Murillo, M. (2005). Autoconcepto físico y motivación deportiva en chicos y chicas adolescentes. La influencia de la familia y de los iguales. *Escritos de Psicología*, 7, 82-90.
- Galiano, D., Porta, J. y Tejedo, A. (2003). *Forma, cuerpo y función*. Consejería de Turismo y Deporte. Junta de Andalucía.

- García Alonso, A. (2011). *Vigorexia. La prisión corporal*. Pirámide.
- García, G. y Yáñez, J. G. (2018). Relación entre trastornos de la ingesta alimentaria y dismorfia muscular en varones que entrenan en gimnasios de Lima. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. DOI: 10.19083/tesis/624980.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K. y Knapp, K. (2014). Dissatisfaction with cutaneous body image is directly correlated with insomnia severity: A prospective study in a non-clinical sample. *Journal of Dermatological Treatment*, 26(2), 193-197. DOI:10.3109/09546634.2014.883060.
- Guzmán-Saldaña, R., Saucedo-Molina, T., García-Meraz, M., Galván-García, M. y Castillo-Arreola, A. (2017). Imagen corporal e índice de masa corporal en mujeres indígenas del estado de Hidalgo, México. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(1), 56-62.
- Heredia, N. y Espejo, G. (2009). Historia de la belleza. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 37(1), 31-46.
- Hinz, A., Glaesmer, H., Brähler, E., Löffler, M., Engel, C., Enzenbach, U., Hegerl, C. y Sander, C. (2017). Sleep quality in the general population: psychometric properties of the Pittsburgh Sleep Quality Index, derived from a German community sample of 9 284 people. *Sleep Medicine*, 30, 57-63. DOI: 10.1016/j.sleep.2016.03.008.
- Huamaní, C. (2013) Calidad del sueño en estudiantes de medicina de dos universidades peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68, 376-382.
- Kircaburun, K., Griffiths, M. D. y Billieux, J. (2019). Childhood emotional maltreatment and problematic social media use among adolescents: The mediating role of body image dissatisfaction. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 1536-1547. DOI: 10.1007/s11469-019-0054-6.
- Limiñana Gras, R. M. (2013). Imagen corporal, identidad de género y alimentación. *Dossiers Feministes*, 17, 99-104.
- Martín Serrano, M. (2002). Las transiciones juveniles y las contradicciones de la socialización. Ponencia presentada en la Conferencia Europea sobre Jóvenes y Políticas de Transición en Europa. Madrid, junio.
- Mintem, G. C., Gigante, D. P. y Horta, B. L. (2015). Change in body weight and body image in young adults: a longitudinal study. *BMC Public Health*, 15(1), 1-7.

- Mori, K., Sekine, M., Yamagami, T. y Kagamimori, S. (2009). Relationship between body image and lifestyle factors in Japanese adolescent girls. *Pediatrics International*, 51(4), 507-513. DOI: 10.1111/j.1442-200x.2008.02771.x.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (s. f). 10 datos sobre la obesidad. Recuperado de <https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>.
- Paans, N. P. G., Bot, M., Brouwer, I. A., Visser, M. y Penninx, B. W. (2018). Contributions of depression and body mass index to body image. *Journal of Psychiatric Research*, 103, 18-25. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2018.05.003.
- Park, E. (2011). Overestimation and underestimation: Adolescents' weight perception in comparison to BMI-based weight status and how it varies across sociodemographic factors. *The Journal of School Health*, 81(2), 57-64.
- Petti, Y. y Cowell, J. (2011). An assessment of measures of body image, body attitude, acculturation, and weight status among Mexican-American women. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 23, 84-91.
- Pineda, G., Gómez-Peresmitré, G., Oviedo, L. y Platas, S. (2006). Depresión y conducta alimentaria de riesgo en universitarios con problemas de imagen corporal. En R. Sánchez, R. Díaz-Loving y S. Rivera, *La Psicología Social en México*, XI. AMEPSO.
- Pineda-García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas Acevedo, S. y Velasco Ariza, V. (2017). The body: Perceived physical attractiveness, dissatisfaction, and body image alteration in adolescents of the northwest Mexican border / El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste. *Psicología y Salud*, 27(2), 155-166.
- Raich, R. M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Pirámide.
- Raich, R. M., Torras, J. y Figueras, M. (1996). Estudio de la imagen corporal y su relación con el deporte en una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(85), 603-626.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Reel, J., Voelker, D. y Greenleaf, C. (2015). Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 6, 149-158. DOI: 10.2147/ahmt.s68344.
- Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Secretaría de Salud. Recuperado de <https://ensanut.insp.mx/>.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. Trillas.

- Stefano, E. C., Hudson, D. L., Whisenhunt, B. L., Buchanan, E. M. y Latner, J. D. (2016). Examination of body checking, body image dissatisfaction, and negative affect using Ecological momentary assessment. *Eating Behaviors*, 22, 51-54.
- Stice, E. (2001). A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: Mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 124-135.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Duchman, E. G., McKenzie, S. J. y Watkins, P. C. (1990). *Assessment of eating disorders: Obesity, anorexia, and bulimia nervosa*. Pergamon Press.

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y ANSIEDAD EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

Silvia Platas Acevedo^{1}*

*Gilda Gómez-Peresmitré**

*María Emilia Álvarez Silva***

*Gisela Pineda García****

*Rodrigo León Hernández*****

La conducta alimentaria (CA) es definida como el comportamiento que se relaciona con los hábitos de alimentación, selección, preparación y consumo de alimentos, que responden a diversos factores y a múltiples condiciones biológicas, psicológicas, sociales y culturales (Berengüí et al., 2016; Platas et al., 2013). Sin embargo, esta conducta se ve influida no sólo por las necesidades de la persona, el valor nutricional y las características del alimento, sino por otros factores que favorecen cambios importantes en la alimentación de las personas, olvidando la importancia de mantener un balance entre la ingesta y el gasto energético, lo que repercute en la salud y el estado nutricional (García, 2007).

Las conductas alimentarias de riesgo (CAR) han sido definidas por distintos autores como un conjunto de comportamientos alimentarios alterados que, tanto en frecuencia como en intensidad, no cumplen con los criterios diagnósticos para clasificarse como un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) (American Psychological Association [APA], 2015; Unikel-Santocini et al., 2017).

¹ Contacto: romsip@unam.mx.

* Universidad Nacional Autónoma de México.

** Escuela de Dietética y Nutrición del ISSSTE.

*** Universidad Autónoma de Baja California.

**** Universidad Autónoma de Tampico.

Autores como Berengüí et al. (2016) y Gómez-Peresmitré (2018) señalan que las CAR incluyen comportamientos negativos poco saludables y se encuentran íntimamente relacionadas con una preocupación excesiva por el peso corporal, así como un miedo intenso a engordar y presentar sobrepeso u obesidad (lipofobia). Entre las CAR más frecuentes están las siguientes:

- Atracones o episodios de ingestión excesiva (compulsión al comer)
- Sensación de pérdida de control al comer
- Seguimiento de dietas hipocalóricas, crónicas y restrictivas
- Ayunos prolongados
- Vómito autoinducido
- Abuso de laxantes, diuréticos, anfetaminas y otras sustancias
- Ejercicio excesivo

Los TCA son definidos y considerados como enfermedades mentales de origen diverso y etiología multifactorial, relacionados principalmente con la insatisfacción corporal, la preocupación excesiva por el peso, la comida y la imagen corporal. Estos trastornos se relacionan de manera especial con alteraciones cognitivo-conductuales, principalmente de carácter alimentario, con el propósito de controlar el peso y la imagen corporal mediante la adopción de estrategias desordenadas e inadecuadas que incrementan el riesgo de complicaciones en la salud de quienes los padecen (Gómez-Peresmitré y Acosta-García, 2000). Los TCA son difíciles de tratar y perjudiciales para la salud, predisponen a los individuos a la desnutrición o a la obesidad y se asocian con baja calidad de vida, altas tasas de comorbilidad psicosocial y mortalidad prematura (Herpertz-Dahlmann, 2009).

El modelo estético corporal delgado, hoy por hoy, impacta drásticamente en el vínculo cuerpo-alimentación, el culto que la sociedad rinde al cuerpo, así como los mensajes de una industria que sobrevalora la delgadez, han impactado drásticamente en el comportamiento y pensamiento de la juventud. La obsesión por alcanzar una figura ideal delgada, que la mayoría de las veces no encaja con las características somatológicas típicas de la población,

conduce a los jóvenes a normalizar conductas inapropiadas sin que se cuestionen hasta qué punto son o no saludables (Radilla et al., 2015; Unikel et al., 2017).

Los factores de riesgo (FR) son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Mancilla et al., 2006). No obstante, durante la adolescencia o adultez temprana y debido a los cambios inherentes a la edad se manifiestan los FR para los TCA, principalmente, aunque pueden presentarse durante la niñez o la adultez avanzada, sin importar el nivel socioeconómico, y aunque se presentan con mayor frecuencia en el género (sexo) femenino, en los últimos años se ha observado un incremento en el número de casos masculinos (Gómez-Peresmitré, 2014; Silva y Meza, 2014).

Ahora bien, en América Latina son pocos los estudios epidemiológicos sobre el riesgo de padecer alguna alteración alimentaria en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes, lo que crea la necesidad de desarrollar estrategias de tamiz y diagnóstico temprano (Fandiño et al., 2007).

Unikel-Santoncini et al. en 2004 señalaron que los porcentajes de CAR en estudiantes universitarias y de bachillerato en México van de 5 a 18%, para los TCA se estiman porcentajes que van de 0.5 a 3%. Investigadores como Palma-Coca et al. (2011) dan cuenta de que este tipo de prácticas se presenta tanto en niveles socioeconómicos bajos como altos; sin embargo, la frecuencia de CAR ha sido descrita con mayor frecuencia en niveles socioeconómicos altos.

Es importante señalar que las poblaciones estudiantiles universitarias presentan varios factores de riesgo que pueden llevarlos a padecer TCA, como las crisis depresivas, el estrés y la ansiedad; además, se hallan entre las edades de riesgo en las que los TCA se presentan con más frecuencia (12 a 25 años).

La ansiedad (del latín *anxietas*, “angustia”, “aflicción”) puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) o de síntomas somáticos de tensión; se conceptualiza como un estado negativo con tres componentes: uno fisio-

lógico, “la hipervigilancia”; otro afectivo, “el miedo”, y otro cognitivo, “la indefensión”, cuya principal característica es la sensación de no tener control sobre posibles amenazas o daños (Chua y Dolan, 2000; Sierra et al., 2003).

La ansiedad puede clasificarse como *rasgo* o *estado*, lo cual depende de si se encuentra en la personalidad o sólo es un estado de ánimo. La *ansiedad estado* se caracteriza por pensamientos negativos, cambios y expresiones súbitas fisiológicas desencadenadas por un evento momentáneo; la cantidad producida de ansiedad es proporcional a la cercanía y la amenaza percibida por la persona que la padece. En cambio, la *ansiedad rasgo* es una tendencia o disposición conductual adquirida, la cual lleva a la persona que la padece a percibir situaciones comunes como peligrosas o amenazantes; podría decirse que es un miedo global y característico de la persona, el cual provoca episodios de ansiedad estado con magnitudes, frecuencias e intensidades desproporcionadas (Cía, 2007).

La Secretaría de Salud (2018) menciona que los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes y se estima que 12% de la población mundial adulta los padecen. De acuerdo con los datos recabados por De la Fuente y Heinze (2014), la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en México a lo largo de la vida es de 1.2%, lo que afecta a 1.6% de las mujeres y a 0.7% de los hombres.

La Encuesta Nacional de Salud Mental (2018) menciona que 18% de la población mexicana entre 15 y 65 años en la zona urbana sufre algún trastorno del estado de ánimo; asimismo, señala que uno de cada cuatro mexicanos en edad productiva ha padecido un trastorno mental, como ansiedad, déficit de atención, intento suicida, depresión y abuso de sustancias.

Diversos investigadores (Arrieta-Vergara et al., 2014; Cardona-Arias et al., 2015) señalan que los problemas de salud mental incrementan su incidencia en jóvenes que comienzan a estudiar en la universidad, debido a que la mayoría son adolescentes o adultos jóvenes que experimentan por primera vez la toma de decisiones importantes para su vida, lo que los convierte en una población vulnerable que puede padecer trastornos psicosociales como la ansiedad.

Es importante entender la ansiedad como una sensación normal ante determinadas situaciones, pues constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día, pues adquiere una función muy importante relacionada con la supervivencia. Desde este punto de vista, la ansiedad es sana y positiva siempre que nos ayude a enfrentar determinadas situaciones; sin embargo, cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, se convierte en patológica y provoca un malestar significativo con síntomas que afectan tanto el plano físico como el psicológico y el conductual (Lobo y Campos, 1997).

Relación entre la ansiedad y las conductas alimentarias de riesgo

Antes de manifestarse una alteración en la conducta alimentaria, o bien un TCA, se sabe que suelen presentarse problemas personales como inseguridad, dependencia, falta de asertividad, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso, falta de control en distintos ámbitos como el escolar, laboral y social, así como ansiedad (León et al., 2008).

La ansiedad comúnmente antecede a una alteración en la conducta alimentaria, por lo que se considera un factor de riesgo o de predisposición para la adquisición de conductas alimentarias anómalas (DeBoer y Smits, 2013).

Autores como Behar et al. (2007) y Brytek-Matera (2008) han encontrado niveles significativamente mayores de ansiedad en personas con TCA en comparación con aquellos que no padecen un trastorno de este tipo. Existe evidencia que demuestra que la asociación de la ansiedad con las facetas de las patologías alimentarias es más fuerte en las mujeres cuya autoestima deriva de su imagen corporal (Bardone-Cone et al., 2013).

También se ha encontrado que las personas identificadas como emocionalmente inestables tienden a recurrir con más frecuencia a conductas purgativas como el vómito (bulimia), en comparación con personas identificadas como resilientes; además, sus episodios purgativos tienden a estar relacionados con estímulos y emociones externas (Claes et al., 2013).

Pineda-García et al. (2017) realizaron un estudio con el propósito de comparar el riesgo de anorexia nerviosa (AN) y bulimia en función del sexo, el grado de ansiedad y la ciudad de residencia (Ciudad de México-Ensenada). Los hallazgos evidencian que el grado de ansiedad difiere en función de la ciudad de residencia, siendo mayor en Ensenada.

Otro estudio que tuvo como objetivo principal comparar el riesgo de bulimia y anorexia en su relación con el grado de ansiedad y la pubertad en estudiantes universitarios, encontró que el riesgo de bulimia es mayor cuando el grado de ansiedad es alto y la pubertad se presenta “a destiempo”; por otro lado, el riesgo de anorexia sólo se incrementa cuando la ansiedad es alta.

Lo que hasta aquí se ha reportado expone que, para muestras no clínicas, identificar el riesgo de trastorno alimentario y las variables asociadas es fundamental para la prevención. Cabe destacar que los desórdenes emocionales, afecto negativo y, específicamente, la ansiedad, tienen una estrecha relación con las CAR, así como el riesgo de derivar en un TCA. Por lo tanto, el propósito de la presente investigación fue conocer el grado de ansiedad en mujeres y hombres universitarios y determinar si la ansiedad influye en la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

MÉTODO

El diseño de estudio fue no experimental, transversal, tipo encuesta.

Participantes

La muestra fue no probabilística, con una $N=238$ estudiantes de licenciatura (nutrición, administración) de dos universidades de la Ciudad de México, seleccionados de manera no aleatoria. El rango de edad para la muestra total fue de 17 a 22 años, con una media 19.78 (DE 1.3).

Instrumentos

Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud (CAS) (Gómez-Peresmitré, 2014), diseñado exprofeso para la detección de CAR en la población mexicana. Dicho cuestionario está formado por 13 escalas con adecuados valores de consistencia interna. Para la presente investigación se utilizó la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRA-TA) (Gómez-Peresmitré y Ávila, 1998); agrupa siete factores y ha mostrado poseer buena consistencia interna en hombres ($\alpha=0.86$) y mujeres ($\alpha=0.88$). Para la investigación en curso se utilizarán los factores Conducta alimentaria compulsiva ($\alpha=.89$); Preocupación por el peso y la comida ($\alpha=.82$), y seguimiento de dieta restringida ($\alpha=.81$). Los ítems cuentan con un formato tipo Likert, cuyas cinco opciones de respuesta van de *nunca*=1 hasta *siempre*=5, (se asume que a mayor puntaje mayor problema).

Inventario de Ansiedad de Beck (Steer et al, 1993), consta de 21 ítems tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: *nada*=0 hasta *intensamente*=3, por lo que constituye un autorreporte que mide síntomas del trastorno de ansiedad generalizada. Beck y Steer señalan los siguientes criterios de calificación: puntuación entre 0 y 7 implica *ansiedad normal*; de 8 a 15, *leve*; de 16 a 25, *moderada*, y mayor de 26, *grave*. El inventario posee una consistencia interna adecuada ($\alpha=0.89$).

Procedimiento

Se contactó a las autoridades pertinentes de las instituciones educativas para solicitar el permiso de aplicación de las escalas, y se obtuvo el consentimiento informado por parte de los participantes. De manera grupal y anónima, en los salones de clase, la aplicación fue realizada por personal previamente capacitado. Durante el proceso de la recopilación de datos se siguieron los criterios éticos de la investigación en psicología, para procedimientos no intrusivos.

Análisis de información

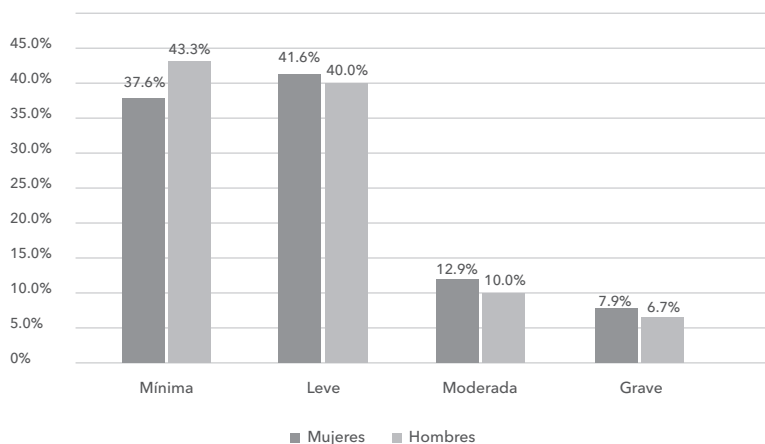
El procesamiento y análisis de datos se realizó mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés), versión 22 IBM para Windows. Se utilizó estadística descriptiva (por ejemplo, tablas cruzadas) y análisis inferenciales no paramétricos [*chi*-cuadrado (X^2)] y paramétricos (ANOVA factorial).

RESULTADOS

Ansiedad

En relación con la variable ansiedad, los resultados señalan que los porcentajes más altos para la categoría de ansiedad grave (8%) y moderada (13%) fueron reportados por las mujeres, mientras que en el caso de los hombres las categorías de ansiedad mínima y leve presentan los porcentajes más altos (43% y 40%) (véase Figura 1). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexo y nivel de ansiedad ($X^2[3]=.800, p=0.85$).

FIGURA 1
Distribución de la variable ansiedad por sexo



Nota: Figura de creación original.

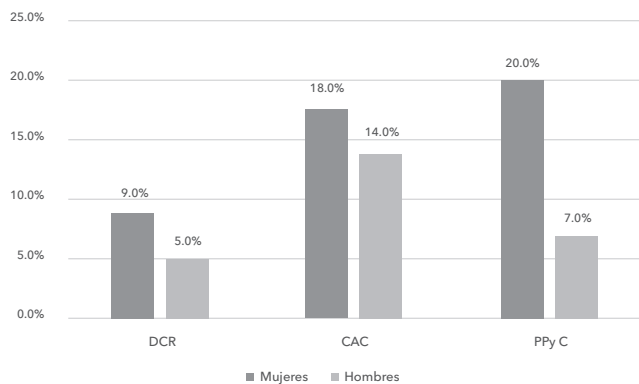
Conductas alimentarias de riesgo (CAR)

Para la variable CAR (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso y la comida y seguimiento de dieta crónica y restringida), como era de esperarse, el grupo de mujeres fue quien reportó realizar este tipo de conductas con más frecuencia, en comparación con los hombres que si bien, como lo señala la teoría, no están exentos de realizarlas, sí lo hacen en un porcentaje menor.

Riesgo de preocupación por el peso y la comida

Los datos obtenidos a partir del Análisis de Varianza (ANOVA, factorial) para la variable preocupación por el peso y la comida indican diferencias significativas. En el efecto principal sexo ($F[1]=31.71, p=.000$) y en la interacción ansiedad por sexo ($F[3]=2.67, p=.05$). El coeficiente *eta* cuadrado parcial mostró un tamaño del efecto medio (.200). Al interpretar las medias graficadas se puede observar en la Figura 2 que el riesgo de preocupación por el peso y la comida se incrementa a medida que aumenta el nivel de ansiedad en las mujeres, mientras que en los hombres el riesgo de presentar preocupación por el peso y la comida sólo se presenta cuando hay una variación de mínima a leve en la intensidad.

FIGURA 2
Distribución porcentual de las variables CAR por sexo



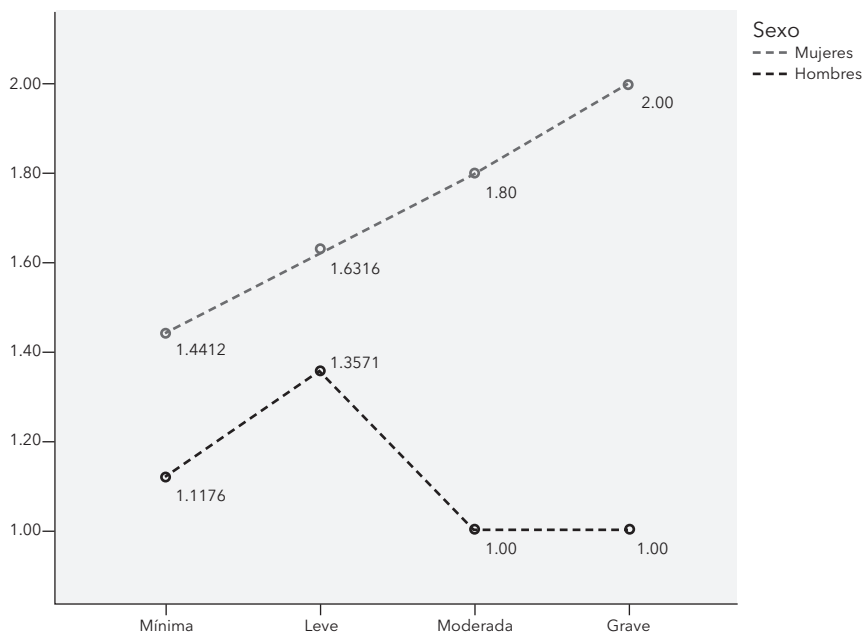
Nota: Figura de creación original.

TABLA 1
Riesgo de preocupación por el peso y la comida y grado de ansiedad

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	9.145a	7	1.306	6.743	.000	.271
Interceptación	137.574	1	137.574	710.142	.000	.848
Ansiedad_categorías	1.112	3	.371	1.913	.131	.043
Sexo	6.144	1	6.144	31.712	.000	.200
Ansiedad_categorías * Sexo	1.554	3	.518	2.675	.050	.059
Error	24.603	127	.194			
Total	339.000	135				
Total corregido	33.748	134				

R al cuadrado=.271 (R al cuadrado ajustada=.231). Nota: Tabla de creación original.

FIGURA 3
Medias de la variable preocupación por el peso y la comida



Nota: Figura de creación original.

Dieta crónica y restrictiva

El ANOVA factorial para la variable dieta crónica y restrictiva indicó diferencias significativas en el efecto principal sexo ($F[1]=15.672, p=.000$). El coeficiente *eta* cuadrado parcial mostró un tamaño de efecto pequeño (.091). Para la interacción ansiedad por sexo, no se encontró una interacción estadísticamente significativa; sin embargo, se presenta una tendencia para la interacción ansiedad por sexo ($F[3]=2.390, p=.071$), así como para el efecto principal en la variable ansiedad ($F[3]=2.421, p=0.68$).

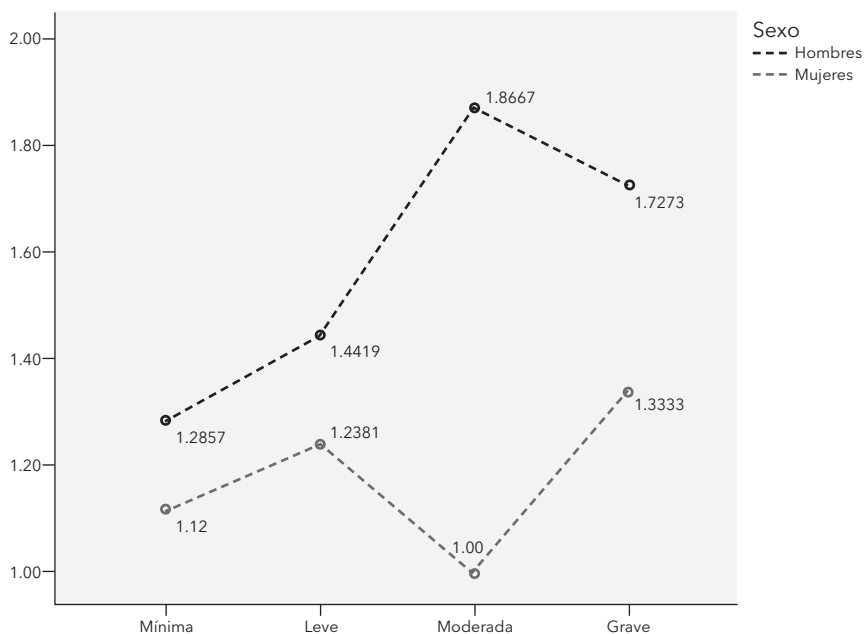
Como se observa en la Figura 4, al graficar las medias para la variable ansiedad, el riesgo de dieta crónica y restrictiva se incrementa a medida que se presenta un cambio en el nivel de ansiedad (de mínima a leve) para las mujeres, mientras que en los hombres, cuando existe un aumento en la ansiedad (moderada a grave) el riesgo de realizar conductas restrictivas se incrementa sin llegar a alcanzar los puntajes reportados por la muestra femenina.

TABLA 2
Riesgo de seguimiento de dieta crónica y restringida y grado de ansiedad

<i>Origen</i>	<i>Tipo III de suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Cuadrático promedio</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>Eta parcial al cuadrado</i>
Modelo corregido	8.104a	7	1.158	5.978	.000	.212
Interceptación	138.517	1	138.517	715.344	.000	.821
Ansiedad_categorías	1.406	3	.469	2.421	.068	.044
Sexo	3.035	1	3.035	15.672	.000	.091
Ansiedad_categorías * Sexo	1.388	3	.463	2.390	.071	.044
Error	30.207	156	.194			
Total	347.000	164				
Total corregido	38.311	163				

R al cuadrado=.212 (R al cuadrado ajustada=.176). Nota: Tabla de creación original.

FIGURA 4
 Medias de la variable Dieta crónica y restringida



Nota: Figura de creación original.

Riesgo de conducta alimentaria compulsiva

En el caso de conducta alimentaria compulsiva los resultados indican diferencias significativas en el efecto principal para la variable ansiedad ($F[3]=4.427, p=.005$). Sin embargo, no se encontró una interacción estadísticamente significativa entre las variables sexo y ansiedad ($F[3]=1.670, p=.174$).

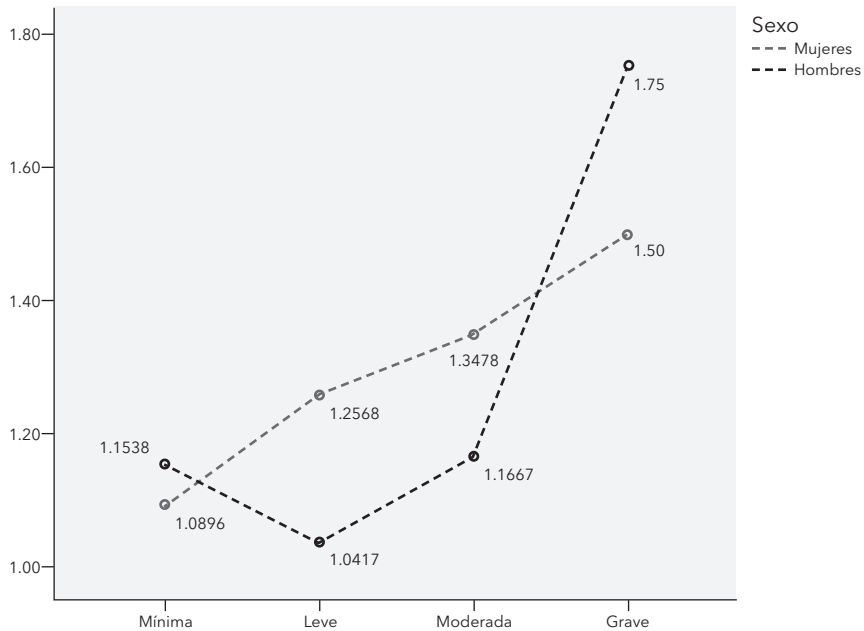
Como se puede observar en la Figura 5, el riesgo de conducta alimentaria compulsiva se incrementa al mismo tiempo que el nivel de ansiedad, tanto en hombres como en mujeres; en este caso, fueron los hombres quienes presentaron más conductas alimentarias compulsivas.

TABLA 3
Riesgo de conducta alimentaria compulsiva y grado de ansiedad

Origen	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.	Eta parcial al cuadrado
Modelo corregido	4.684a	7	.669	3.064	.004	.085
Interceptación	165.932	1	165.932	759.825	.000	.768
Ansiedad_categorías	2.900	3	.967	4.427	.005	.055
Sexo	.010	1	.010	.048	.827	.000
Ansiedad_categorías *Sexo	1.094	3	.365	1.670	.174	.021
Error	50.228	230	.218			
Total	401.000	238				
Total corregido	54.912	237				

R al cuadrado=.085 (R al cuadrado ajustada=.057). Nota: Tabla de creación original.

FIGURA 5
Medias de la variable conducta alimentaria compulsiva por sexo



Nota: Figura de creación original.

DISCUSIÓN

El propósito de la presente investigación fue conocer el grado de ansiedad en hombres y mujeres universitarios, y determinar si éste influye en la presencia de conductas alimentarias de riesgo.

Como respuesta a los objetivos de investigación de este estudio se puede afirmar que, como era de esperarse, el porcentaje más alto de personas que presentaron índices severos y graves para la variable ansiedad fue reportado por el sexo femenino, lo que confirma los hallazgos realizados por Grant y Weissman (2009), quienes reportan que el género (sexo) influye no sólo en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas, el desarrollo de la enfermedad e incluso en la respuesta al tratamiento.

En relación con los datos acerca de las CAR, éstas dieron cuenta nuevamente de que son las mujeres quienes reportan más conductas alimentarias anómalas, lo cual podría deberse a lo señalado por Bardone-Cone et al. (2013), quienes han demostrado que la asociación de la ansiedad y las CAR son más frecuentes en las mujeres, sobre todo en aquellas que identifican a la ansiedad como producto de la preocupación excesiva por el cuerpo o la figura física, desencadenando el desarrollo de una fobia hacia el sobrepeso real o imaginario, lo que conllevaría una restricción alimentaria drástica.

Respecto a la influencia de la variable ansiedad y sexo, en las conductas alimentarias no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas; sin embargo, entre las CAR y la ansiedad sí se demostró la existencia de una relación. Distintos autores han mencionado que la ansiedad ante situaciones sociales y la ansiedad física social podrían ser factores de riesgo para los TCA (Corstorphine et al., 2007).

En conclusión, los resultados enfatizan la importancia de la evaluación de la ansiedad en las CAR en futuras publicaciones; deberían investigarse la relación entre la ansiedad y la insatisfacción con la imagen corporal para determinar el papel de esta última en las conductas alimentarias anómalas.

La limitación principal de la presente investigación fue el método empleado en la selección de la muestra, ya que, al ser no aleatoria, se señala la

necesidad de trabajar con muestras de tipo probabilístico, lo que permitirá generalizar los resultados.

Dada la implicación de la ansiedad en las CAR, se sugiere trabajar con programas de prevención que integren en sus contenidos el manejo de variables afectivas como la ansiedad.

Se sugiere, además, incluir variables que midan la imagen corporal, así como el IMC para determinar la influencia que ésta tiene sobre la presencia de la ansiedad y las CAR.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2016). *2015 Annual report of the American Psychological Association*, 71(5), 1-50. DOI: 10.1037/h0101510.
- Arrieta-Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S. y González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica Médico Familiar*, 7(1), 14-22. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n1/original2.pdf>.
- Bardone-Cone, A. M., Brownstone, L. M., Higgins, M. K., Fitzsimmons-Craft, E. E. y Harney, M. B. (2013). Ansiedad, autoestima contingente de apariencia y conversaciones de apariencia con amigos en relación con la alimentación desordenada, examen de modelos moderadores. *Terapia Cognitiva e Investigación*, 37, 953-963. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-013-9520-9>.
- Behar, R., Barahona, M., Iglesias, B. y Casanova, D. (2007). Trastorno depresivo, ansiedad social y su prevalencia en trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(3), 211-220.
- Berengüí, R., Castejón, M. A. y Torregrosa, M. S. (2016). Body dissatisfaction, risk behaviors and eating disorders in university students. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 7(1), 1-8.
- Brytek-Matera, A. (2008). Mood and emotional symptoms in eating disordered patients. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 10(2), 65-71.
- Cardona-Arias, J. A., Gómez Martínez, J., Pérez-Restrepo, D., Rivera Ocampo, S. y Reyes, A. (2015). Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 11(1), 79-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/679/67943296005.pdf>.

- Chua, P. y Dolan, R. J. (2000). The neurobiology of anxiety and anxiety-related disorders: A functional neuroimaging perspective. En J. C. Mazziotta, A. W. Toga y R. S. J. Frackowiak (Eds.), *Brain mapping: The disorders* (pp. 509-522). Academic Press.
- Cía, A. (2007). Trastorno de ansiedad generalizada: Actualización diagnóstica y terapéutica, y comentarios sobre el artículo "A Review of Basic and Applied Research on Generalized Anxiety Disorder". *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1), 29-33. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281921832003.pdf>.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vandeputte, A. y Braet, C. (2013). Personality subtypes in female pre-bariatric obese patients: Do they differ in eating disorder symptoms, psychological complaints and coping behavior? *European Eating Disorders Review*, 21(1), 72-77.
- Corstorphine, E., Mountford, V., Tomlinson, S., Waller, G. y Meyer, C. (2007). Distress tolerance in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 91-97.
- DeBoer, L. B. y Smits, A. J. (2013). Ansiedad y trastornos alimentarios. *Terapia Cognitiva e Investigación*, 35(5), 887-889. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10608-013-9565-9>.
- Encuesta Nacional de Salud (2018). Presentación de resultados. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf.
- Fandiño, A., Giraldo, S. C., Martínez, C., Aux, C. y Espinosa, R. (2007). Factores asociados con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios en Cali, Colombia. *Colombia Médica*, 38(4), 344-351. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=283/28338402>.
- de la Fuente, J. R. y Heinze Martin, G. (2014). La enseñanza de la psiquiatría en México. *Salud Mental*, 37(6), 523-530. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/582/58237778011.pdf>.
- García, R. A. (2007). Relación entre conductas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria e indicadores dietéticos en estudiantes de primer ingreso del Instituto de Ciencias de la Salud de Pachuca, Hidalgo [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo]. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/icsa/licenciatura/documentos/Relacion%20entre%20conductas%20de%20riesgo%20asociadas%20a%20trastornos.pdf.

- Gómez-Peresmitré, G. y Ávila A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 6(2), 10-22.
- Gómez-Peresmitré, G. (2014). *Imagen corporal y orientación sexual. Deseo de un modelo corporal masculino ideal*. Fénix.
- Gómez-Peresmitré, G. (2018). Autodetección de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres universitarias. Recuperado de <http://psicol.unam.mx/gilda>.
- Gómez-Peresmitré, G. y Acosta-García, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*, 11(1), 35-58.
- Grant, B. F. y Weissman, M. M. (2009). Género y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka y D. A. Regier (Eds.), *Agenda de investigación para el DSM-V. Consideraciones sobre la edad y el género en el diagnóstico psiquiátrico* (pp. 31-45). Elsevier Masson.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child Adolescent Psychiatric Clinic North America*, 18(1), 31-47. DOI: 10.1016/j.chc.2008.07.005.
- León, R., Gómez-Peresmitré, G. y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6), 447-452.
- Lobo, A. y Campos, R. (1997). *Factores etiopatogénicos en trastornos de ansiedad en atención primaria*. Emisa.
- Mancilla, J. M., Gómez-Peresmitré, G., Álvarez, G., Franco, K., Vázquez, R., López, X. y Acosta, M. V. (2006). Trastornos del comportamiento alimentario en México. *Trastornos alimentarios en Hispanoamérica*. Manual Moderno y Universidad Nacional Autónoma de México, 123-171.
- Palma-Coca, O., Hernández-Serrato, M. I., Villalobos-Hernández, A., Unikel-Santoncini, C., Olaiz-Fernández, G. y Bojórquez-Chapela, I. (2011). Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: Results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006. *Journal of Adolescent Health*, 49(4), 400-406. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.01.019.
- Pineda García, G., Gómez-Peresmitré, G., Platas Acevedo, S. y Velasco Ariza, V. (2017). El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste. *Psicología y Salud*, 27(2),

- 155-166. Recuperado de <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicoyalud/article/view/2528/4410>.
- Platas, A. R., Gómez-Peresmitré, G., León, R., Pineda, G. y Guzmán, R. (2013). Capacidad discriminante y clasificación correcta de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA-II). *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(2), 124-132. Recuperado de <http://journals.iztacala.unam.mx>.
- Radilla Vázquez, C. C., Vega y León, S., Gutiérrez Tolentino, R., Barquera Cervera, S., Barriguete Meléndez, J. A. y Coronel Núñez, S. (2015). Prevalencia de conductas alimentarias de riesgo y su asociación con ansiedad y estado nutricional en adolescentes de escuelas secundarias técnicas del Distrito Federal, México. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 21(1), 15-21. DOI: 10.14642/RENC.2015.21.1.5037.
- Secretaría de Salud (2018). Programa de Acción Específico. Salud Mental, 2013-2018. Programa de Sector Salud. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf.
- Sierra, J. C., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. Universidad de Fortaleza. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.
- Silva Toro, N. Y., Mesa, M. y Escudero, D. (2014). Riesgos de trastornos alimentarios en adolescentes del último año de la enseñanza médica en institutos adventistas de Argentina. *Actualización en Nutrición*, 15(4), 89-98.
- Steer, R. A., Ranieri, W. F., Beck, A. T. y Clark, D. A. (1993). Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(3), 195-205.
- Unikel Santocini, C., Díaz de León Vázquez, C. y Rivera Márquez, J. A. (2017). *Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición*. Universidad Autónoma Metropolitana. Recuperado de http://www.casadelibrosabiertos.uam.mx/contenido/contenido/Libroelectronico/Conductas_alimentarias.pdf.
- Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I. y Carreno-García, S. (2004). Validation of a brief questionnaire to measure the risk of abnormal eating behaviors. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.

AUTOCUIDADO DE LA SALUD Y CONDUCTAS DE RIESGO EN ADULTOS

Jana Petrzelová Mazacová^{1}*

*Mayra Chávez Martínez**

*Alejandra Orozco Cosío**

El autocuidado se refiere al conjunto de prácticas cotidianas ejecutadas por uno mismo para cuidar la vida y constituye una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

Consideramos de gran importancia la difusión de este trabajo realizado entre 2015 y 2017, debido a que el autocuidado de la salud poblacional no muestra avances y las enfermedades crónico-degenerativas están en aumento. Las enfermedades crónico-degenerativas constituyen “uno de los mayores retos que enfrenta el sistema de salud debido al gran número de casos afectados, su creciente contribución a la mortalidad general, la aparición en edades cada vez más tempranas, el hecho de que son la causa más frecuente de incapacidad prematura, así como la complejidad y el costo elevado de su tratamiento” (Córdova-Villalobos et al., 2008). Las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos aún son las principales causas de muerte en México.

Consideramos que se le debería prestar la misma importancia a la elaboración de modelos predictivos o de prevención para enfocarse en los trabajos psicoeducativos que podrían ofrecer el primer paso preventivo para la educación de la población a partir de edades más tempranas y con el involucramiento de las familias. Según Murueta y Osorio (2009), la familia representa una institución que ha permanecido a lo largo de la historia de la humanidad.

¹ Contacto: jana_petrzelova@uadec.edu.mx.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

Una de las metas de la salud pública es procurar el bienestar de la población y promover estilos de vida saludables, así como mejorar la salud de las personas. Sin embargo, los malos hábitos, como el consumo de alimentos con poco valor nutricional, sin horario establecido, el consumo excesivo de alcohol y tabaco y la poca o nula actividad física, además de muchos otros factores, propician la prevalencia de enfermedades que aquejan a la sociedad y representan un obstáculo para la salud pública. El autocuidado de la salud se refiere a distintas prácticas diarias realizadas por uno mismo para cuidar la vida. El cuidado de la salud se compone de muchas habilidades adquiridas gracias a la educación para la protección de la salud y la prevención de los riesgos.

En México estas problemáticas se mantienen con datos considerables que arrojan las investigaciones. En 2012 las enfermedades isquémicas del corazón y la diabetes figuraban como las primeras causas de muerte en personas de 30 a 59 años (Consejo Nacional de Población, 2012), y en 2018 continuaban siendo las primeras dos causas de muerte en la población en general y, específicamente, en personas de 45 años en adelante. Durante ese año (2018), 88.6% del total de defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), 21.7% de los mexicanos eran entonces fumadores activos; durante 2016, según la Encuesta de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2017) el porcentaje se redujo a 17.6%. Sobre el consumo, abuso o dependencia de alcohol, llegó a 5.5% en el 2011 y aumentó a 6.9% durante el año 2016.

Respecto al estado de salud, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2016) reporta que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% en 2012 y de 72.5% en 2016.

La salud no se limita al concepto de ausencia de enfermedad. La salud es indispensable para un desarrollo óptimo y para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social; la salud se percibe, pues, no como el

objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, del medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud, según la Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud (OMS, 1986). En los países más desarrollados predominan las enfermedades crónicas degenerativas y las primeras causas de muerte son las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares y los accidentes. Es menester la oportuna prevención e intervención de los comportamientos poco saludables, ya que serviría de apoyo significativo a la disminución de índices de mortalidad.

Estos malos hábitos permearon en la población hasta convertirse en una epidemia. La implementación de programas de prevención por parte del sector salud muestra poca efectividad y corto alcance entre la población.

En América Latina los índices de mortalidad y de natalidad han sido modificados en las últimas décadas, prueba de ello es que poco más de 106 millones de habitantes tienen 60 o más años de edad; la esperanza de vida es cada vez mayor, lo cual significa que en los próximos años la población estará compuesta mayormente por adultos mayores. Aparecerán con ello problemáticas relacionadas a la salud, como el incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Por lo tanto, el autocuidado de la salud resulta de suma importancia ya que aborda conductas, factores y marcadores de riesgo que pueden impedir que el individuo se desarrolle plena y satisfactoriamente. Orem (1991, p. 185) define el autocuidado como “la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia libertad para mantener la vida, la salud y el bienestar”; es un proceso tanto individual como social, aprendido por experiencias cognoscitivas y sociales que se dan en el interior de la familia, la escuela y el medio sociocultural en el que el individuo se encuentra inmerso; por lo tanto, una persona puede convertirse por sí misma o con ayuda de otros en su propio agente de autocuidado (Amar et al., 2003).

Las conductas orientadas hacia el mantenimiento y cuidado de la salud se darán con base en la etapa de desarrollo en la que se posicione al individuo, ya que en cada etapa del ciclo vital se viven distintos procesos y se adquieren experiencias que podrán beneficiar o perjudicar la calidad de vida (Papalia et al., 2012). Un hábito de salud es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente. Estos hábitos por lo general se desarrollan durante la infancia y empiezan a estabilizarse alrededor de los 11 o 12 años (Cohen et al., 1990).

En relación con lo señalado anteriormente, existen distintas teorías acerca de las etapas o estadios que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida; Jiménez (2012) ha observado que, en la adultez temprana comprendida entre los 20 y 40 años, los órganos, tejidos y sistemas del individuo deberían estar funcionando de manera eficiente; de hecho, en esta etapa las personas suelen realizar más ejercicio o deporte que en otros periodos del desarrollo. Aunque también empiezan a surgir dolencias que posteriormente pueden agravarse y volverse crónicas. En la etapa adulta intermedia, que comprende de los 40 o 45 hasta los 60 años, en materia de salud los malos hábitos y el descuido pueden empezar a mostrar sus consecuencias con el surgimiento de enfermedades, que al no ser tratadas o atendidas oportunamente llegan a provocar la muerte.

Las conductas de salud varían con la edad. Por lo general, en la niñez los hábitos de salud son buenos, se deterioran en la adolescencia y al comienzo de la adultez, pero mejoran nuevamente entre personas más grandes (Shelley, 2007).

Sin embargo, las conductas de salud difieren de acuerdo con los factores demográficos. Los más jóvenes, con más recursos económicos, con mejor educación, menores niveles de estrés y con mayor apoyo social, tienen por lo general mejores hábitos de salud que las personas con un alto nivel de estrés y con menores recursos, como los individuos de las clases sociales bajas (Gottlieb, 1984).

El acceso al sistema de atención de salud también puede influir en las prácticas de conductas de salud, ya que entre sus programas de detección y

prevención logran un llamado de atención entre la población que al acudir recibe información más personalizada sobre sus estilos de vida (Shelley, 2007). La influencia social también afecta la práctica de hábitos de la salud. Familia, amigos y compañeros de trabajo pueden influir en las conductas relacionadas con la salud; algunas veces, en un sentido favorable y otras de manera adversa (Lau, 1990). En el proceso de conductas nocivas se ubican la mala alimentación, poca actividad física y el consumo de tabaco y alcohol como principales factores de estilos de vida poco sanos.

La alimentación poco saludable está relacionada con más de 300 000 muertes al año. Llevar una dieta más saludable es con frecuencia motivo de críticas, incluso no es algo que tomen en cuenta las personas a quienes se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica o que tienen riesgo de padecerla (National Center for Health Statistics, 1999). En cuanto al consumo alimenticio en México, más de 30 millones de personas comen diariamente fuera de sus casas debido a la practicidad, rapidez, cantidad, satisfacción, economía, socialización, cercanía de su lugar de trabajo y la sensación de saciedad. En una investigación se encontró que el orden en que se presentan los alimentos puede inducir a los consumidores a elegir opciones más saludables, pues las decisiones que se toman dan lugar a ciertas emociones en los consumidores que influyen, más adelante, en sus decisiones subsecuentes (Schiffman y Kanuk, 2010).

Por otro lado, más de 100 000 muertes al año se deben al consumo de alcohol, siendo la tercera causa de muertes evitables después del tabaco, la dieta y el sedentarismo. Como problema de salud, el alcohol ha sido vinculado con varios padecimientos, como hipertensión arterial, evento vascular cerebral, cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y el síndrome de alcoholismo fetal, que se refiere a problemas mentales y anormalidades fisiológicas en los hijos de madres bebedoras frecuentes (Higgins-Biddle, 1997). De acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), la segunda sustancia psicotrópica más usada en el mundo es el alcohol, que forma parte también de los factores de riesgo de una muerte prematura y la adquisición de una discapacidad. El consumo excesivo de alcohol es un problema de

salud pública debido a su impacto en el área personal, familiar, laboral, social y económica (de la Espriella et al., 2012).

Otra de las adicciones más importantes a nivel global es el tabaquismo y es otra causa evitable de muerte. En los países desarrollados puede ser también en sí mismo y por interacción con otros factores de riesgo la principal causa de muerte (McGinnis et al., 1992). Además de representar un riesgo para enfermedades cardíacas y cáncer de pulmón, el fumar aumenta el riesgo de padecer bronquitis crónica, enfisema, trastornos respiratorios, daños y lesiones debidos a incendios o accidentes y, en el caso de los hijos de fumadores, déficit de peso al nacer y desarrollo fetal retardado (Shelley, 2007). Las personas que fuman parecen ser, en general, menos conscientes de la salud y también tienen mayor probabilidad de observar otras conductas poco sanas con respecto a los no fumadores (Castro et al., 1989). Además, fumar no sólo pone en peligro al fumador; estudios sobre fumadores pasivos indican que cónyuges, familiares y compañeros de trabajo están también en riesgo de padecer trastornos de la salud (Marshall, 1986).

Respecto a la salud sexual, la Organización Mundial de la Salud (2019) reporta que cada día más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual y se registran anualmente 357 millones de casos nuevos de ITS en el mundo (Newman et al., 2019). Por lo tanto, representa una amenaza severa para la salud pública si consideramos que aún en el siglo XXI las enfermedades de transmisión sexual permanecen con una alta incidencia global. Además, las edades en las que se suelen presentar más casos ocurren entre los 15 y 49 años, un rango bastante amplio, en ambos géneros (Cruz et al., 2004).

Ahora se sabe que la salud física está intrínsecamente ligada con los ambientes psicológico y social. La mente y el cuerpo no pueden estar significativamente separados de los asuntos de la salud y la enfermedad. Un adecuado entendimiento de aquello que mantiene sanas a las personas o que facilita su recuperación es imposible sin el conocimiento de los contextos psicológico y social dentro de los cuales la salud o la enfermedad se experimentan (Shelley, 2007).

El objetivo de este estudio fue identificar las prácticas de autocuidado de la salud entre la población adulta vinculadas con el sexo y determinar su influencia en el estado de salud general de los habitantes del sureste del estado de Coahuila, explorando las diferencias por sexo.

MÉTODO

Se realizó un estudio exploratorio, de corte cuantitativo de alcance descriptivo y correlacional.

Participantes

En el estudio participaron de manera voluntaria un total de 1 522 personas (42% hombres y 57.2% mujeres), entre los 30 y 60 años de edad (30 a 40 años, 46.2%; 41 a 50 años, 33.9%; 51 a 60 años, 19.9%). De Saltillo sumaron 300 voluntarios; de Ramos Arizpe, 302; Arteaga, 300; Nuevo Laredo, 131; Acuña, 160; Parras 81, y Torreón, 248.

Instrumento

Se utilizó la Escala de Autocuidado de la Salud, elaborada por el cuerpo académico de la Facultad de Psicología, de la Universidad Autónoma de Coahuila; consta de 62 reactivos, divididos en 5 secciones; en las primeras dos, las opciones de respuesta son dicotómicas (sí/no) y abiertas, el resto tiene escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, que va de “En desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”. Ha sido validado y mantiene confiabilidad con un alfa de Cronbach de .84. El instrumento evalúa:

- Hábitos alimenticios.
- Cuidado de la salud.
- Hábitos como el consumo de alcohol y tabaco.

Procedimiento

Se realizó un estudio exploratorio, de corte cuantitativo y alcance descriptivo. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria en los municipios de Saltillo, Arteaga, Ramos Arizpe, Parras, Acuña y Torreón en el estado de Coahuila y, finalmente, en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Análisis de información

El análisis de resultados se realizó a través de análisis descriptivo y correlacional X^2 . La captura de datos se llevó a cabo por medio del programa IBM SPSS.21.0.

RESULTADOS

Después de la aplicación de prueba X^2 se obtuvieron comparaciones por edad de algunos reactivos de las escalas. En la Tabla 1 se muestran los datos proporcionados por los participantes en relación con el tipo de alimentación.

Es posible observar que el consumo de agua, frutas y verduras es bastante más frecuente en jóvenes menores de 40 años que en personas que tienen entre 50 y 60 años. Sin embargo, el consumo de refrescos también es bastante alto en jóvenes menores de 40 años, consumo que disminuye conforme a la edad; el porcentaje total de las edades que no bebe refrescos es de 16.95%, mientras que el restante 82.9% consume en diferentes frecuencias. Los alimentos ricos en sal/grasa los consumen en su mayoría jóvenes entre 30 y 40 años, de manera no tan frecuente (señalado en la escala “parcialmente de acuerdo”). Únicamente 20.10% de toda la población no consume los alimentos altos en sal y grasa (entre los 30 y 40 años, 7.35%; 41 a 50 años, 7.75%, y 51 a 60 años, 4.99%). El consumo disminuye con la edad. En la Tabla 2 se muestran las comparaciones respecto al cuidado de la salud.

En la Tabla 2 se observa que menos de 15% de menores de 30 años tienen actividad física regular y el porcentaje disminuye con la edad. Respecto a tomar medidas preventivas en el sector sexual y reproductivo, sólo 26.87% respondió totalmente de acuerdo, sin importar las edades. En menores de 40 años, el porcentaje más alto en cultura de prevención fue de 16.09%, porcentaje que disminuye con la edad. En la búsqueda de orientación en beneficio de la salud, el porcentaje en jóvenes de 30 a 40 años más alto fue de 14.84% con la escala “De acuerdo”, seguida de 10.51% en la escala “Parcialmente de acuerdo” con el grupo de la misma edad. El resto de las edades y escalas son menores al 10%.

TABLA 1
Resultados de consumo de tipo de alimentación

Ítem	Edad	Categoría				
		Desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Frutas y verduras	30-40	2.29%	2.29%	16.42%	7.75%	10.51%
	41-50	1.51%	6.37%	7.62%	5.97%	8.86%
	51-60	.52%	2.62%	7.03%	3.08%	6.4%
Agua natural	30-40	1.70%	6.43%	14.25%	8.86%	14.71%
	41-50	1.24%	4.59%	9.98%	6.37%	11.30%
	51-60	.45%	3.28%	6.43%	2.69%	6.83%
Refrescos	30-40	7.55%	13.33%	12.61%	6.70%	5.91%
	41-50	5.51%	10.11%	9.46%	4.13%	4.20%
	51-60	3.87%	6.43%	5.12%	1.97%	2.36%
Alimentos con alto contenido de sal/grasa	30-40	7.35%	14.45%	13.86%	6.04%	3.67%
	41-50	7.75%	9%	9.26%	4.27%	3.08%
	51-60	4.99%	7.81%	4.07%	1.51%	1.31%

Nota: Tabla de creación original.

TABLA 2
Resultados de autocuidado de la salud

Ítem	Edad	Categoría				
		Desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Actividad física	30-40	8.73%	11.95%	12.35%	4.07%	8.08%
	41-50	8.01%	9.19%	9.26%	1.70%	4.79%
	51-60	4.53%	5.12%	4.40%	2.10%	3.21%
Salud sexual y reproductiva	30-40	3.74%	5.32%	16.09%	7.29%	12.94%
	41-50	3.41%	4.07%	12.35%	3.81%	9.52%
	51-60	2.89%	2.23%	7.62%	2.16%	4.40%
Busca información y orientación	30-40	8.27%	10.51%	14.84%	6.76%	5.05%
	41-50	5.97%	6.43%	12.15%	3.87%	5.12%
	51-60	3.54%	3.08%	7.22%	2.29%	3.35%
Terapias alternativas	30-40	8.60%	8.27%	14.65%	6.17%	7.88%
	41-50	5.12%	5.25%	10.77%	4.33%	7.62%
	51-60	3.15%	2.29%	6.89%	2.75%	4.59%
Influencia del estado psicológico	30-40	8.47%	8.08%	13.27%	7.42%	8.60%
	41-50	7.42%	5.32%	10.05%	3.67%	6.76%
	51-60	4.27%	2.43%	6.57%	2.36%	3.74%
Revisión y prevención una vez al año	30-40	9.00%	10.05%	12.74%	5.78%	8.21%
	41-50	5.84%	5.65%	10.11%	3.74%	8.34%
	51-60	2.82%	2.23%	3.91%	2.75%	6.04%

Nota: Tabla de creación original.

El mismo grupo de edad y la misma escala para “de acuerdo” presentan los porcentajes más altos en los siguientes reactivos: usar terapias alternativas (32.32%), considerar que el estado psicológico influye en la salud (29.89%) y en la revisión con especialistas a manera de prevención al menos una vez al año (28.77%). El resto de las edades y escalas son menores de 10%.

De los participantes 61% son casados y tienen de uno a tres hijos (60.1%). La escolaridad está distribuida entre primaria concluida (8.3%), secundaria

(19%), preparatoria (17.9%), técnica (14.7%), licenciatura (33%) y posgrado (5.8%). 55.5% tiene un trabajo fijo. Gran parte de la muestra (27.7%) es empleado y profesionalista, con un salario mensual que va de 1 000 a 10 000.

Las personas entre 30 y 60 años (27.7%) ha considerado su estado de salud entre regular y malo, el resto (71.7%) lo considera bueno. Aquellos que consideran bueno su estado de salud son en su mayoría personas de 30 a 40 años (50%), seguidos de aquellos entre 41 y 50 años (34%) y, finalmente, entre 51 y 60 años (16%).

Las enfermedades crónicas avanzaron exponencialmente conforme más edad tenían los encuestados. La diabetes es de los padecimientos más destacados (5.8%), le sigue la hipertensión (4.5%) y las enfermedades crónicas (como alergias, enfermedades respiratorias y neurológicas) (0.1%) respecto a la muestra.

En cuanto a los servicios de salud, 12.2% no cuenta con ninguno. La mayoría tiene acceso al IMSS (53.2%), seguido del ISSSTE (14.2%), seguro popular (8.3%), servicio médico privado (7.7%) y, finalmente, magisterio (3.7%).

Respecto al consumo de tabaco, 76% refirió no fumar actualmente. De los que sí fuman (24%), 7% ha notado problemas de salud y 12% ha intentado dejar de fumar. En frecuencia al día, 72.1% de los fumadores consumen menos de 10 cigarrillos al día; 19%, entre 11 y 20 cigarrillos al día; 4.1%, 21 a 30 cigarrillos al día, y 1.62% fuma más de 30 cigarros en un día. Entre ellos, 45.95% no tiene ninguna dificultad cuando pasa mucho tiempo sin fumar, 16.76% presenta tensión o ansiedad, 12% se impacienta, 10% tiene dolor de cabeza y menos de 10% siente ira, dificultad para concentrarse y somnolencia. Los jóvenes entre 30 y 40 años son los que más síntomas presentan.

En hábitos alimenticios, más de la mitad (51.68%) se preocupa en ocasiones cuando come pan y azúcares, siendo en su mayoría los jóvenes entre 30 y 40 años. 44.27% respondió que “a veces” consideran que pueden llevar una dieta sin problemas y 43.36% le da mucha importancia al peso. En la frecuencia “nunca”, en su mayoría respondieron que no suelen comer cuando están disgustados (62.05%), no es usual que se harten de comida (60.5%),

tampoco piensan en vomitar para perder peso (89.43%), no se sienten hinchados después de una comida normal (54.51%). Sin embargo, no suelen reconocer que están sintiendo hambre (40.27%). En la frecuencia “siempre”, 54.31% respondió que suelen identificar las emociones que sienten en ese momento. En la muestra, la mayoría no considera que su abdomen tenga un tamaño muy grande (sólo 16.88% lo considera así), al 21.84% no le gusta el tamaño de sus glúteos y consideran el tamaño de sus muslos (38.47%) y caderas (38.85%) adecuado. Respecto al reconocimiento de las emociones que sienten en ese momento, respondieron nunca (8.08%), a veces (36.07%) y siempre (55.38%).

En la muestra, 37.12% bebe alcohol actualmente; de ese porcentaje, 6.11% considera que tiene dificultades para dejar de beber, en su mayoría jóvenes entre 30 y 40 años. Las personas entre 40 y 50 años beben durante todo el día, con un porcentaje total de 23% respecto a todas las edades; sólo 7.16% consume alcohol por los efectos que provoca, sin importar qué bebida es; 12.15% bebe independientemente de lo que tenga que hacer al día siguiente; menos de 10% necesita tomar alguna bebida alcohólica en la mañana para poder desempeñar sus actividades durante el día, aunque bebió en exceso la noche anterior y olvidó lo que pasó cuando se alcoholizó; sólo 3.41% ha imaginado cosas cuando bebe al menos una vez. Sin embargo, 20.82% de la muestra ha intentado controlar su ingesta de alcohol sin consumir por varios días o semanas, sobre todo los jóvenes entre 30 y 40 años.

DISCUSIÓN

De los participantes, 19.9% tiene entre 51 y 60 años de edad, en dicha población destacaron más las enfermedades crónicas, en especial la diabetes.

Sobre el autocuidado, la actividad física, conductas de salud sexuales y reproductivas, consumo de agua natural, la búsqueda de información y orientación y la revisión y prevención con especialistas son realizadas en su mayoría por jóvenes entre 30 y 40 años, como menciona Shelly en su libro

de psicología de la salud. Sin embargo, hay un punto medio en el consumo de refrescos y los alimentos ricos en sal y grasa en la misma población, y esto concuerda con el reactivo referente a la preocupación cuando consumen pan o azúcar. De este modo, se conoce que hay una motivación que se refleja en la conducta de alimentarse sanamente y tener conductas de salud, aunque no dejan, por completo, los malos hábitos. Sin embargo, han respondido que no consideran que su estado de salud esté deteriorado o no toman en cuenta las enfermedades crónicas. Para retomar lo dicho por Jiménez (2012), la fisiológica del cuerpo humano se encuentra en mejor funcionamiento y desempeño entre los 20 y 40 años. Se compensan los pocos malos hábitos que presentan, con un óptimo funcionamiento del cuerpo y hábitos saludables; sustentando así las investigaciones de Jiménez (2012) respecto a la incidencia de enfermedades de acuerdo con la edad.

En terapias alternativas, la opción “De acuerdo” obtuvo el mayor porcentaje, considerando un punto neutro para esa actividad. La población no recurre a la terapia alternativa como primera opción ante una enfermedad, pero tampoco la descarta.

Lau (1990) mencionó la influencia social en los hábitos de salud, tanto favorables como negativos; en el reactivo “Las costumbres de mi comunidad influyen en el cuidado de la salud”, 45% respondió estar en desacuerdo. De esta manera se le otorgó la capacidad de agencia en las personas respecto al cuidado de la salud.

Se ha considerado que si bien fumar y beber en exceso ocasionan complicaciones en la salud, la sustancia más adictiva y que provoca más daños a corto plazo es el tabaco. El nivel de incidencia de consumo de alcohol y tabaco respecto a la muestra es de 37.12% y 23.9%, respectivamente. Sin embargo, en el caso del tabaco, 12% ha intentado dejarlo y 7% nota problemas de salud por su consumo. Del porcentaje de los que beben alcohol sólo 6.11% considera que tiene problemas para dejarlo. Por el contrario, más de 40% de fumadores presenta tensión o ansiedad, impaciencia, dolor de cabeza, ira, somnolencia o falta de concentración, lo que dificulta aún más la intención de dejar de fumar. No obstante, hay inconciencia en el consumo

de alcohol respecto a las actividades diarias, ya que beben sin importar las responsabilidades del día siguiente, y después de beber en exceso, intentan compensar este comportamiento dejando de tomar varios días. Estos malos hábitos de consumo son un potencial detonante de futuras enfermedades crónicas y la aparición de disfuncionalidades de órganos y cáncer.

Respecto a la investigación sobre la elección de opciones saludables, debido a que otorgan ciertas emociones, aparece una buena alimentación en la muestra, aunque en ocasiones consumen alimentos chatarra, se aprecia también que no reconocen cuando sienten hambre, pero la mayoría (55.38%) admite sus emociones. Lo cual advierte que no establecen horarios fijos para comer. Además, la gran mayoría de la población mostró satisfacción con su cuerpo.

Sobre el cuidado de la salud, la mayoría de las respuestas del reactivo de “revisión con especialistas una vez al año” fue “De acuerdo”, es decir, un punto neutro. Este resultado nos indica que es necesario hacer un llamado de atención a la población, ya que más de la mitad de la muestra cuenta con seguro médico, pero no hace uso de éste con frecuencia para realizarse chequeos generales. Aunque realizan actividades sanas, hay que tomar en cuenta las conductas de riesgo que se suman a no monitorear su salud.

De la misma forma, en el factor de salud sexual, hay muy pocas personas que toman medidas preventivas y buscan consulta especializada, sustentando así la investigación de Cruz et al. (2004) respecto a estadísticas que aumentan con el paso del tiempo.

Finalmente, la población muestra tener conciencia de la elección de sus hábitos, ya sean positivos o dañinos, aunque no dejen de realizarlos. Lo más alarmante de la situación es la poca importancia que se le da a la prevención y a la falta de acercamiento al sector salud, ya sea para monitoreo u orientación, a pesar de tenerlo al alcance.

La población tiene una intención clara de mejorar su estilo de vida o, al menos, está consciente de la importancia y de las repercusiones en su salud; sin embargo, este interés no se refleja en la conducta, lo que indica la pobre motivación de las personas participantes en la presente investigación.

REFERENCIAS

- Amar Amar, J., Abello Llanos, R. y Acosta, C. (2003). Factores protectores: un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*, 11, 107-121.
- Castro, F. G., Newcomb, M. D., McCreary, C. y Baezconde-Garbanati, L. (1989). Cigarette smokers do more than just smoke cigarettes. *Health Psychology*, 8(1), 107-129.
- Cohen, R. Y., Brownell, K. D. y Felix, M. R. (1990). Age and sex differences in health habits and beliefs of schoolchildren. *Health Psychology*, 9(2), 208-224.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017*. Gobierno de México.
- Consejo Nacional de Población (2012). *Ganancia en la esperanza de vida 1990-2012 y principales causas de muerte 2012, en México y las entidades federativas*. Secretaría de Gobernación.
- Córdova-Villalobos, J. A., Barriguete-Meléndez, J. A., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M. et al. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública México*, 50(5), 419-427.
- Cruz Palacios, C., Egremy Mendivil, G. y Ramos Alamillo, U. (2004). *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual*. Secretaría de Salud, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA.
- De la Espriella, R. G., de la Hoz, B. A., Gómez Restrepo, C. I., Uribe Holguín Zárate, A., Cote Menéndez, M., Cortés Barré, M., Cano Rentería, A. M. y Cortés Vecino, J. A. (2012). Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol. Parte I. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41(4), 787-804.
- Encuesta Nacional de Adicciones: *Drogas lícitas*. (2011). Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Secretaría de Salud.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (2016). *Informe Final*. Secretaría de Salud.

- Gottlieb, N. H. (1984). Life events, social network, life-style, and health: An analysis of the 1979 National Survey on Personal Health Practices and Consequences. *Health Education Quarterly*, 11(1), 91-105.
- Higgins-Biddle, J. C. (1997). Alcohol screening and brief intervention: Where research meets practice. *Connecticut Medicine*, 61(9), 565-575.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). Características de las defunciones en México durante 2017. *Comunicado de prensa número 525/18*. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/DEFUNCIONES2017.pdf>.
- Jiménez Sánchez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. Red Tercer Milenio.
- Lau, R. R., Quadrel, M. J. y Hartman, K. A. (1990). Development and change of young adults' preventive health beliefs and behavior: Influence from parents and peers. *Journal of Health and Social Behavior*, 31(3), 240-259.
- Murueta, M. E. y Osorio Guzmán, M. (2009). Psicología de la familia en países latinos del siglo XXI. AMAPSI Editorial. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/PsicologiaFamiliaLatinosXXI.pdf.
- Marshall, E. (1986). Involuntary smokers face health risk. *Science*, 234, 1006-1067.
- McGinnis, J. M., Richmond, J. B., Brandt E. N., Windom, R. E. y Mason J. O. (1992). Health progress in the United States: Results of the 1990 objectives for the nation. *Journal of the American Medical Association*, 268(18), 2545-2552.
- National Center for Health Statistics. (1999). *Healthy people 2000 review*. Public Health Service.
- Newman, L., Rowley, J., Vander Hoorn, S., Wijesooriya, N. S., Unemo, M., Low, N., ... y Temmerman, M. (2015). Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PloS One*, 10(12), e0143304.
- Orem, D. (1991). *Nursing. Concepts of Practice*. Mosby.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Un nuevo informe de la OMS impulsa los esfuerzos por abordar las principales causas de mortalidad urbana. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Asociación Costarricense de Salud Pública (ACOSAP).

- Organización Panamericana de la Salud (2012). *Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor*. OPS.
- Papalia, D. E., Duskin Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill.
- Schiffman, L. G. y Kanuk, L. L. (2010). *Comportamiento del consumidor*. Prentice Hall.
- Shelley, E. T. (2007). *Psicología de la salud*. McGraw-Hill.

PERSONALIDAD SEXUAL Y *SEXTING* EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Jimena Pavón Bonilla^{1*}

*Jessica Guadalupe Cen Balam**

*Mirta Margarita Flores Galaz**

*Nancy Marine Evia Alamilla**

El avance tecnológico ha permitido el desarrollo de nuevas formas de comunicación íntima e interacción social, afectiva y sexual (Alonso, 2017; Döring, 2014; Gámez-Guadix et al., 2016). Debido a la inclusión y al uso de redes sociales mediante la telefonía móvil se ha favorecido la producción y difusión de contenido sexual (Alonso, 2017). En la actualidad se ha prestado atención pública, política y de investigación al intercambio de contenido sexual entre pares a través de las tecnologías digitales. Este fenómeno conocido popularmente como *sexting* refleja la importancia de los medios digitales en la comunicación social y la vida cotidiana de las personas (Chalfen, 2009; Weiss y Samenow, 2010).

El término *sexting*, neologismo que une *sex* (sexo) y *texting* (envío de mensajes de texto a través de dispositivos móviles) (Agustina y Gómez-Durán, 2012), es definido como la acción de enviar, recibir o intercambiar mensajes de texto, fotografías, audios o videos, con contenido provocativo o sexualmente insinuante a través del teléfono móvil o redes sociales (Chacón-López et al., 2016; Gámez-Guadix et al., 2017; Mejía, 2014; Agustina y Gómez-Durán, 2016; Dir et al., 2013; Rodríguez-Castro et al., 2018), como Facebook, Tumblr, WhatsApp y Snapchat (Alonso, 2017).

Este fenómeno social ha sido investigado en países como Estados Unidos y España; los estudios indican una mayor prevalencia de la práctica de

¹ Contacto: jimnapbonilla@gmail.com.

* Universidad Autónoma de Yucatán.

sexting en adolescentes y jóvenes, particularmente en las adolescentes (García-Gómez, 2019). Investigaciones realizadas entre jóvenes estudiantes universitarios muestran que 1.5%, entre 18 y 22 años, y 21.7%, entre los 23 y los 29 años, realizan *sexting* activo (contenido protagonizado por ellos mismos); mientras que 2.1%, entre los 18 y 22 años, y el 20%, de 23 a 29 años, participan en el pasivo (contenido protagonizado por otras personas) (Agustina y Gómez-Durán, 2016). También se afirma que los universitarios “rara vez” (menos de tres veces al mes) envían y reciben mensajes y fotos de contenido sexual mediante el teléfono móvil (Dir et al., 2013).

Diversos estudios indican una relación entre el *sexting* y el sexo. En una investigación realizada por Chacón-López et al. (2019) a 899 jóvenes estudiantes de la Universidad de Granada, España, se observa que existe una mayor participación de hombres en el *sexting* (41.57%) que en mujeres (34.47%). Un porcentaje alto tanto para hombres como mujeres se encuentra en la práctica de *sexting* con una o dos personas (hombres: 42.84%; mujeres: 47.41%). Otras investigaciones manifiestan que no existen diferencias entre hombres y mujeres respecto al *sexting* (Quesada et al., 2018). Asimismo, en el caso de los adolescentes, se encontró que el *sexting* aumenta con la edad, pues prevalece en 3.4% a los 12 años y se incrementa 36.1% a los 17 años (Gámez-Guadix et al., 2017).

El *sexting* también implica ciertas razones y motivaciones que pueden variar según el sexo. Algunas de las razones por las que las mujeres envían imágenes de sí mismas a otros (generalmente hombres), son la presión social ejercida en ellas por parte de sus parejas para sextear (Lenhart, 2009; Rodríguez-Castro et al., 2018) y el querer mantener una relación afectiva con su pareja. Por el contrario, las razones de los hombres están más orientadas a tener actividad sexual coital (Rodríguez-Castro et al., 2018), la probabilidad de salir con alguien o por el simple hecho de estar aburridos o de buen humor (Chacón-López et al., 2019).

Otros motivos para practicar *sexting* son los siguientes: la aceptación de otros (Dir, 2012), tener una sexualidad más abierta y la excitación sexual (Dirección General de Comunicación Social [UNAM], 2017), además de una

forma más fácil y cómoda de poder expresar sentimientos y deseos sexuales a otra persona que en la interacción cara a cara (Suler, 2004; Le et al., 2014 en Van Ouytsel et al., 2017), poder mantener la intimidad de una relación romántica a distancia (Walker et al., 2013) y ser una forma alternativa al coito para aquellos jóvenes cuya religión no les permite el contacto sexual antes del matrimonio (Lippman y Campbell, 2014).

En este contexto, aún hay dificultades para diferenciar entre el *sexting* consensuado, motivado por el placer y el deseo (Lee y Crofts, 2015) y el coercitivo, que ocurre por el uso indebido de las redes sociales, circulando y exponiendo de manera pública imágenes sexualmente explícitas sin consentimiento o voluntariedad del creador (Chacón-López et al., 2019; Lievens, 2012, en Livingstone y Görzig, 2014; Rodríguez-Castro et al., 2018), provocando consecuencias graves, tales como ciberacoso, sextorsión (Palmer, 2017), ciberpornografía, trata de personas (Poder Judicial del Estado de Yucatán, 2014), entre otros. De igual manera, se ha descubierto que quienes son más vulnerables a ser víctimas de estas conductas de riesgo son las mujeres, quienes también son receptoras de insultos y etiquetas sociales (Ringrose et al., 2013; Lippman y Campbell, 2014; Rodríguez-Castro et al., 2018).

A medida que este fenómeno se extiende socialmente, se han identificado informes de problemas a los cuales se han enfrentado las víctimas en países como Reino Unido, Canadá, México y España (Laucius, 2009, citado en Chalfen, 2009). En México, estados como el de Yucatán y la Ciudad de México han implementado leyes que respaldan a las víctimas de esos delitos, tales como la sextorsión o la pornovenganza; es decir, se castiga legalmente a quien revele, publique, difunda o exhiba, sin autorización, contenido erótico sexual, obtenido originalmente con el consentimiento de otra persona, a través de medios digitales (Rodríguez, 2018; Méndez y Mendoza, 2019; *La Vanguardia*, 2019). Levine (2013) sugiere que el *sexting* no debería ser definido exclusivamente como un comportamiento de riesgo, sino que también podría ser una nueva forma de explorar la sexualidad.

Dentro de esta área de investigación, distintos rasgos de personalidad pueden estar asociados al *sexting*. Por ejemplo, Delevi y Weisskirch (2013)

y Gámez-Guadix et al. (2017) encontraron que los perfiles de personalidad extraversión, neuroticismo y baja amabilidad se relacionan con la práctica de *sexting*. Dir et al. (2013) descubrieron que la tendencia a buscar actividades innovadoras, intensas y tomar riesgos por la experiencia (urgencia positiva), así como la impulsividad a comportarse precipitadamente en respuesta a emociones negativas (urgencia negativa) se asocia al aumento de la práctica de *sexting*. En otro estudio realizado por Agustina y Gómez-Durán (2016) se observa una correlación positiva entre la promiscuidad y las conductas de *hard* (activo) y *soft* (pasivo) *sexting*; es decir, las personas con mayor número de parejas sexuales presentan mayor predisposición al envío y recepción de contenido erótico sexual. Estos mismos autores no encontraron correlación significativa entre la práctica de *sexting* y las creencias religiosas. Por su parte, Chacón-López et al. (2019) no encontraron relación entre el *sexting* y la autoestima. La personalidad es una determinante de la interacción humana que se relaciona con el comportamiento humano y las conductas sexuales, al adecuar los patrones de conducta según el contexto donde se establezca (Díaz-Loving et al., 2002). Actualmente, el *sexting* es una conducta sexual que emerge debido al avance tecno-social y podría estar asociado con una variable como la personalidad sexual.

Desde la Teoría Evolucionista de la Personalidad Buss (1991; en Díaz-Loving et al., 2002) se propone el término personalidad sexual, el cual se define como aquellas variaciones en tendencias sexuales y búsqueda de parejas sexuales, las cuales están relacionadas a la solución de problemas adaptativos en la selección de pareja y reproducción; es decir, indica la forma en cómo los hombres y las mujeres se describen a sí mismos en el aspecto sexual. En México Díaz-Loving et al. (2002) aplicaron el Inventario de Personalidad Sexual; entre sus hallazgos se encuentra que los hombres se describen como más sensuales, apasionados, promiscuos, mujeriegos, caballerosos, agresivos, fríos, lanzados, etcétera, en comparación con las mujeres, quienes se orientan a un perfil de personalidad más religioso y moralista. En Yucatán, Castillo (2005) aplica el mismo Inventario a una muestra de la ciudad de

Mérida y encuentra que los hombres están más orientados a los perfiles de personalidad Disposición erotofílica y las mujeres al perfil Religioso.

Díaz-Loving et al. (2002) mencionan que son los hombres quienes muestran un mayor apego a dimensiones relacionadas con la pasión y la atracción, mientras que las mujeres buscan protección en la relación para ella y sus hijos. Además, apuntan que a ellos se les considera entes activos (fuentes de erotismo y deseo sexual) y a ellas como entes pasivos (represión de la sexualidad), lo cual explicaría las diferencias sexuales en ambos sexos.

En México, son escasos los estudios que abordan la práctica de *sexting* y su relación con variables sociodemográficas o psicológicas, así como las posibles conductas de riesgo implicadas. Con base en este panorama, se ha propuesto el presente estudio, cuyos objetivos son los siguientes: 1) determinar si existen diferencias por sexo en las variables personalidad sexual y *sexting*, y 2) conocer si existe una relación entre la personalidad sexual y el *sexting* en mujeres y hombres estudiantes universitarios.

MÉTODO

Participantes

Participaron 296 estudiantes universitarios: 120 hombres (40.5%) y 176 mujeres (59.5%), seleccionados mediante un muestreo no probabilístico accidental de una universidad privada de la ciudad de Mérida, Yucatán, con edades comprendidas entre los 18 y 30 años ($M=20.50$; $DE=2.30$).

Instrumentos

Inventario de Personalidad Sexual

Se utilizó la Escala de Personalidad Sexual de Buss y Schmitt (2000), validada para población mexicana por Díaz-Loving et al. (2002). Esta escala permite conocer y explorar las diferencias individuales de personalidad en el

dominio sexual. Se basa en un formato de respuesta de opción múltiple tipo Likert de nueve puntos, que va de 1 (Extremadamente inexacto) a 9 (Extremadamente exacto). Se compone de 68 adjetivos de connotación sexual, distribuidos en 10 factores de personalidad sexual: Atractivo sexual-sensual ($\alpha=.94$, 18 adjetivos), Disposición erotofílica ($\alpha=.89$, 14 adjetivos), Orientación afiliativa y emotiva ($\alpha=.86$, 5 adjetivos), Conquistador ($\alpha=.51$, 3 adjetivos), Postura masculina ($\alpha=.73$, 5 adjetivos), Sádico ($\alpha=.77$, 5 adjetivos), Frío-indiferente ($\alpha=.77$, 6 adjetivos), Represión sexual ($\alpha=.71$, 4 adjetivos), Religioso ($\alpha=.65$, 3 adjetivos) y Aventurero ($\alpha=.77$, 5 adjetivos).

Escala de Conductas sobre Sexting

Se usó la adaptación española de la *Sexting Behaviors Scale* (Dir, 2012) realizada por Chacón-López et al. (2016). La Escala de Conductas sobre *Sexting* permite evaluar la frecuencia y prevalencia de comportamientos del *sexting*. La escala cuenta con una consistencia interna $\alpha=.92$, se basa en un formato de respuesta de opción múltiple tipo Likert de cinco puntos que va de 0 (nunca/nada cierto/no intercambio este tipo de mensajes) a cuatro (frecuentemente/totalmente cierto/más de 10). Se compone de 29 ítems englobados en tres dimensiones: Disposición activa hacia el *sexting* ($\alpha=.80$, 16 ítems), Participación real en *sexting* ($\alpha=.90$, 9 ítems) y Expresión emocional en *sexting* ($\alpha=.86$, 4 ítems).

Procedimiento

Se aprobó y autorizó por la universidad la aplicación de los instrumentos a los estudiantes. Se informó a los participantes sobre los objetivos y el análisis de la información recabada, siguiendo los lineamientos éticos de la investigación; se les solicitó el consentimiento informado, reiterando su participación voluntaria, la confidencialidad y el resguardo de los datos obtenidos.

Análisis de la información

Para analizar las diferencias en las variables personalidad sexual y conductas de *sexting* según el sexo, se realizó un análisis de medias utilizando la prueba *t* de Student. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de correlación producto momento de Pearson para conocer la relación entre los factores de personalidad sexual y las dimensiones de *sexting* por sexo. El análisis de los datos se realizó por medio del software IBM SPSS (v.25.0.0).

RESULTADOS

En la Tabla 1 se presentan las medias, desviaciones estándares y pruebas *t* obtenidas para cada factor del Inventario de Personalidad Sexual. Se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas en seis de los 10 factores del inventario, en donde los hombres obtienen puntuaciones más altas que las mujeres en todos los casos. En el factor Disposición erotofílica ($t(223.568)=5.27$; $p=.000$), los hombres ($M=3.41$) se describen como más desvergonzados, pervertidos, infieles, promiscuos y polígamos; saben reconocer qué les hace gustosos de placer, en comparación con las mujeres ($M=2.49$). En el factor Conquistador ($t(288)=12.60$; $p=.000$), son ellos ($M=4.26$) quienes se identifican como más varoniles y mujeriegos para la conquista, en comparación con las mujeres ($M=2.06$). En el factor Orientación masculina ($t(230.483)=20.13$; $p=.000$), los hombres ($M=6.47$) se describen como más caballerosos y masculinos, expresan su sexualidad con la fuerza y el control en comparación con las mujeres ($M=3.34$). En el factor Sádico ($t(292)=3.71$; $p=.000$), los hombres ($M=3.71$), se consideran más cínicos, crueles, agresivos e hirientes; mientras que las mujeres expresan su sexualidad con menor dominancia y agresividad ($M=2.99$). Por último, en el factor Aventurero ($t(287)=3.26$; $p=.001$), son ellos quienes tienden a ser más arriesgados e impulsivos al expresar su sexualidad.

TABLA 1
Análisis de diferencias para el Inventario de Personalidad Sexual por sexo

<i>Inventario de Personalidad Sexual</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Prob</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Atractivo sensual/sexual	5.40	1.65	5.04	1.70	1.76	282	.079
Disposición erotofílica	3.41	1.51	2.49	1.33	5.27	223.56	.000***
Involucramiento emocional	6.23	1.59	6.34	1.62	-.58	292	.562
Conquistador	4.26	1.56	2.06	1.38	12.60	288	.000***
Orientación masculina	6.47	1.37	3.34	1.19	20.13	230.48	.000***
Sádico	3.71	1.70	2.99	1.58	3.71	292	.000***
Frío-indiferente	4.05	1.69	3.62	1.53	2.27	293	.024*
Restricción sexual	3.78	1.67	3.80	1.93	-.06	282	.952
Religioso	4.88	1.89	4.78	1.81	.46	287	.645
Aventurero	4.16	1.67	3.53	1.55	3.26	287	.001***

* $p \leq .05$, *** $p \leq .001$. Nota: Tabla de creación original.

En la Tabla 2 se presentan las diferencias por sexo para la Escala de Conductas sobre *sexting*; en este caso se observaron diferencias significativas en dos factores: Disposición activa hacia el *sexting* ($t(188.433)=4.40$; $p=.000$), siendo los hombres ($M=.79$) quienes tienen una mayor predisposición hacia la práctica activa del *sexting* en comparación con las mujeres ($M=.42$). Ellos practican *sexting* con una o dos personas, frecuentemente con su novio/a o alguien que les atrae. Entre sus motivaciones están sentirse aburridos, estar de buen humor y el querer tener relaciones sexuales con la otra persona. Y en el factor Participación real en el *sexting* ($t(211.074)=4.40$; $p=.000$), de igual manera son los hombres ($M=1.17$) quienes más envían, reciben e intercambian contenido de *sexting* como mensajes de texto e imágenes insinuantes o provocativas a través del móvil, alguna vez al mes (rara vez) en comparación las mujeres ($M=.78$).

TABLA 2
Análisis de diferencias de la Escala de Conductas sobre Sexting por sexo

<i>Inventario de Personalidad Sexual</i>	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Prob</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Disposición activa hacia el <i>sexting</i>	.79	.79	.42	.54	4.40	188.43	.000***
Participación real en <i>sexting</i>	1.17	.82	.78	.64	4.40	211.07	.000***
Expresión emocional de <i>sexting</i>	.78	.80	.69	.70	1.06	292	.288

* $p \leq .05$, *** $p \leq .001$. Nota: Tabla de creación original.

Los resultados del análisis de correlaciones mostraron las siguientes relaciones positivas significativas entre los factores de personalidad: Atractivo sensual/sexual, Disposición erotofílica y Sádico con las dimensiones Disposición Activa hacia el *Sexting* y Participación real en *sexting*. En el factor Aventurero se encontró únicamente una correlación positiva significativa con la Participación real en *sexting*. Tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres se observó una correlación negativa significativa entre el factor Religioso y la Disposición activa hacia el *sexting* (véase Tabla 3).

Por otra parte, en el caso de los hombres, se obtienen correlaciones positivas significativas entre los factores Atractivo sensual/sexual, Disposición erotofílica y Aventurero con la dimensión Expresión emocional de *sexting*. Por su parte, en las mujeres se encuentra una correlación negativa significativa entre la Restricción sexual y las dimensiones Disposición activa hacia el *sexting* y la Participación real en *sexting* (véase Tabla 3).

TABLA 3
*Coefficientes de Correlación Pearson entre los factores de personalidad sexual
 y las dimensiones de conductas sobre sexting por sexo*

		<i>Disposición activa hacia el sexting</i>	<i>Participación real en sexting</i>	<i>Expresión emocional de sexting</i>
Atractivo sensual/sexual	Hombres	.370**	.292**	.215*
	Mujeres	.411**	.474**	.059
Disposición erotofílica	Hombres	.507**	.415**	.304**
	Mujeres	.446**	.469**	.125
Involucramiento emocional	Hombres	.146	.152	.058
	Mujeres	.089	.203**	-.056
Conquistador	Hombres	.270**	.163	.205
	Mujeres	.129	.195*	.067
Orientación masculina	Hombres	.072	.057	.045
	Mujeres	.113	.197*	.016
Sádico	Hombres	.307**	.236*	.175
	Mujeres	.179*	.241**	.067
Frío-indiferente	Hombres	.009	.119	.094
	Mujeres	-.028	-.130	.036
Restricción sexual	Hombres	-.057	-.040	.087
	Mujeres	-.227**	-.222**	-.004
Religioso	Hombres	-.197*	-.085	-.006
	Mujeres	-.187*	-.109	.063
Aventurero	Hombres	.376**	.224*	.303**
	Mujeres	.135	.215**	-.041

Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio muestran que los hombres son quienes se identifican más con los factores de personalidad: disposición erotofílica, conquistador, orientación masculina, sádico, frío-indiferente y aventurero; es decir, ellos tienden a ser más perversos, promiscuos, polígamos, varoni-

les, mujeriegos, caballerosos, masculinos, cínicos, agresivos, precoces y lanzados. Sin embargo, en los factores Involucramiento emocional, Religioso y Restricción sexual no se encontraron diferencias en ambos sexos. Estos hallazgos concuerdan con los obtenidos por Diaz-Loving et al. (2002). Es importante mencionar que la evaluación de estos rasgos de personalidad en la población mexicana se ha mantenido después de casi dos décadas.

Por otra parte, en la prevalencia e incidencia de *sexting* en la población de jóvenes universitarios, se encontró que son los hombres quienes más sextean, es decir, envían, reciben o intercambian contenido de tipo erótico sexual (fotos, videos, etcétera) a través de dispositivos móviles o redes sociales. Afirman que llevan a cabo esta práctica con una o dos personas y sus razones para hacerlo son sentirse aburridos, estar de buen humor o querer tener relaciones sexuales con la otra persona. Estos resultados coinciden con los datos obtenidos por Chacón-López (2019) en España, así como con los que reportan diversos estudios que indican que son los hombres quienes se muestran mayormente motivados a practicar *sexting* como una vía para tener relaciones sexuales, mientras que las mujeres desean mantener una relación afectiva con su pareja (Rodríguez-Castro et al., 2018). También se afirma que las mujeres pueden ser presionadas socialmente para sextear (Lehart, 2009).

En cuanto a la relación entre la personalidad sexual y *sexting*, los resultados indican que se registran correlaciones entre ambas variables. Se encontró que tanto en hombres como en mujeres existe una relación entre los factores Atractivo sensual/sexual, Disposición erotofílica y Sádico, y las dimensiones Disposición activa hacia el *sexting* y Participación real en *sexting*. Es decir, cuando los jóvenes son más atractivos, seductores, promiscuos, perversos, polígamos, cínicos y agresivos sexualmente, son más propensos a practicar *sexting* si han bebido alcohol, cuando están aburridos, de buen humor y por tener más probabilidad de relacionarse sexualmente o de salir con alguien. Estos datos podrían ser relevantes en cuanto a la idealización de la sexualidad de los hombres y de las mujeres. La teoría indica que son ellos entes activos, fuentes de erotismo y deseo sexual, mientras que ellas única-

mente juegan un rol pasivo, inhibiendo su sexualidad (Buss y Schmitt, 1993, citado en Díaz-Loving, 2002). A partir de lo anterior, habría que preguntarse si en la actualidad la expresión de la sexualidad está cambiando y qué tanto los hombres como las mujeres disfrutan de la misma por medio del *sexting* u otras conductas sexuales originalmente normalizadas en ellos y criticadas o victimizadas en ellas.

En el caso de los hombres se encontró una relación entre los factores Atractivo sensual/sexual, Disposición erotofílica y Aventurero, y la dimensión Expresión emocional de *sexting*. Es decir, cuando ellos viven su sexualidad de forma abierta, libre, atrevida e impulsiva, reconociendo que los hace sentir vulnerables y gustosos de placer en el *sexting*, expresan más emociones como la felicidad. Dir et al. (2013) mencionan que son los hombres quienes expresan mayores emociones positivas en el *sexting*, las cuales, a la vez, se relacionan con el sexo, el afecto y la excitación sexual.

De igual forma, tanto en hombres como en mujeres, se encontró una correlación negativa significativa entre el perfil Religioso y la Disposición activa hacia el *sexting*. En ellas, es igualmente negativa la correlación entre la Restricción sexual y las dimensiones Disposición activa hacia el *sexting* y la Participación real en *sexting*. Lo anterior indica que cuando los jóvenes expresan su sexualidad con base en creencias religiosas y morales, orientadas a la castidad (mujeres), menor es la práctica del *sexting*. Esto puede justificarse con base en la tendencia a conservar valores de castidad y virginidad en la cultura mexicana, y el control que ejerce la religión sobre la sexualidad (Díaz-Guerrero, 1994, citado en Castillo, 2005).

La sexualidad en hombres y mujeres ha tenido una creciente evolución biológica, cultural y social, al desarrollar nuevas formas de expresión erótico-sexuales más allá del coito (Díaz-Loving, 2002). El *sexting* es una práctica sexual que ha emergido en los últimos años debido al avance tecnológico y social. Es importante señalar que existen dos vertientes del *sexting*: uno positivo y otro negativo. El primero se refiere a todas aquellas motivaciones y comportamientos que se asocian a una sexualidad sana y consensuada entre dos personas. El segundo se enfoca en definir las posibles consecuencias

implicadas (porno venganza, por ejemplo), debido a la difusión (redes sociales, medios digitales) no autorizada a terceros, del contenido erótico sexual del actor-creador.

Con base en lo anterior, se recomienda la sensibilización del fenómeno del *sexting* en poblaciones jóvenes, sobre todo en las mujeres, quienes son más vulnerables a ser víctimas de las consecuencias negativas del *sexting*. Se exhorta a profesionales, tales como psicólogos, a indagar y concientizar acerca del *sexting*, que puede traer repercusiones tanto positivas como negativas a nivel psicológico y social entre los practicantes, sobre todo en edades tempranas.

En México es muy escasa la información acerca del *sexting* y su relación con diversas variables en poblaciones de adolescentes y jóvenes de diferentes estados, por lo que es necesario continuar realizando estudios en esta línea. Por último, sería recomendable revisar y actualizar los instrumentos, sobre todo la Escala de Conductas sobre *Sexting* (ECS), puesto que algunos ítems hacían referencia al uso de SMS, los cuales ya no son tan frecuentes entre los adolescentes y jóvenes, pues existen otras aplicaciones para el envío de mensajes.

REFERENCIAS

- Agustina, J. R. y Gómez-Durán, E. L. (2012). Sexting: Research criteria of a globalized social phenomenon. *Archives of Sexual Behavior*, 41(6), 1325-1328.
- Agustina, J. R. y Gómez-Durán, E. L. (2016). Factores de riesgo asociados al sexting como umbral de diversas formas de victimización. Estudio de factores correlacionados con el sexting en una muestra universitaria. *Revista de Internet, Derecho y Política*, (22), 21-47.
- Alonso Ruido, P. (2017). *Evaluación del fenómeno del sexting y de los riesgos emergentes de la red en adolescentes de la Provincia de Ourense* [Tesis doctoral, Universidad de Vigo].
- Castillo, R. (2005). *Diferencias en la personalidad sexual en hombres y mujeres que habitan en la ciudad de Mérida* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Yucatán].

- Chacón-López, H., Caurcel-Cara, M. J. y Romero-Barriga, J. F. (2019). Sexting en universitarios: relación con edad, sexo y autoestima. *Suma Psicológica: Fundación Universitaria Konrad Lorenz*, 26(1), 1-8.
- Chacón-López, H., Romero Barriga, J. F., Aragón Carretero, Y. y Caurcel Cara, M. J. (2016). Construcción y validación de la escala de conductas sobre sexting (ECS). *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(2), 99-115.
- Chalfen, R. (2009). 'It's only a picture': Sexting, 'smutty' snapshots and felony charges. *Visual Studies*, 24(3), 258-268.
- Delevi, R. y Weisskirch, R. S. (2013). Personality factors as predictors of sexting. *Computers in human behavior*, 29(6), 2589-2594.
- Díaz-Loving, R., Rivera Aragón, S., Rocha Sánchez, T. E. y Sánchez Aragón, R. (2002). Marcado por la conquista: rasgos de personalidad derivados de la vida sexual. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 18(1), 77-92.
- Dir, A. L. (2012). Understanding sexting behaviors, sexting expectancies, and the role of impulsivity in sexting behaviors [Master of science, Purdue University].
- Dir, A. L., Coskunpinar, A., Steiner, J. y Cyders, M. (2013). Understanding differences in sexting behaviors across gender, relationship status, and sexual identity, and the role of expectancies in sexting. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(8), 568-574.
- Dirección General de Comunicación Social, UNAM (1 de noviembre de 2017). México, entre los países que más ejerce sexting: UNAM. Fundación UNAM. Recuperado de: <http://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/mexico-entre-los-paises-donde-mas-se-ejerce-el-sexting-unam/>.
- Döring, N. (2014). Consensual sexting among adolescents: Risk prevention through abstinence education or safer sexting? *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 8(1).
- Gámez-Guadix, M., Borrajo, E. y Almendros, C. (2016). Risky online behaviors among adolescents: Longitudinal relations among problematic Internet use, cyberbullying perpetration, and meeting strangers online. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(1), 100-107.
- Gámez-Guadix, M., de Santisteban, P. y Resett, S. (2017). Sexting among Spanish adolescents: Prevalence and personality profiles. *Psicothema*, 29(1), 29-34.
- García-Gómez, A. (2019). Sexting and hegemonic masculinity: Interrogating male sexual agency, empowerment and dominant gendered norms. En P.

- Garcés-Conejos Blitvich y P. Bou-Franch (Eds.), *Analyzing digital discourse: New insights and future directions* (pp. 313-339). Palgrave MacMillan.
- La Vanguardia* (5 de diciembre de 2019). Ciudad de México castigará hasta con seis meses de cárcel la “pornovenganza”. *La Vanguardia*. Recuperado de <https://www.lavanguardia.com/internacional/20191205/472062154978/ciudad-de-mexico-ley-olimpia-pornovenganza-carcel-violencia-sexual-digital.html>.
- Lee, M. y Crofts, T. (2015). Gender, pressure, coercion and pleasure: Untangling motivations for sexting between young people. *The British Journal of Criminology*, 55(3), 454-473.
- Lenhart A. (2009) Teens and sexting. How and why minor teens are sending sexually suggestive nude or nearly nude images via text messaging. *Pew Internet & American Life Project*, 1-16.
- Levine, D. (2013). Sexting: A terrifying health risk... or the new normal for young adults? *Journal of Adolescent Health*, 52(3), 257-258.
- Lippman, J. y Campbell, S. (2014). Damned if you do, damned if you don't if you're a girl: Relational and normative contexts of adolescent sexting in the United States. *Journal of Children and Media*, 4(8), 371-386.
- Livingstone, S. y Görzig, A. (2014). When adolescents receive sexual messages on the internet: Explaining experiences of risk and harm. *Computers in Human Behavior*, 33, 8-15.
- Mejía Soto, G. (2014). Sexting: una modalidad cada vez más extendida de violencia sexual entre jóvenes. *Perinatología y reproducción humana*, 28(4), 217-221.
- Méndez, F. y Mendoza, D. (2 de septiembre de 2019). Tipificación de pornovenganza como delito, un paso para erradicar la violencia de género. *UNAM global*. Recuperado de www.unamglobal.unam.mx/?p=72205.
- Palmer Padilla, F. J. (2017) Seguridad y riesgos: cyberbullying, grooming y sexting [Tesis de maestría, Universidad Oberta de Catalunya].
- Poder Judicial del Estado de Yucatán (2014). Los ciberdelitos y su prevención. Micrositio informativo. Poder Judicial del Estado de Yucatán. Recuperado de <https://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/?page=ciberdelitos>.
- Quesada, S., Fernández-González, L. y Calvete, E. (2018). El sexteo (*sexting*) en la adolescencia: frecuencia y asociación con la victimización de ciberacoso y violencia en el noviazgo. *Behavioral Psychology*, 26(2), 225-242.

- Ringrose, J., Harvey, L., Gill, R. y Livingstone, S. (2013). Teen girls, sexual double standards and 'sexting': Gendered value in digital image exchange. *Feminist Theory*, 14(3), 305-323.
- Rodríguez, O. (23 de mayo de 2018). Yucatán, primero en sancionar sexting, pornovenganza y sextorsión. *La Jornada Maya*. Recuperado de <https://www.lajornadamaya.mx/2018-05-23/Yucatan--primero-en-sancionar-sexting--porno-venganza-y-sextorsion>.
- Rodríguez-Castro, Y., Alonso-Ruido, P., Lameiras-Fernández, M. y Failde-Garrido, J. M. (2018). Del sexting al cibercontrol en las relaciones de pareja de adolescentes españoles: análisis de sus argumentos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 170-178.
- Suler, J. (2004). The Online Disinhibition Effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326.
- Van Ouytsel, J., Van Gool, E., Walrave, M., Ponnet, K. y Peeters, E. (2017). Sexting: adolescents' perceptions of the applications used for, motives for, and consequences of sexting. *Journal of Youth Studies*, 20(4), 446-470.
- Walker, S., Sancí, L. y Temple-Smith, M. (2013). Sexting: Young women's and men's views on its nature and origins. *Journal of Adolescent Health*, 52(6), 697-701.
- Weiss, R. y Samenow, C. (2010) Smart phones, social networking, sexting and problematic sexual behaviors – A call for research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 17(4), 241-246.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE-REVISED (IPQ-R) EN ADULTOS MEXICANOS CON ASMA

Isaías Vicente Lugo González^{1*}

Cynthia Zaira Vega Valero*

El asma es una enfermedad crónica en la que se presenta inflamación de la vía aérea, obstrucción, sensibilidad e hiperreactividad a diversos elementos ambientales (Global Initiative for Asthma [GINA], 2016), en su desarrollo están implicados factores genéticos y medioambientales (Guía Mexicana de Asma [GUIMA], 2017). La World Health Organization (WHO, 2011) reportó que a nivel mundial hay más de 300 millones de personas que padecen asma, en México suman cerca de nueve millones, cifra que va en aumento (García-Sancho et al., 2012; Secretaría de Salud [SSA], 2016) y en los últimos años se ubicó como el cuarto padecimiento crónico más atendido en adultos, principalmente en urgencias y hospitalización (Dirección General de Epidemiología [DGE], 2015; Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias [INER], 2018), normalmente, debido a problemas de adherencia y de control del asma (Foster et al., 2011; GINA, 2016; GUIMA; 2017).

Se sabe que existen diferentes factores que favorecen la adherencia y el control del asma, algunos de ellos son el *tipo de tratamiento* (tipo, complejidad, forma de uso y costo), *características de la enfermedad* (aguda o crónica), *características sociodemográficas* (lugar de residencia, nivel educativo, nivel socioeconómico, estado civil, acceso, calidad y tipo de servicios de salud), *aspectos interpersonales* (apoyo social, relación con el médico) y las características de los pacientes (edad, género, rasgos de personalidad, cono-

¹ Contacto: isaiaavlg@comunidad.unam.mx.

El primer autor agradece al Conacyt por la beca (núm. 303407) otorgada para poder ser tutorado por el segundo autor.

* Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

cimientos sobre la enfermedad, habilidades conductuales, problemas emocionales, creencias sobre el tratamiento y creencias sobre la enfermedad) (DiMatteo, 2004; GINA, 2016; GUIMA, 2017; Hotz et al., 2003; Leventhal et al., 2008; Levesque et al., 2012; Palomino et al., 2015; Sánchez-Sosa, 2002).

En el caso del asma, se ha identificado que los factores individuales como las creencias sobre la enfermedad están vinculadas con la adherencia al medicamento de control, por ejemplo, tener una percepción de temporalidad aguda de la enfermedad, bajo control personal, percepción de leves consecuencias, mayor percepción de síntomas, causas externas de enfermedad, percepción negativa sobre el tratamiento y repercusiones emocionales asociadas con la enfermedad (Byer y Myers, 2000; Bender y Bender, 2005; Foster et al., 2011; Halm et al., 2006; Horne y Weinman, 2002; Jessop y Rutter, 2003; Ohm y Aaronson, 2006; Ponieman et al., 2009; Sofianou et al., 2013; Unni y Shiyanbola, 2016); del mismo modo, estas variables se han asociado a un pobre control del asma (Achstetter et al., 2016; Bahçecioğlu y Çevik-Akyl, 2004; Lugo-González et al., 2014).

En este contexto, dado que las creencias sobre el asma se consideran causas intencionales de la falta de adherencia, se ha pensado que también existe un vínculo con las creencias sobre el tratamiento y una repercusión final con el control de la enfermedad (Achstetter et al., 2016; Bahçecioğlu y Çevik-Akyl, 2004; Lugo et al., 2014). Un ejemplo de lo anterior es que desde la perspectiva del médico el tratamiento de control para el asma debe usarse diario; sin embargo, para algunos pacientes carecerá de sentido usarlo así si se cree que el asma es una enfermedad cíclica o aguda y no crónica (Halm et al., 2006; Østrem y Horne, 2015); creer que si no hay síntomas no se tiene asma (Halm, et al., 2006; Leventhal et al., 2010); creer que el medicamento de control únicamente es necesario cuando se tienen síntomas y no lo es cuando no se presentan o no son perceptibles o que su uso generará dependencia (Leventhal et al., 2012; McAndrew et al., 2008; Ponieman et al., 2009). Por lo tanto, estas creencias favorecerán un inadecuado control del asma.

El ejemplo anterior se deriva del Modelo de Sentido Común y Representación de Enfermedad (MSCRE) (Diefenbach y Leventhal, 1996), el cual

se define como un modelo de autorregulación que está organizado en tres etapas: 1) *etapa perceptual*: es la que constituyen las dimensiones de representación cognitiva y emocional de la enfermedad, subdivididas para su análisis en *identidad*: experiencia perceptual de la enfermedad, tipo, lugar y cantidad de síntomas o sensaciones somáticas asociadas a la enfermedad; *temporalidad*: percepción de duración (aguda, crónica o cíclica); *causas*: razones percibidas sobre lo que causó la enfermedad; *consecuencias*: repercusiones percibidas y experimentadas en diferentes áreas de la vida; *control personal*: capacidad percibida para controlar la enfermedad; *control del tratamiento*: impacto percibido que el tratamiento tendrá sobre el padecimiento; *coherencia*: claridad con la que se entiende la enfermedad, y *representación emocional*: percepción de repercusiones emocionales asociadas (Broadbent et al., 2006; Cameron y Moss-Morris, 2004; Diefenbach y Leventhal, 1996; Mora y McAndrew, 2013; Moss-Morris et al., 2002); 2) *etapa de respuesta*: se refiere a la implementación de conductas específicas de afrontamiento, dichas conductas se realizan con base en la etapa uno, y 3) *etapa de evaluación de resultados*: se refiere a la evaluación de los cambios derivados de las conductas implementadas y su efecto en los resultados de la enfermedad, como el control (Leventhal et al., 2010).

Desde esta lectura, resulta importante la evaluación de las subdimensiones del MSCRE para identificar cómo percibe cada persona su enfermedad y posteriormente trazar la asociación con variables como la adherencia y el control. Existen diversas formas de realizar dicha evaluación, como las siguientes: 1) ítems únicos, diseñados con base en el proceso del MSCRE, dirigidos a una enfermedad específica e implican un análisis individualizado de la percepción de la enfermedad (Mora y McAndrew, 2013; Pacheco-Huergo et al., 2012); 2) dibujos, que permiten identificar las percepciones y atribuciones sobre la enfermedad y los síntomas, además del efecto percibido de los tratamientos médicos en la condición o sintomatología de los pacientes (Cheung et al., 2017; Petrie y Weinman, 2006; Petrie y Weinman, 2012), y 3) instrumentos de evaluación: los que cuentan con un conjunto más amplio de ítems con el propósito de cuantificar el nivel que se tiene en cada una de

las subdimensiones del MSCRE (Mora y McAndrew, 2013; Moss-Morris et al., 2002; Weinman et al., 1996).

Ahora bien, hablando específicamente de los instrumentos de evaluación, se desarrolló inicialmente el Illness Perception Questionnaire (IPQ) (Weinman et al., 1996) para la evaluación de la percepción cognitiva de la enfermedad, constituido por 38 ítems divididos en cinco subdimensiones: identidad, causas, temporalidad, consecuencias y control-cura. Posteriormente, se realizó una versión revisada, el Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002), que incluye la evaluación de la percepción emocional de la enfermedad, y está conformado por 70 ítems divididos en nueve subdimensiones: identidad, control personal, control del tratamiento, temporalidad aguda/crónica, curso cíclico, consecuencias, representación emocional, coherencia y causas.

Finalmente, se construyó el Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ) (Broadbent et al., 2006) para la evaluación de la percepción cognitiva y emocional de la enfermedad, de manera breve; constituido por ocho ítems valorativos (0-10) divididos de la siguiente manera: 1) consecuencias, 2) temporalidad, 3) control personal, 4) control del tratamiento, 5) identidad, 6) preocupación, 7) coherencia, 8) representación emocional y 9) causas de la enfermedad (pregunta abierta). Actualmente el BIPQ y el IPQ-R son los instrumentos más empleados para la evaluación de la percepción de enfermedad, con base en el MSCRE, en el contexto clínico y de investigación (Broadbent et al., 2015).

Particularmente, el MSCRE ha sido adaptado a diferentes contextos y padecimientos, como ejemplo de ello se encuentran versiones para enfermedades crónicas en general (Aberkane, 2017), infección por el VIH (Wu et al., 2018), diabetes tipo 2 (Abubakari et al., 2012; Brzoska et al., 2012), desórdenes musculoesqueléticos (Albert et al., 2013; Nicholls et al., 2013), enfermedades cardíacas (Brink et al., 2011; Brzoska et al., 2012), depresión (Cabassa et al., 2008), esquizofrenia (Lobban et al., 2005), lesiones traumáticas (Chaboyer et al., 2012; Snell et al., 2010), hipertensión (Beléndez et al., 2005; Chen et al., 2008; Pacheco-Huergo et al., 2012), enfermedad renal crónica

(Chilcot et al., 2012), cáncer (Dempster y McCorry, 2012; Giannousi et al., 2010; Moon et al., 2017), pruebas cervicales anormales (Hagger y Orbell, 2005), incontinencia urinaria por estrés (Fan et al., 2017), problemas de memoria (Hurt et al., 2010), dermatitis atópica (Wittkowski et al., 2008) y fibromialgia (van Ittersum et al., 2009).

Cabe mencionar que en el contexto de México se encuentra sólo una adaptación para personas con obesidad (Hurtado-Piña, 2017); sin embargo, al ser una herramienta de amplia aplicación que posibilita el conocimiento de la percepción que los pacientes tienen de su enfermedad, resulta importante contar con una herramienta que permita realizar este tipo de evaluaciones y, por un lado, probar su relación con otras variables como las creencias sobre el tratamiento, las conductas de adherencia y el control de la enfermedad y, por otro, contar con herramientas para emplearlas en programas de intervención psicológica desde el MSCRE.

Derivado de lo anterior, este trabajo tuvo como propósito evaluar las propiedades psicométricas de la versión en español del IPQ-R en adultos mexicanos con asma.

MÉTODO

Participantes

Al considerar un muestreo no probabilístico de sujetos voluntarios (Hernández et al., 2014) se obtuvo una muestra por conveniencia de 315 pacientes con asma en la Ciudad de México: 233 (74%) mujeres y 82 (26%) hombres. Su promedio de edad fue de $X=43.96$, $DE=14.673$. En su mayoría, 209 (66.3%) de los participantes, fueron de la Ciudad de México; 79 (25.1%) del Estado de México, y 27 (8.6%) de otros estados de la República mexicana. Del total, 118 (9.5%) eran separados; 14 (4.4), divorciados y 10 (3.2), viudos. Respecto al nivel educativo, 80 (25.4%) tenía licenciatura; 78 (24.8%), secundaria; 68 (21.6), preparatoria; 30 (13%), carrera técnica; 35 (11.1%), primaria, y 13 (4.1%), posgrado; 41 (37.5%) eran casados; 98 (31.1%) eran

solteros; 45 (14.3%) vivían en unión libre. La mayoría se dedicaban a las labores del hogar, 91 (28.9%); 82 (26%) eran empleados; 36 (11.4%), profesionistas; 36 (11.4%), comerciantes; 27 (8.6%), estudiantes; 26 (8.3%), desempleados; 9 (2.9%) se dedicaban a algún oficio, y 8 (2.5%) eran jubilados. En relación con los aspectos de la enfermedad, el promedio en el tiempo de evolución fue de $X=13.63$ años, $DE=12.401$. Además, con base en la descripción de los pacientes, 96 (30.5%) tenía asma moderada; 66 (21%), leve; 49 (15.5%), severa; 33 (10.5%), intermitente, y 71 (22.5%) lo desconocía.

Ahora bien, los criterios de inclusión necesarios para que los pacientes pudieran participar fueron los siguientes: 1) ser mayor de edad; 2) diagnóstico confirmado de asma; 3) contar con tratamiento de control; 4) aceptar participar en la investigación, y 5) firma del consentimiento bajo información. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) ser menor de edad; 2) no tener diagnóstico de asma confirmado; 3) tener diagnóstico de asma, pero no haber iniciado tratamiento de control, y 4) no aceptar participar en la investigación. Finalmente, éstos fueron los criterios de eliminación: 1) aceptar participar y después declinar, y 2) responder los instrumentos de manera incompleta.

Diseño

De acuerdo con la clasificación de Méndez et al. (2001) se llevó a cabo un estudio de tipo observacional, descriptivo y comparativo.

Instrumentos

Cédula de datos sociodemográficos y clínicos: conjunto de preguntas para reunir información sobre datos personales, familiares, educativos, ocupacionales, antecedentes de enfermedad, tipo de tratamiento y severidad de enfermedad.

IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002): instrumento para la evaluación de la percepción cognitiva y emocional de la enfermedad. Está conformado por

70 ítems divididos en tres escalas diferentes: 1) Escala de identidad: lista de 14 síntomas con dos subescalas (síntomas experimentados y síntomas relacionados con la enfermedad), con formato de respuesta dicotómica, sí y no; 2) Escalas de control personal, control del tratamiento, temporalidad aguda/crónica, curso cíclico, consecuencias, representación emocional y coherencia de la enfermedad: conformadas por 38 ítems que evalúan creencias sobre la enfermedad, y 3) Escala de causas: conformada por 18 ítems divididas en cuatro subescalas: atribuciones de tipo psicológico, inmunidad, casualidad o accidentes y factores de riesgo. La forma de respuesta para la segunda y tercera escala son de tipo Likert de cinco puntos, la cual va de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. El alfa de Cronbach para la escala dos, oscila entre 0.79 y 0.89, y para la tercera escala, de 0.23 a 0.86. Para el presente estudio, se tomó como base la versión en español de Beléndez et al. (2005); al modificar el nombre de la enfermedad a las instrucciones y los ítems, se redujeron a cuatro las opciones para evitar respuestas centrales (DeVellis, 2012; Reyes-Lagunes, 2011).

Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) (Horne et al., 1999), del cual se empleó la versión para pacientes mexicanos con asma (Lugo-González y Vega-Valero, en proceso de evaluación). Este instrumento se utiliza para evaluar la percepción del tratamiento, el cual está conformado por dos escalas generales: 1) Escala de necesidad-preocupación sobre el tratamiento específico para la enfermedad: siete ítems que evalúan las creencias sobre la necesidad del uso del tratamiento y ocho ítems que evalúan la preocupación por efectos adversos de los mismos (BMQ específico, alfas de Cronbach de 0.83 y 0.79, respectivamente), y 2) Escala de daño de los medicamentos en general: cinco ítems que evalúan las creencias del efecto dañino que pueden generar (BMQ general, alfa de Cronbach de 0.78). La forma de respuesta para ambas escalas es de tipo Likert con cuatro puntos, que van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Medication Adherence Report Scale-Asthma (MARS-A, Horne y Hankins, 2002), del cual se empleó la versión para pacientes mexicanos con asma (Lugo-González y Vega-Valero, 2020). Es un instrumento que evalúa

el patrón de conductas de falta de adherencia al medicamento de control. Está constituido por siete ítems que implican conductas intencionales de falta de adherencia y cuenta con un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos que van de “siempre lo hago así” (1) a “nunca lo hago así” (4). El puntaje total de la escala se obtiene sumando las respuestas de cada ítem, por lo que puntajes más altos corresponden con un mejor nivel de adherencia, cuenta con datos adecuados de validez y confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.85. Además, considera un punto de corte de 26 para diferenciar entre pacientes adherentes de no adherentes.

Asthma Control Test (ACT) es instrumento para evaluar el control del asma (Nathan et al., 2004). Consta de cinco ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos y cuenta con un alfa de Cronbach de .84. La puntuación máxima es 25, la cual corresponde al asma controlada; de 20 a 24 puntos corresponde al asma parcialmente controlada, y una puntuación igual o menor a 19 corresponde al asma no controlada.

Análisis de resultados

Se utilizó el programa estadístico SPSS versión 20 para Windows y se realizaron análisis descriptivos para las características de los pacientes; se evaluó la normalidad de los datos del IPQ-R, para así determinar el tipo de estadísticos a utilizar en el análisis psicométrico; para esto se empleó el estadístico Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (K_S), con base en el tamaño de la muestra y el programa empleado para el análisis de datos (Pedrosa et al., 2015).

Dado que la escala de identidad y la escala de causas consideran identificar los síntomas atribuibles a la enfermedad y las posibles causas de ésta, los análisis necesarios únicamente son de tipo descriptivo y resulta no necesario obtener alguna propiedad psicométrica de esas escalas.

En relación con las subescalas de control personal, control del tratamiento, temporalidad aguda/crónica, curso cíclico, consecuencias, representación emocional y coherencia, se analizó la frecuencia y sesgo para determinar el comportamiento de los ítems; se evaluó la discriminación

de reactivos para grupos extremos y la correlación entre ítems y la prueba total, sin considerar para futuros análisis los ítems con correlaciones $<.20$; se evaluó la confiabilidad con el estadístico alfa de Cronbach (Ferrando y Anguiano, 2010; Reyes-Lagunes y García, 2008); posteriormente, para evaluar la validez del constructo se realizó un Análisis Factorial Exploratorio con el método de ejes principales con rotación Promax ($kappa=4$) (Osborne, 2014); para comprobar la pertinencia del modelo factorial se obtuvo el índice KMO , el cual debe de ser $\geq .8$ y la prueba de esfericidad de Bartlett en la que se debe obtener significancia estadística en el resultado de X^2 , además, para determinar el número de factores se consideraron los autovalores ≥ 1 y para la agrupación de los ítems a los factores se tomó el criterio de $\geq .4$ (Ferrando y Anguiano, 2010).

Posteriormente, para la evaluación de la validez convergente y divergente se realizaron análisis de correlación con el estadístico Rho de Spearman entre las subescalas del IPQ-R, la MARS, el BMQ y ACT.

Procedimiento

Participaron en la investigación pacientes que se encontraban en la sala de espera de la Clínica de Asma del INER; se le explicó a cada paciente el motivo de la investigación y se les solicitó su participación voluntaria para responder los instrumentos. Cuando los pacientes entregaban los instrumentos, se revisaba que estuvieran respondidos en su totalidad; finalmente, se entregaba una copia del consentimiento bajo información.

RESULTADOS

Escala de identidad

Como se mencionó en la descripción de los instrumentos, la escala de identidad está dividida en dos: la primera es sobre la experiencia de síntomas, en ella se emplea el instrumento para cuantificar; la segunda es sobre la identi-

ficación de síntomas de la enfermedad, o sea se identifican el número y el tipo de síntomas de la enfermedad. En la Tabla 1 se muestra la distribución de las respuestas de los pacientes, que en el caso de la identidad de síntomas de asma se obtuvo una $X=8.30$, $DE=3.404$ con un mínimo de ningún síntoma identificado, hasta 14 síntomas. En este sentido, los síntomas más identificados con la enfermedad fueron los siguientes: dificultad para respirar, silbido en el pecho, tos, flemas y opresión en el pecho. Con menor frecuencia se identifican los siguientes síntomas: cansancio, dificultad para dormir, dolor en el pecho, taquicardia y debilidad. Finalmente, los síntomas poco asociados con la enfermedad fueron los de irritación en los ojos, mareo, pérdida del apetito sexual y náuseas.

TABLA 1
Descripción de síntomas experimentados e identificados con el asma

<i>Síntomas</i>	<i>¿Ha tenido este síntoma?</i>				<i>¿Este síntoma es de asma?</i>			
	<i>Sí</i>		<i>No</i>		<i>Sí</i>		<i>No</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Opresión en el pecho	223	71.7	88	28.3	225	72.3	86	27.7
Dolor en el pecho	163	52.4	148	47.6	168	54	143	46
Náusea	73	23.5	238	76.5	45	14.5	266	85.5
Dificultad para respirar	265	85.2	46	14.8	271	87.1	40	12.9
Irritación en los ojos	148	47.6	163	52.4	91	29.3	220	70.7
Silbidos en el pecho	253	81.4	58	18.6	265	85.2	46	14.8
Cansancio	227	73	84	27	189	60.8	122	39.2
Dificultad para dormir	191	61.4	120	38.6	172	55.3	139	44.7
Mareos	97	31.2	214	68.8	63	20.3	248	79.7
Debilidad	162	52.1	149	47.9	125	40.2	186	59.8
Pérdida del apetito sexual	98	31.5	213	68.5	60	19.3	251	80.7
Taquicardia	159	51.1	152	48.9	143	46	168	54
Tos	268	86.2	43	13.8	265	85.2	46	14.8
Flemas	255	82	56	18	246	79.1	65	20.9

n= 311. Nota: Tabla de creación original.

En esta escala se pidió a los pacientes que mencionaran aquellos síntomas que identifiquen con su enfermedad y que no estén mencionados. En este caso, algunos pacientes también identificaron acné, ansiedad, ardor en las vías respiratorias, broncoespasmo, calambres, cansancio en los pulmones, constipación nasal, desmayo, dolor pulmonar, dolor de cabeza, dolor en el brazo, escurrimiento nasal, vértigo, urticaria, inflamación estomacal; tristeza, ansiedad y dolor de cabeza fueron los síntomas más reportados.

Escala de causas

Como se mencionó en la descripción de instrumentos, la escala de causas busca identificar la percepción de los pacientes sobre lo que originó su enfermedad; sin embargo, la forma de responderla es en términos de un continuo (de desacuerdo a de acuerdo), lo que posibilitaría factorizar las causas asociadas a la enfermedad. No obstante, ya que la finalidad es identificar de manera puntual qué consideran los pacientes que causó su enfermedad, se agruparon las respuestas “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” en la categoría “Sí” y en “desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo” en “No”.

En la Tabla 2 se identifican las principales causas asociadas al asma, en este caso, contaminación ambiental, alteración de las defensas del cuerpo, estrés o preocupaciones, atención médica deficiente en el pasado y el estado emocional (tristeza o ansiedad) fueron las más frecuentes. Respecto de las causas menos frecuentes, los accidentes, el consumo de alcohol, pensar de forma negativa, la personalidad, la casualidad y la mala suerte fueron las menos frecuentes.

Como en el caso de la escala de identidad, también se les pidió que eligieran, según su importancia, las tres primeras causas de su enfermedad. En este caso, las tres causas más importantes fueron la contaminación y la exposición al humo de tabaco y leña, el estrés, los estados emocionales negativos y la presencia de enfermedades respiratorias en la niñez, su cuidado inadecuado y un tratamiento incorrecto.

TABLA 2
Descripción de causas asociadas con el asma

<i>Lo que causó mi asma fue</i>	<i>Sí</i>		<i>No</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Estrés o preocupaciones	162	52.1	149	47.9
Hereditario, viene de familia	120	38.6	191	61.4
Un microbio o virus	119	38.3	192	61.7
Dieta o hábitos alimenticios	62	19.9	249	80.1
Casualidad o mala suerte	56	18	255	82
Atención médica deficiente en el pasado	152	48.9	159	51.1
Contaminación ambiental	224	72	87	28
Mis propias acciones	123	39.5	188	60.5
Pensar en la vida de forma negativa	50	16.1	261	83.9
Problemas familiares	78	25.1	233	74.9
Exceso de trabajo	77	24.8	234	75.2
Mi estado emocional (tristeza o ansiedad)	135	43.4	176	56.6
La edad o el envejecimiento	60	19.3	251	80.7
Beber alcohol	22	7.1	289	92.9
Fumar tabaco	97	31.2	214	68.8
Accidente o lesión	14	4.5	297	95.5
Mi personalidad o mi forma de ser	54	17.4	257	82.6
Alteración de las defensas del cuerpo	191	61.4	120	38.6

Nota: Tabla de creación original.

Datos descriptivos del IPQ-R

Sobre el comportamiento de los ítems del IPQ-R, en la Tabla 3 se muestran la frecuencia y sesgo de los ítems, así como los datos de no normalidad y la correlación ítem prueba total. Como se puede observar, cada una de las opciones de repuesta de los ítems fue elegida. El puntaje promedio para cada ítem fue diverso debido a que cada una de las subescalas orienta a dar respuestas diferentes además de aquellos ítems expresados de manera negativa. Referente al sesgo de los ítems, y en conjunto con el resultado de la prueba

de normalidad (κ s), se demuestra que los ítems se comportaron de manera anormal, por lo que se justifica el empleo de la prueba U de Mann-Whitney para el análisis de discriminación de reactivos para puntajes extremos, en el cual se contrastaron los percentiles uno y cuatro, encontrando que cada uno de los ítems del IPQ-R discrimina entre puntajes altos y bajos (z). Finalmente, en las correlaciones elemento total corregidas se identifican los siguientes ítems, que no se incluyeron para la evaluación factorial: 6 (temporalidad), 12 (consecuencias), 17 y 18 (control personal) y 33 (representación emocional).

TABLA 3
Compartimento estadístico del BMQ específico y general

Ítems	Frecuencias				Sesgo, normalidad, discriminación y correlación							
	1	2	3	4	M	DE	S	C	KS	Z	CE	
Temporalidad aguda/crónica												
Mi asma durará poco tiempo ^R	20	55	121	115	3.07	.889	-.667	-.353	.229**	-8.729**	.476	
Es muy probable que mi asma sea para siempre	38	41	127	105	2.97	.975	-.716	-.436	.262**	-10.398**	.639	
Mi asma durará mucho tiempo	43	53	136	79	2.81	.967	-.524	-.641	.270**	-9.886**	.620	
Mi asma se me quitará pronto ^R	40	65	104	20	58	136	97	-.311	.250**	-9.214**	.570	
Pienso que tendré asma el resto de mi vida	36	45	127	103	2.96	.965	-.684	-.452	.258**	-10.156**	.593	
Mi asma mejorará con el tiempo	84	155	143	29	2.39	1.06	-.709	-.043	.294**	-4.552**	.173	
Consecuencias												
Mi asma causa dificultades a los que me rodean	78	96	77	60	2.39	1.06	.160	-1.19	.201**	-10.067**	.560	
Mi asma tiene serias consecuencias económicas	26	60	130	95	2.95	.907	-.559	-.463	.247**	-9.584**	.547	
Mi asma es una enfermedad grave	29	78	129	75	2.81	.906	-.350	-.659	.241**	-9.492**	.526	
Mi asma afecta mucho la manera en la que me ven los demás	98	116	64	33	2.11	.968	.496	-.734	.231**	-9.141**	.470	
Mi asma ocasiona consecuencias importantes en mi vida	42	73	128	68	2.72	.953	-.338	-.782	.248**	-9.656**	.553	
Mi asma no repercute mucho en mi vida ^R	36	112	103	60	2.60	.928	-.011	-.880	.216**	-3.771**	.053	

Ítems	Frecuencias				Sesgo, normalidad, discriminación y correlación							
	1	2	3	4	M	DE	S	C	KS	Z	CE	
Control personal												
Tengo la capacidad para controlar mi asma	16	41	151	103	3.09	.813	-.755	.254	.270**	-8.532**	.290	
Los cambios en los síntomas de mi asma dependen de mí	17	65	136	93	2.98	.855	-.494	-.219	.245**	-8.495**	.287	
Lo que yo haga puede hacer que mi asma mejore o empeore	12	14	154	131	2.08	.995	-.494	-.423	.257**	-9.736**	.445	
Hay muchas cosas que puedo hacer para controlar los síntomas de mi asma	7	14	163	127	3.32	.667	-.931	1.54	.274**	-9.675	.470	
Cualquier cosa que yo haga no ocasiona cambios en el control de mi asma ^R	31	84	128	68	2.75	.911	-.282	-.712	.238**	-7.966	.127	
Mis acciones no tienen efecto en el control de mi asma ^R	30	70	138	73	2.82	.903	-.432	-.538	.260**	-8.360	.139	
Control del tratamiento												
El tratamiento que me dan los médicos ayuda a controlar mi asma	7	6	138	160	3.45	.650	.487	-1.26	.315**	-8.185**	.426	
Mi tratamiento será efectivo para controlar mi asma	29	55	138	89	2.92	.912	-.587	-.392	.264**	-9.084**	.268	
Las consecuencias negativas de tener asma se pueden prevenir con el tratamiento	11	38	156	106	3.15	.764	-.734	.399	.267**	-8.885**	.365	
Hay poco que se pueda hacerse para controlar mi asma ^R	17	33	153	108	3.14	.803	-.861	.547	.273**	-9.120**	.308	
No hay nada que pueda ayudar a controlar mi asma ^R	15	18	134	144	3.31	.788	-1.20	1.34	.272**	-9.163**	.307	
Coherencia												
Entiendo claramente mi asma	15	51	155	90	3.03	.804	-.611	.043	.274**	-7.590	.376	
Los síntomas de mi asma son difíciles de entender ^R	23	61	146	81	2.92	.865	-.539	-.281	.269**	-9.833	.563	
Hay muchas cosas que desconozco de mi asma ^R	37	111	100	63	2.61	.937	-.011	-.915	.218**	-10.241	.556	
No entiendo mi asma ^R	27	74	132	78	2.84	.902	-.403	-.595	.247**	-11.346	.636	

Ítems	Frecuencias				Sesgo, normalidad, discriminación y correlación							
	1	2	3	4	M	DE	S	C	KS	Z	CE	
Mi asma no tiene ningún sentido para mí ^R	19	46	133	113	3.09	.866	-.748	-.063	.249**	-9.357	.388	
Curso cíclico												
Mi asma mejora y empeora por temporadas	13	22	160	115	3.22	.752	-.977	1.16	.274**	-9.157	.513	
Mi asma es muy impredecible	37	86	134	54	2.66	.903	-.254	-.680	.251**	-10.241	.491	
Los síntomas de mi asma van y vienen por temporadas	20	32	154	104	3.10	.830	-.880	.495	.283**	-9.964	.525	
Los síntomas de asma cambian mucho de un día para otro	47	104	99	60	2.55	.970	-.016	-.976	.203**	-10.686	.519	
Representación emocional												
Mi asma no me preocupa ^R	40	48	120	103	2.92	.998	-.617	-.656	.250**	-4.290	.100	
Tener asma me hace sentir ansioso(a)	54	109	93	55	2.48	.978	.074	-.987	.213**	-8.867	.594	
Me deprimó cuando pienso en mi asma	91	95	79	46	2.26	1.03	.267	-1.10	.196**	-10.495	.687	
Mi asma hace que me sienta temeroso(a)	83	102	85	41	2.27	.998	.234	-1.01	.202**	-10.336	.684	
Mi asma me hace sentir enojado(a)	90	110	75	36	2.19	.981	.363	-.894	.218**	-10.331	.709	
Me preocupo cuando pienso en mi asma	64	75	120	52	2.51	1.00	-.153	-1.05	.238**	-10.322	.716	

1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. De acuerdo, 4. Totalmente de acuerdo; Simetría (s); Curtosis (c); Estadístico Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (ks); Estadístico U de Mann-Whitney (z); **p<0.01; Correlación elemento-total corregida (CE); ítems reversibles (^R). Nota: Tabla de creación original.

Análisis de confiabilidad y validez de constructo del IPQ-R

Los resultados en torno a la confiabilidad y validez del IPQ-R se consideraron como un proceso de toma de decisiones en el que se obtuvieron los siguientes datos de confiabilidad en un primer análisis: subescala de temporalidad $\alpha=0.808$, consecuencias $\alpha=0.779$, control personal $\alpha=0.739$, control del tratamiento $\alpha=0.569$, coherencia $\alpha=0.740$, curso cíclico $\alpha=0.720$ y representación emocional $\alpha=0.874$. Al evaluar la estructura factorial del IPQ-R,

inicialmente, se obtuvieron nueve factores con un $KMO=0.815$, $X^2=3924.621$, $p=.000$ y una Varianza Total Explicada (VTE) de 52.144%. Derivado de este análisis, se identificaron dos ítems con cargas factoriales $<.40$, es el caso del ítem 28 de coherencia (.273) y el ítem 30 de curso cíclico (.390), por lo cual fueron eliminados. Posteriormente, se realizó un segundo análisis en el que el ítem 32 de curso cíclico obtuvo una carga factorial de .348, por lo que también fue descartado. En un tercer análisis, se identificó que el ítem 24 de coherencia (entiendo claramente mi asma), se agrupó en la subescala de control del tratamiento y dada su incongruencia teórica fue eliminado. En un cuarto análisis, los ítems 22 y 23 de control del tratamiento obtuvieron cargas de .335 y .377, respectivamente, siendo también eliminados. Para finalizar, se realizó un quinto y definitivo análisis, el cual se muestra en la Tabla 4.

Como se puede observar, el último análisis determinó que el IPQ-R en población mexicana con asma, además de las escalas de identidad y causas, está conformado por cuatro factores: 1) representación emocional, con cinco ítems; 2) temporalidad aguda/crónica, con cinco ítems; 3) consecuencias, con cinco ítems, y 4) control personal, con cuatro ítems; factores con adecuadas propiedades de confiabilidad, con α que van de 0.739 a 0.874. Además, cuenta con tres indicadores: 1) coherencia con tres ítems; 2) curso cíclico con dos ítems, y 3) control del tratamiento con tres ítems. Finalmente, respecto de este análisis, como se puede observar en este grupo de subescalas, pasaron de 38 a 27 ítems, obteniendo resultados adecuados en la prueba de adecuación muestral y explicando un total de varianza de 51.611%.

Evidencia de validez convergente y divergente

Estas evidencias de validez se examinaron por medio de análisis de correlación Rho de Spearman. Para la validez convergente se analizó la relación entre 1) temporalidad, adherencia (MARS) y necesidad (BMQ) ($Rho=.173$, $p=.000$ y $Rho=.233$, $p=.000$, respectivamente); 2) consecuencias y necesidad ($Rho=.418$, $p=.000$); 3) control personal y control del asma (ACT) ($Rho=.319$, $p=.000$); 4) control del tratamiento, adherencia y necesidad ($Rho=-.011$, $p=.851$, $Rho=.255$, $p=.000$, respectivamente); 5) coherencia y adherencia

($Rho=.077$, $p=.172$); 6) representación emocional y preocupación (BMQ) ($Rho=.512$, $p=.000$), y 7) identidad (número de síntomas asociados a la enfermedad) y adherencia ($Rho=-.029$, $p=.606$). Para la validez convergente se analizó la siguiente relación: 1) consecuencias y control del asma ($Rho=-.326$, $p=.000$); 2) control del tratamiento y preocupación ($Rho=-.066$, $p=.244$); 3) coherencia y preocupación ($Rho=-.420$, $p=.000$); 4) representación emocional y control del asma ($Rho=-.419$, $p=.000$), y 5) identidad y control del asma ($Rho=-.419$, $p=.000$).

Proporcionados los datos, se comprueba que el IPQ-R y sus subescalas de temporalidad en términos crónicos, consecuencias, control del tratamiento e identidad convergen con la necesidad del tratamiento, no así con la adherencia al medicamento de control. En este mismo sentido, la subescala de control personal converge con el control del asma y representación emocional con preocupación por los efectos del tratamiento. Por su parte, el IPQ-R y sus subescalas de consecuencias y representación emocional se asociaron negativamente con el control del asma. Por su parte, la subescala de coherencia (entendimiento claro de la enfermedad) se vinculó negativamente con la preocupación de los efectos del tratamiento; finalmente, el control del tratamiento obtuvo una asociación negativa con la preocupación por el tratamiento, aunque fue extremadamente baja.

Interpretación de las puntuaciones del IPQ-R

En la subescala de identidad se reconocerá el tipo y número de síntomas identificados con el asma, entre más síntomas, mayor identidad. En la subescala de causas se obtendrá información respecto de las causas asociadas al desarrollo de asma. Finalmente, a mayor puntuación en representación emocional, temporalidad, consecuencias, control personal, coherencia, curso cíclico y control del tratamiento, mayor será la percepción de impacto emocional, cronicidad de la enfermedad, repercusiones negativas, autoeficacia para el control del asma, entendimiento de la enfermedad, ciclicidad de la enfermedad, sus síntomas y efectos positivos del tratamiento, respectivamente.

TABLA 4
Estructura factorial del IPQ-R para pacientes mexicanos con asma

Ítems	Factores							α
	1	2	3	4	5	6	7	
Representación emocional								
Mi asma hace que me sienta temeroso(a)	.852	-.018	-.079	-.044	-.002	-.031	.108	0.874
Me preocupo cuando pienso en mi asma	.808	.089	-.029	-.035	-.039	-.032	.073	
Me deprimó cuando pienso en mi asma	.768	-.001	.039	-.042	.075	.012	-.061	
Mi asma me hace sentir enojado(a)	.744	-.010	.081	.022	-.048	-.027	-.018	
Tener asma me hace sentir ansioso(a)	.593	-.038	.068	-.016	.095	.212	-.068	
Temporalidad aguda/crónica								
Es muy probable que mi asma sea para siempre	.028	.808	-.005	.176	-.126	-.060	-.029	0.808
Mi asma durará mucho tiempo	.067	.800	-.070	.163	-.141	-.053	-.054	
Pienso que tendré asma el resto de mi vida	-.028	.701	.104	.060	.001	.013	-.037	
Mi asma se me quitará pronto ^R	-.067	.576	.009	-.252	.151	.028	.035	
Mi asma durará poco tiempo ^R	.009	.518	-.054	-.283	.152	.091	.070	
Consecuencias								
Mi asma tiene serias consecuencias económicas	-.087	-.026	.751	-.043	.015	-.041	.098	0.779
Mi asma causa dificultades a los que me rodean	.033	-.008	.659	.088	.020	.072	-.176	
Mi asma ocasiona consecuencias importantes en mi vida	.169	.020	.601	.009	.019	-.088	.124	
Mi asma es una enfermedad grave	.029	.092	.573	-.084	-.012	.016	.105	
Mi asma afecta mucho la manera en la que me ven los demás	.230	-.118	.442	.055	-.114	-.059	-.155	

→

Ítems	Factores							
	1	2	3	4	5	6	7	α
Control personal								
Hay muchas cosas que puedo hacer para controlar los síntomas de mi asma	-.084	.020	.076	.719	-.007	.072	.094	0.739
Los cambios en los síntomas de mi asma dependen de mí	.032	.022	-.166	.598	.127	-.043	-.022	
Tengo la capacidad para controlar mi asma	-.039	-.034	-.023	.581	.025	-.040	.009	
Lo que yo haga puede hacer que mi asma mejore o empeore	-.024	.044	.095	.573	.128	.117	.078	
Indicadores								
Coherencia								
Hay muchos aspectos que desconozco sobre mi asma ^R	.013	-.063	.030	.067	.813	-.037	-.073	0.777
No entiendo mi asma ^R	.027	.000	.022	.081	.742	-.060	-.042	
Los síntomas de mi asma son difíciles de entender ^R	.009	.012	-.054	.077	.616	-.009	.098	
Curso cíclico								
Mi asma mejora y empeora por temporadas	-.062	.037	.091	-.048	-.059	.814	-.021	0.733
Los síntomas de asma van y vienen por temporadas	.120	-.057	-.152	.128	-.048	.715	.036	
Control del tratamiento								
El tratamiento médico me ayuda a controlar mi asma	-.080	.033	.203	.019	.011	.026	.694	0.591
Las consecuencias negativas de tener asma se pueden prevenir con el tratamiento	.114	.067	-.060	.091	.051	.005	.577	
Mi tratamiento será efectivo para controlar mi asma	.034	-.264	-.079	.062	-.147	-.030	.486	
KMO=0.809								
$X^2=3124.389^{**}$								
VTE=51.611								

** $p < .000$; ^R: ítems reversibles. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

Ya que el objetivo del presente trabajo fue evaluar las propiedades psicométricas del IPQ-R en adultos con asma, se puede concluir que el instrumento cuenta con propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de la percepción de enfermedad en este tipo de pacientes. Los resultados en relación con la escala de identidad mostraron la necesidad de incluir síntomas asociados a la enfermedad y ajustar algunos otros; por ejemplo, dadas las similitudes y su identificación como síntoma por parte de los pacientes, se consideró pertinente agrupar en un solo síntoma el cansancio y la debilidad e incluir los síntomas dolor de cabeza, ansiedad y tristeza en la escala de identidad. Ahora bien, se sabe que los principales síntomas de asma son la dificultad respiratoria, opresión en el pecho, sibilancias, flemas y tos (GINA, 2016; GUIMA, 2017); se corrobora que la mayoría de los pacientes identifican como síntomas de la enfermedad las consecuencias derivadas de una exacerbación de síntomas o de un control inadecuado, como el cansancio o la debilidad, dificultad para dormir, tristeza, ansiedad, entre otros (GINA, 2016; GUIMA, 2017). Además, se consideró poco necesario que cada uno de los síntomas se tuviera que responder de dos formas: si se ha experimentado el síntoma (además carece de instrucción temporal sobre la experiencia), y si se identifica con la enfermedad, sabiendo que la segunda respuesta es la que se contabiliza en la escala (Moss-Morris et al., 2002), ambas opciones hacen más compleja la forma de respuesta. En contraparte, la versión de Pacheco-Huergo et al. (2012) propone que en la escala de identidad se incluya una tercera forma de respuesta: identificar si los síntomas se asocian al tratamiento médico. Por su parte, en la versión de Hurtado-Piña (2017) la lista de síntomas fue adaptada para pacientes con obesidad y la opción de respuesta incluye tres posibles formas: no tengo este padecimiento; sí tengo este padecimiento, pero no está relacionado con mi sobrepeso, y tengo este padecimiento y sí está relacionado con mi sobrepeso.

En relación con la escala de causas, el proceso de ajuste de respuestas, eliminación e inclusión de causas se dio del mismo modo que la escala de

identidad. Por ejemplo, el IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002) emplea en esta escala una opción de respuesta tipo Likert, lo cual implica estar en cierto nivel de acuerdo o en desacuerdo con una posible causa, además, con esta forma de respuesta es posible obtener datos de confiabilidad y la estructura factorial de las causas; sin embargo, al finalizar la escala se les pregunta sobre las tres causas más importantes por las cuales desarrollaron la enfermedad. Un caso similar sucede en el BIPQ (Broadbent et al., 2006), entonces, la pregunta es si se desea saber qué es lo que creen que causó su enfermedad o con qué causas están más de acuerdo. Dado este contexto, se determinó que las opciones de respuesta fueran la siguientes: sí creo que causó mi enfermedad o no creo que causó mi enfermedad, de esta manera se identifica claramente cuáles son las causas atribuidas al desarrollo de su enfermedad; además, se detectó que los pacientes se confunden al diferenciar entre la causa de la enfermedad y la causa de los síntomas de la enfermedad, y cabe mencionar que esta forma de respuesta corresponde con la primera versión del IPQ (Weinman et al., 1996). Por su baja frecuencia, finalmente se descartaron las opciones beber alcohol y accidente o lesión como causantes del asma; estar expuesto al humo de tabaco y fumar fueron incluidas en una misma causa, otras causas incluidas fueron el uso o exposición al humo de leña o petróleo, cloro, químicos, frío, humedad y enfermedades respiratorias mal cuidadas, con base en las respuestas de los pacientes a la pregunta sobre las tres principales causas asociadas a su enfermedad.

Respecto de la sección del IPQ-R en que se agrupan el resto de las subescalas, en general se puede mencionar que se replicó la estructura factorial propuesta en la versión original (Moss-Morris et al., 2002), así como en las versiones para enfermedades cardíacas (Brink et al., 2011), lesiones traumáticas (Chaboyer et al., 2012; Snell et al., 2010), hipertensión (Beléndez et al., 2005), cáncer (Giannousi et al., 2010; Moon et al., 2017), desórdenes musculoesqueléticos (Nicholls et al., 2013), dermatitis atópica (Wittkowski et al., 2008) y fibromialgia (van Ittersum et al., 2009), aunque sólo con 27 ítems y tres factores pasando a ser indicadores. En relación con los datos de confiabilidad para los factores de control personal $\alpha=0.739$, consecuencias

$\alpha=0.779$, temporalidad $\alpha=0.808$ y representación emocional $\alpha=0.874$, existen algunas discrepancias con el IPQ-R original (Moss-Morris et al., 2002), esto en las subescalas de control personal $\alpha=0.81$, consecuencias $\alpha=0.84$ y temporalidad $\alpha=0.89$; sin embargo, los datos del presente estudio son aceptables. Respecto de la versión mexicana para pacientes con obesidad (Hurtado-Piña, 2017), los datos son similares en representación emocional $\alpha=0.85$, en la agrupación de control y consecuencias $\alpha=0.74$, no así en temporalidad $\alpha=0.73$.

Al seguir esta misma línea y en lo que respecta a la evaluación de la validez estructural es necesario señalar que los estudios de referencia para la versión actual (Beléndez et al., 2005; Hurtado-Piña, 2017; Moss-Morris et al., 2002) emplearon técnicas de factorización basadas en el análisis de componentes principales con rotación varimax, lo cual es considerado inadecuado ya que este tipo de factorizaciones no se dirigen a identificar una estructura factorial, sino por el contrario, a reducir el número de variables. En este sentido, dado que en el presente estudio no se identificó normalidad en los datos del IPQ-R, se procedió a realizar el análisis basado en ejes principales, el cual se recomienda cuando los datos no son normales (Osborne, 2014).

En el presente estudio se eliminaron en total 11 ítems; prácticamente de todas las subdimensiones agrupadas en esta sección del IPQ-R; seis de ellos fueron ítems negativos, lo que sugiere dificultad para entender su contenido o que no aplican en el contexto de la enfermedad y con la perspectiva de los pacientes. Por ejemplo, el ítem seis de temporalidad (mi asma mejorará con el tiempo) no implica una descripción del asma como crónica o aguda; el ítem 32 de curso cíclico (los síntomas de asma cambian mucho de un día para otro), si bien el asma se caracteriza por periodos sintomáticos y asintomáticos (GINA, 2016; GUIMA, 2017) el cambio no se da necesariamente de un día para otro, y los ítems 22 y 23 de control del tratamiento en los que se describe lo poco o nada que se puede hacer para controlar el asma, en su contenido no se menciona claramente algún tratamiento.

Ahora bien, con base en los resultados obtenidos en los datos de validez convergente se identificó que las creencias sobre el asma evaluadas por me-

dio del IPQ-R no se asocian o lo hacen de manera muy baja con la adherencia al medicamento de control; por ejemplo, las subdimensiones de temporalidad ($Rho=.173$), control del tratamiento ($Rho=-.011$), coherencia ($Rho=.077$) e identidad ($Rho=-.029$). Cabe mencionar que teóricamente hay sustento para suponer que deberían de asociarse, pues se esperaría que a mayor percepción de cronicidad, mayor percepción positiva del tratamiento, mayor entendimiento de la enfermedad y mayor número de síntomas identificados, se tendría una mayor adherencia (Byer y Myers, 2000; Halm et al., 2006; Horne y Weinman, 2002; Ponieman et al., 2009; Sofianou et al., 2013; Unni y Shiyanbola, 2016); sin embargo, no fue así.

Estos resultados tienen varias lecturas y explicaciones; por un lado, la falta de asociación entre las creencias sobre el asma y la adherencia se ha descrito en diferentes estudios de revisión y metaanálisis, en los que se ha cuestionado no sólo el papel de las creencias sobre la enfermedad como variables asociadas a la adherencia, sino del MSCRE (Aujla et al., 2016; Brandes y Mullan, 2014; Holmes et al., 2014; Kucukarslan, 2012). Por otro lado, las críticas vienen desde el mismo MSCRE, es decir, se considera que la evaluación de las subdimensiones del MSCRE centradas en el instrumento (Moss-Morris et al., 2002) muestran limitaciones, ya que los ítems son genéricos y aplicables a cualquier enfermedad mediante un ajuste de contenido y no son, necesariamente, ítems diseñados con base en el proceso del MSCRE, ni son dirigidos a una enfermedad específica y tampoco realizan un análisis individualizado de la percepción de la enfermedad (Leventhal et al., 2010; Mora y McAndrew, 2013), de ahí que las correlaciones sean nulas o muy bajas.

A pesar de lo anterior, las investigaciones han propuesto que una de las posibles causas de la falta de asociación entre estas variables es que las creencias sobre el asma se dirigen a la enfermedad y no a la conducta de adherencia, por lo que las creencias más cercanas a la adherencia serían aquellas sobre el tratamiento, no sobre la enfermedad. Horne y Weinman (2002) propusieron un modelo en el que las creencias sobre el tratamiento mediaban las creencias sobre la enfermedad y las conductas de adherencia, dicho mo-

delo fue probado de manera experimental y arrojó resultados que corroboran esta hipótesis (Kucukarslan et al., 2013; Kucukarslan et al., 2014). De hecho, Kucukarslan (2012), Aujla et al. (2016) y Unni y Shiyanbola (2016) consideran necesario incluir las creencias sobre el tratamiento (Horne et al., 1999) al MSCRE para el trabajo de explicación, predicción e intervención en conducta de adherencia en personas que padecen asma u otras enfermedades crónicas.

Ahora bien, con base en estas precisiones, en el presente estudio se observa claramente que las correlaciones entre creencias sobre el asma y sobre el tratamiento de control son mejores; por ejemplo, temporalidad y necesidad (BMQ) ($Rho=.233$), consecuencias y necesidad ($Rho=.418$), control del tratamiento y necesidad ($Rho=.255$) y representación emocional y preocupación (BMQ) ($Rho=.512$).

Al tomar como base las evidencias encontradas se reitera que el IPQ-R es un instrumento confiable y válido para la evaluación de la percepción de enfermedad en pacientes con asma. Es importante mencionar que la forma de obtención de la muestra puede representar un problema, ya que fue de tipo no probabilístico, y la mayoría de los participantes eran residentes de la Ciudad de México; además, aparece una discrepancia importante en la variable de sexo, debido a que la prevalencia de asma es mayor en mujeres que en hombres durante la adolescencia y la edad adulta, no así en la niñez (GINA, 2016; GUIMA, 2017).

Finalmente, se considera necesario continuar acumulando evidencias como la estabilidad temporal, la validez de tipo predictivo y los estudios de tipo confirmatorio. Además, derivado de los resultados de validez convergente y divergente sería importante probar modelos en los que se identifique la tendencia de asociación entre creencias de enfermedad y del tratamiento, para poder explicar de manera más robusta las conductas de adherencia y el control de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Aberkane, S. (2017). Psychometric testing of an arabic translation of the Revised-Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for chronic illness patients. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 24(4), 74-85. DOI: 10.21315/mjms2017.24.4.9.
- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Devendra, D. y Anderson, J. (2012). Psychometric properties of the Revised Illness Perception Questionnaire: Factor structure and reliability among African-origin populations with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 672-681. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.008.
- Achstetter, L. I., Schultz, K., Faller, H. y Schuler, M. (2016). Leventhal's common-sense model and asthma control: Do illness representations predict success of an asthma rehabilitation? *Journal of Health Psychology*, 1, 1-10. DOI: 10.1177/1359105316651332.
- Albert, V., Coutu, M. F. y Durand, M. J. (2013). Internal consistency and construct validity of the Revised Illness Perception Questionnaire adapted for work disability following a musculoskeletal disorder. *Disability and Rehabilitation*, 35(7), 557-565. DOI: 10.3109/09638288.2012.702849.
- Aujla, N., Walker, M., Sprigg, N., Abrams, K., Massey, A. y Vedhara, K. (2016). Can illness beliefs, from the common-sense model, prospectively predict adherence to self-management behaviours? A systematic review and meta-analysis. *Psychology & Health*, 31(8), 931-958. DOI: 10.1080/08870446.2016.1153640.
- Bahçecioglu Turan, G. y Çevik-Akyil, R. (2014). Determination of effect on asthma control of illness perception of asthma patients. *Acta Medica Mediterránea*, 30(3), 591-600. Recuperado de <http://www.actamedicamediterranea.com/>.
- Beléndez Vázquez, M., Bermejo Alegría, R. M. y García Ayala, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3106.pdf>.
- Bender, B. G. y Bender, S. E. (2005). Patient-identified barriers to asthma treatment adherence: responses to interviews, focus groups, and questionnaires. *Immunology and Allergy Clinics of North America*, 25(1), 107-130. DOI: 10.1016/j.iac.2004.09.005.

- Brandes, K. y Mullan, B. (2014). Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis. *Health Psychology Review*, 8(2), 129-153. DOI:10.1080/17437199.2013.820986.
- Brink, E., Alsén, P. y Cliffordson, C. (2011). Validation of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in a sample of persons recovering from myocardial infarction – the Swedish version. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(6), 573-579. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2011.00901.x.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. y Weinman, J. (2006). The brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 60(6), 631-637. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020.
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanetz, H., Weinman, J., Norton, S. y Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & Health*, 30(11), 1361-1385. DOI: 10.1080/08870446.2015.1070851.
- Brzoska, P., Yilmaz, A. Y., Sultanoglu, E., Sultanoglu, B. y Razum, O. (2012). The factor structure of the Turkish version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in patients with diabetes and cardiovascular disease. *BMC Public Health*, 12(1), 852. Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/852>.
- Byer, B. y Myers, L. B. (2000). Psychological correlates of adherence to medication in asthma. *Psychology, Health & Medicine*, 5(4), 389-393. DOI: 10.1080/713690213.
- Cabassa, L. J., Lagomasino, I. T., Dwight-Johnson, M., Hansen, M. C. y Xie, B. (2008). Measuring Latinos' perceptions of depression: A confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14(4), 377-384. DOI: 10.1037/a001282.
- Cameron, L. D. y Moss-Morris, R. (2004). Illness-related cognition and behavior. En A. A., Kaptein y J. Weinman (Eds.), *Health Psychology* (pp. 84-110). BPS Blackwell.
- Chaboyer, W., Lee, B. O., Wallis, M. y Chien, C. S. (2012). Taiwanese translation and psychometric testing of the revised Illness Perception Questionnaire for patients with traumatic injury. *Journal of Clinical Nursing*, 21(23-24), 3466-3474. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03964.x.
- Chen, S. L., Tsai, J. C. y Lee, W. L. (2008). Psychometric validation of the Chinese version of the Illness Perception Questionnaire-Revised for patients with

- hypertension. *Journal of Advanced Nursing*, 64(5), 524-534. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2008.04808.x.
- Cheung, M. M. Y., Saini, B. y Smith, L. (2017). Drawing asthma: An exploration of patients' perceptions and experiences. *Journal of Asthma*, 55(3), 284-293. DOI: 10.1080/02770903.2017.1325492.
- Chilcot, J., Norton, S., Wellsted, D. y Farrington, K. (2012). The factor structure of the revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in end-stage renal disease patients. *Psychology, Health & Medicine*, 17(5), 578-588. DOI: 10.1080/13548506.2011.647702.
- Dempster, M. y McCorry, N. K. (2012). The factor structure of the Revised Illness Perception Questionnaire in a population of oesophageal cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 21(5), 524-530. DOI: 10.1002/pon.1927.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development: Theory and applications*. SAGE Publications.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Medical Care*, 42(3), 200-209. DOI: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9.
- Diefenbach, M. A. y Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. DOI: 10.1007/BF02090456.
- Dirección General de Epidemiología (DGE, 2015). *Anuarios de morbilidad 1984-2015*. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>.
- Fan, Y., Huang, Z., Zhang, D., Chang, J., Jia, Y., He, S. y Wei, B. (2017). Psychometric validation of the Chinese version of the Illness Perception Questionnaire-Revised for women with stress urinary incontinence. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 43(8), 1305-1316. DOI: 10.1111/jog.13351.
- Ferrando, P. J. y Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441003>.
- Foster, J. M., Lavoide, K. L. y Boulet, L. P. (2011). Treatment adherence and psychosocial factors in severe asthma. En K. F. Chung, E. H. Bel y S. E. Wenzel (Eds.), *European Respiratory Monograph: Difficult-to-treat severe asthma*, 51 (pp. 28-49). European Respiratory Society. DOI: 10.1183/1025448x.erm5110.

- García-Sancho, C., Fernández-Plata, R., Martínez-Briseño, D., Franco-Marina, F. y Pérez-Padilla, J. R. (2012). Prevalencia y riesgos asociados con pacientes adultos con asma de 40 años o más de la Ciudad de México: estudio de base poblacional. *Salud Pública de México*, 54(4), 425-432.
- Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V. y Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: A validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology*, 19(1), 85-92. DOI: 10.1002/pon.1538.
- Global Initiative for Asthma (GINA, 2016). Global strategy for asthma management and prevention. Recuperado de www.ginasthma.org.
- Guía Mexicana de Asma (GUIMA, 2017). Guía Mexicana de Asma. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 76(1), 1-137.
- Hagger, M. S. y Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology & Health*, 20(2), 161-173. DOI: 10.1080/0887044042000334724.
- Halm, E., Mora, P. y Leventhal, H. (2006). No Symptoms, No Asthma: The acute episodic disease beliefs is associated with poor self-management among inner-city adults with persistent asthma. *Chest*, 129(3), 573-580. DOI: 10.1378/chest.129.3.573.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw-Hill.
- Holmes, E. A. F., Hughes, D. A. y Morrison, V. L. (2014). Predicting adherence to medications using health psychology theories: A systematic review of 20 years of empirical research. *Value in Health*, 17(8), 863-876. DOI: 10.1016/j.jval.2014.08.2671.
- Horne, R., Hankins, M. y Chisari, C. (2002). The Medication Adherence Report Scale. A measurement tool for eliciting patients' reports of nonadherence. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(7), 1281-1288. DOI: 10.1111/bcp.14193.
- Horne, R. y Hankins, M. (2002). *The Medication Adherence Report Scale*. Center for Health Care Research.
- Horne, R. y Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology & Health*, 17(1), 17-32. DOI: 10.1080/08870440290001502.

- Horne, R., Weinman, J. y Hankins, M. (1999). The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ): The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health*, 14(1), 1-24. DOI: 10.1080/08870449908407311.
- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. y Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. En E. Sabate (Ed.), *Adherence to long-term therapies: Evidence for action* (pp. 135-149). World Health Organization.
- Hurt, C. S., Burns, A., Brown, R. G. y Barrowclough, C. (2010). Perceptions of subjective memory complaint in older adults: the Illness Perception Questionnaire-Memory (IPQ-M). *International Psychogeriatrics*, 22(5), 750-760. DOI:10.1017/S1041610209991542.
- Hurtado-Piña, A. (2017). *Validación de un instrumento basado en el Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-M) para pacientes mexicanos con obesidad* [Tesis de maestría, Universidad Iberoamericana]. Recuperado de <http://ri.iberomx:8080/viewer/?code=016446#>.
- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, 2018). Informe anual 2017. Recuperado de www.iner.salud.gob.mx.
- Jessop, D. C. y Rutter, D. R. (2003). Adherence to asthma medication: The role of illness representations. *Psychology and Health*, 18(5), 595-612. DOI: 10.1080/0887044031000097009.
- Kucukarslan, S. N. (2012). A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(5), 371-382. DOI: 10.1016/j.sapharm.2011.09.002.
- Kucukarslan, S. N., Lee, K. S., Patel, T. D. y Ruparelia, B. (2013). An experiment using hypothetical patient scenarios in healthy subjects to evaluate the treatment satisfaction and medication adherence intention relationship. *Health Expectations*, 18(5), 1291-1298. DOI: 10.1111/hex.12103.
- Kucukarslan, S. N., Plumley, D., Chang, A. y Ueda, A. (2014). Intending to adhere or to not adhere: Results from an experiment in healthy subjects testing illness perceptions and behavioral intentions in asthma. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 10(1), 239-245. DOI: 10.1016/j.sapharm.2013.05.001.
- Leventhal, H., Bodnar-Deren, S., Breland, J., Hash-Converse, J. y Phillips, A. L. (2012). Modeling health and illness behavior: The approach of the common-

- sense model. En A. Baum, T. A. Revenson y J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology*. 3-35. Routledge. Taylor & Francis Books.
- Leventhal, H., Breland, J. Y., Mora, H. y Leventhal, E. (2010). Lay representations of illness and treatment: A framework for action. En A. Steptoe (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*. 137-154. Springer Science-Business Media. DOI: 10.1007/978-0-387-09488-5_11.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E. y Phillips, A. (2008). Health Psychology: The search for pathways between behavior and health. *Annual Review of Psychology*, 59, 477-505. DOI: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093643.
- Levesque, A., Li, H. Z. y Pahal, J. S. (2012). Factors related to patients' adherence to medication and lifestyle change recommendations: Data from Canada. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 42.
- Lobban, F., Barrowclough, C. y Jones, S. (2005). Assessing cognitive representations of mental health problems. I. The illness perception questionnaire for schizophrenia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 147-162. DOI:10.1348/014466504X19497.
- Lugo-González, I. V., Reynoso-Erazo, L. y Fernández-Vega, M. (2014). Percepción de enfermedad, depresión, ansiedad y control del asma: una primera aproximación. *Neumología y Cirugía de Tórax*. 73(2), 114-121. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/>.
- Lugo-González, I. V. y Vega-Valero, C. Z. (2020). Propiedades psicométricas de la Medication Adherence Report Scale-Asthma (MARS-A) en adultos mexicanos con asma. *Psicología y Salud*, 30(2).
- McAndrew, L. M., Musumeci-Szabó, T. J., Mora, P. A., Vileikyte, L., Burns, E., Halm, E. A., Leventhal, E. y Leventhal, H. (2008). Using the common-sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: from description to process. *British Journal of Health Psychology*, 13(2), 195-204. DOI:10.1348/135910708X295604.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., y Sosa, C. (2001), *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. Trillas.
- Mora, P. y McAndrew L. M. (2013). Common-sense model of self-regulation. En M. D. Gellman y J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 460-467). Springer. DOI: 10.1007/978-1-4419-1005-9.

- Moon, Z., Moss-Morris, R., Hunter, M. S. y Hughes, L. D. (2017). Measuring illness representations in breast cancer survivors (BCS) prescribed tamoxifen: Modification and validation of the Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-BCS). *Psychology & Health*, 32(4), 439-458. DOI: 10.1080/08870446.2016.1275629.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. y Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*. 17(1), 1-16. DOI: 10.1080/08870440290001494.
- Nathan, R. A., Sorkness, C. A., Kosinski, M., Schatz, M., Li, J. T., Marcus, P., Murray, J. y Pendergraft, T. B. (2004). Development of the asthma control test: a survey for assessing asthma control. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 113(1), 59-65. DOI: 10.1016/j.jaci.2003.09.008.
- Nicholls, E. E., Hill, S. y Foster, N. E. (2013). Musculoskeletal pain illness perceptions: factor structure of the Illness Perceptions Questionnaire-Revised. *Psychology & Health*, 28(1), 84-102. DOI: 10.1080/08870446.2012.714782.
- Ohm, R. y Aaronson, L. S. (2006). Symptom perception and adherence to asthma controller medications. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(3), 292-297. DOI: 10.1111/j.1547-5069.2006.00116.x.
- Osborne, J. W. (2014). *Best practices in exploratory factor analysis. Four recommendations for getting the most from your analysis*. CreateSpace Independent Publishing.
- Østrem, A. y Horne, R. (2015). Reducing asthma attacks: consider patients' beliefs. *Primary Care Respiratory Medicine*, 25, 15021. DOI: 10.1038/npjpcrm.2015.21.
- Pacheco-Huergo, V., Viladrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., Amado-Guirado, E., Núñez, E. y del Val, J. L. (2012). Percepción en enfermedades crónicas: Validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*. 44(5), 280-287. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.11.022.
- Palomino, A. A., Morales, O. L., Contreras, J. O. y Salazar, O. F. (2015). Cumplimiento terapéutico en asma: ¿un problema de gran magnitud? *Latreia*, 28(4), 400-409. DOI 10.17533/udea.iatreia.v28n4a05.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J. y García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétri-

- cas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245. DOI: 10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad.
- Petrie, K. y Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, 6(6), 536-539. DOI: 10.7861/clinmedicine.6-6-536.
- Petrie, K. y Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 60-65. DOI: 10.1177/0963721411429456.
- Ponieman, D., Wisnivesky, J. P., Leventhal, H., Musumeci-Szabó, T. J. y Halm, E. A. (2009). Impact of positive and negative beliefs about inhaled corticosteroids on adherence in inner-city asthmatic patients. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 103(1), 38-42. DOI: 10.1016/S1081-1206(10)60141-X.
- Reyes-Lagunes, I. (2011). Conceptualización y desarrollo de la etnopsicometría en México. En A. Domínguez (comp.), *Letras introductorias a la psicología cultural, transcultural y etnopsicología*. 279-302. Universidad Iberoamericana.
- Reyes-Lagunes, I. y García y Barragán, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. *La Psicología Social en México, XII*, 625-630.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*. 19(1), 85-92. Recuperado de <http://www.redalyc.org/revista.oa?id=2430>.
- Secretaría de Salud (SSA, 2016). Siete por ciento de la población en México padece asma. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/prensa/siete-por-ciento-de-la-poblacion-en-mexico-padece-asma>.
- Snell, D. L., Siebert, R. J., Hay-Smith, E. J. C. y Surgenor, L. J. (2010). An examination of the factor structure of the Revised Illness Perception Questionnaire modified for adults with mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 24(13-14), 1595-1605. DOI: 10.3109/02699052.2010.523048.
- Sofianou, A., Martynenko, M., Wolf, M., Wisnivesky, J., Krauskopf, K., Wilson, E., Sanghavi, M., Leventhal, H., Halm, M. y Federman, A. (2013). Asthma beliefs are associated with medication adherence in older asthmatics. *Journal of General Internal Medicine*, 28(1), 67-73. DOI: 10.1007/s11606-012-2160-z.
- Unni, E. y Shiyabola, O. O. (2016). Clustering medication adherence behavior based on beliefs in medicines and illness perceptions in patients taking asth-

- ma maintenance medications. *Current Medical Research and Opinion*, 32(1), 113-121. DOI: 10.1185/03007995.2015.1105204.
- van Ittersum, M. W., van Wilgen, C. P., Hilberdink, W. K. H. A., Groothoff, J. W. y van Der Schans, C. P. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74(1), 53-60. DOI: 10.1016/j.pec.2008.07.041.
- Weinman, J., Petrie, K., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(1), 431-45. DOI: 10.1080/08870449608400270
- Wittkowski, A., Richards, H. L., Williams, J. y Main, C. J. (2008). Factor analysis of the Revised Illness Perception Questionnaire in adults with atopic dermatitis. *Psychology, Health and Medicine*, 13(3), 346-359. DOI: 10.1080/13548500701487697.
- World Health Organization (WHO) (2011). *Asthma*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>.
- Wu, X., Lau, J. T. F., Mak, W. W., Gu, J., Mo, P. K. y Wang, X. (2018). How newly diagnosed HIV-positive men who have sex with men look at HIV/AIDS – validation of the Chinese version of the revised illness perception questionnaire. *BMC Infectious Diseases*, 18(2), 1-10. DOI: 10.1186/s12879-017-2902-y.

RESILIENCIA

RESILIENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES¹

Karla María Urías Aguirre^{2}*

*Liliana Jazmín Salcido Cibrián**

*Xolyanetzin Montero Pardo**

El estudio de la resiliencia en la psicología se ha realizado desde hace varias décadas, aunque en los últimos años ha cobrado mayor relevancia. El concepto de resiliencia implica competencia o un positivo y efectivo afrontamiento como respuesta al riesgo o a la adversidad (Luthar y Cushing, 1999). Los primeros estudios estaban enfocados en casos clínicos, después se concentraron en los casos de los familiares de enfermos mentales y ahora se analizan los conflictos interpersonales, la pobreza, los divorcios o en las personas que han vivenciado problemas, traumas o situaciones extremas en la infancia o adultez que, sin embargo, han podido salir adelante, a pesar de alguna dificultad física o psicológica, (Becoña, 2006). Los estudios más recientes se dirigen a distintas poblaciones, la mayoría se concentra en la edad adulta y son menos los estudios que analizan este concepto de resiliencia en etapas más tempranas, por lo cual, la presente investigación estudia la resiliencia, así como los cambios durante dos periodos específicos del desarrollo vital: la infancia y la adolescencia. Se tiene como objetivo conocer los factores protectores internos, factores protectores externos y la empatía, que brinda un análisis de la resiliencia de manera general, para examinar si existen cambios en las puntuaciones de niños y adolescentes.

¹ Esta investigación se ha elaborado dentro del marco de los Proyectos de Investigación *Hostigamiento escolar en infantes y adolescentes*, subvencionado por el Programa de Fomento y Apoyo a Proyectos de Investigación, PROFAPI 2015/286.

² Contacto: karlaurias@uas.edu.mx.

* Universidad Autónoma de Sinaloa.

Las etapas de infancia y adolescencia son periodos de la vida constituidos por las primeras disposiciones mentales y comportamentales, marcadas principalmente por socializaciones múltiples y complejas (Lahire, 2007), en las cuales se hace sentir la influencia conjunta y en ocasiones contradictoria de la familia, los grupos de amigos y la institución escolar. Durante estas etapas, el individuo empieza a conocer las formas de interactuar, establece vínculos afectivos y crea recursos protectores o de riesgo que le ayudarán, en mayor o menor medida, a afrontar los obstáculos o retos que se presenten en su vida diaria.

El enfoque en el que se basa este estudio se encuentra dentro de las teorías ambientalistas, específicamente en la teoría del desarrollo ecológico (Bronfenbrenner, 2002), la cual basa su estudio en la interconexión entre los contextos sociales; considera que el desarrollo del individuo se lleva a través de los intercambios que la persona establece con su ecosistema inmediato y otros ambientes distantes. De este modo, el sujeto que se encuentra en desarrollo pertenece a múltiples sistemas interconectados entre sí que dotan de una carga particular a cada individuo que se desarrolla en sociedad; esta dotación dependerá de la cualidad de las relaciones con las personas que estén en contacto.

El punto de atención dentro de este intercambio de relaciones que se atenderá es la resiliencia; concepto que desde las ciencias sociales caracteriza a las personas que a pesar de nacer o vivir en condiciones de alto riesgo, logran un desarrollo psicológico sano y socialmente exitoso. Se le llama resiliencia a la capacidad de ciertas personas para hacer frente a los factores y circunstancias adversas que les depara la vida; es la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones difíciles y sobreponerse a ellas. Son capaces de construir su futuro de forma equilibrada y sana pese a las experiencias difíciles y carencias tempranas (Morales, 2014). Desde la psicología, diversos autores proponen distintas definiciones:

TABLA 1
Definiciones de resiliencia

<i>Autor</i>	<i>Definición de resiliencia</i>
Richardson, Neiger, Jensen y Kumpfer (1990)	El proceso de lidiar con acontecimientos vitales disociadores, estresantes o amenazadores de un modo que proporciona al individuo destrezas protectoras y defensivas adicionales previas a la disociación resultante del acontecimiento.
Higgins (1994)	Proceso de autoencauzarse y crecer.
Wolin y Wolin (1993)	La capacidad de sobreponerse, de soportar penas y enmendarse a uno mismo.
Manciaux (2003)	No se limita a la resistencia, sino que conlleva un aspecto dinámico que implica que el individuo traumatizado se sobreponga (se desarrolla una pausa) y se reconstruya.
Henderson y Milstein (2003)	La capacidad de recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito frente a la adversidad, y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés grave o simplemente a las tensiones inherentes al mundo de hoy.

Fuente: González y Valdez, 2007 (pp. 38-39).

Suárez (1997) propone una visión más profunda. Menciona que la resiliencia se entiende por una combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas y adversidades de vida, así como construir sobre ellos. González (2007) ajusta la concepción de Suárez y la define como la capacidad de adaptarse y ajustarse a través de la combinación o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos), los cuales lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva.

Al analizar el concepto de resiliencia se encuentran dos elementos fundamentales que sirven para su estudio: los factores de riesgo y los factores de protección. Los primeros se centran en la enfermedad, en el síntoma y en aquellas características que se asocian con una elevada probabilidad de daño biológico, psicológico y social; los segundos describen la existencia de ver-

daderos escudos contra las fuerzas negativas, expresadas en términos de daños o riesgos, atenuando sus efectos y transformándose en factores de superación de las situaciones difíciles (González, 2016).

El enfoque de los factores de riesgo plantea la necesidad de atención de la salud; estos factores asumen que a mayor conocimiento sobre los eventos negativos, existe mayor probabilidad de actuar sobre ellos con anticipación para evitarlos, cambiando las condiciones que exponen a un individuo o a un grupo a adquirir la enfermedad o el daño (Rutter, 1999). Aguirre (2008) divide estos factores de riesgo en tres partes:

Individuales

- Desventajas de constitución: complicaciones perinatales, desequilibrio químico, neurológico, incapacidad sensorial.
- Atrasos en las habilidades del desarrollo: baja inteligencia, incompetencia social, trastorno por déficit de la atención, incapacidad en la lectura, habilidades y hábitos inadecuados de trabajo.
- Dificultades emocionales: apatía, inmadurez emocional, baja autoestima, manejo inadecuado de las emociones.
- Problemas escolares: desmoralización escolar y fallas en la escuela.

Familiares y sociales

- Circunstancias familiares: clase social baja, enfermedad mental o abuso de sustancias en la familia, familia numerosa, desorganizada o conflictiva, rechazo o lazos insuficientes con los padres, eventos estresantes en la vida, desviación comunicativa, problemas interpersonales, alienación y aislamiento.

Del medio

- Poco apoyo emocional y social.
- Prácticas de manejo de actividades extraescolares.
- Disponibilidad de alcohol, tabaco y drogas ilícitas y de armas de fuego en la escuela o comunidad.

- Leyes y normas de la comunidad favorables al uso de sustancias ilegales, armas y perpetración de crímenes.
- Circunstancias de la comunidad: desorganización en el barrio, pobreza extrema, injusticia social, injusticia racial, alto grado de desempleo, trabajos explotadores.

Por otro lado, los factores protectores pueden ser internos y externos, ya sea de naturaleza individual o colectiva, e influyen en mayor o menor grado en la resiliencia de los individuos o atributos de la propia persona, como la personalidad, autoestima, asertividad o las condiciones que actúan reduciendo la probabilidad de los daños, es decir, son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de los individuos o grupos, y en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (González, 2016).

La propuesta de Aguirre (2008) señala que estos factores protectores pueden agruparse en:

Individuales

- Habilidades cognitivas y sociocognitivas, aptitud social, habilidades de resolución de conflictos, locus de control interno, sentido del propósito, sentido del humor positivo, inteligencia promedio.

Familiares y sociales

- Lazos seguros con los padres; altas expectativas de los familiares; lazos seguros con los pares y otros adultos que modelan conductas positivas de salud y sociales.

Del medio

- Conexión entre la casa y la escuela, cuidado y apoyo, sentido de comunidad en el aula y la escuela, altas expectativas del personal de la escuela, participación de los jóvenes, compromiso, responsabilidad en las tareas y decisiones; oportunidad de participación de los individuos en actividades comunitarias; leyes y normas de la comunidad desfavorables al uso de sustancias ilegales, armas de fuego y perpetración de crímenes.

La resiliencia es una habilidad fundamental y deseable en los padres, que sirve como un modelo adecuado para los hijos. Los padres con habilidades resilientes establecen un vínculo afectivo al satisfacer los cuidados físicos y afectivos de los hijos, pero también les enseñan que los seres humanos pasan por una serie de desafíos que forman parte de la vida y que alguno de estos eventos provocará dolor o frustración; empero, la confianza en sus recursos personales y el apoyo de personas cercanas les permitiría salir adelante (Morales, 2014).

El perfil de un niño o adolescente resiliente podría sintetizarse a partir de ciertos atributos que han sido consistentemente identificados como los más apropiados para una persona resiliente, como se muestra en la Tabla 2.

TABLA 2
Perfil de los niños y adolescentes resilientes

<i>Atributo</i>	<i>Característica</i>
Competencia social	Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otros seres humanos y generan más respuestas positivas en las otras personas; además, son activos, flexibles y adaptables, aun en la infancia. Este componente incluye cualidades como la de estar listo para responder a cualquier estímulo, comunicarse con facilidad, demostrar empatía y afecto y tener comportamientos prosociales.
Resolución de problemas	La capacidad para resolver problemas es identificable en la niñez temprana. Incluye la habilidad para pensar en abstracto, de manera reflexiva y flexible, la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales. En la adolescencia, los jóvenes son capaces de jugar con ideas y sistemas filosóficos.
Autonomía	Es en el sentido de la propia identidad, la habilidad para poder actuar de manera independiente, así como controlar algunos factores del entorno. Algunos autores lo identifican como la habilidad de separarse de una familia disfuncional y ponerse psicológicamente lejos de los padres enfermos, como una de las características más importantes de los niños que crecen en familias con problemas de alcoholismo o alguna enfermedad mental.

Sentido de propósito y de futuro	Relacionado con el sentido de autonomía y el de la eficacia propia, así como con la confianza de que uno puede tener algún grado de control sobre el ambiente, está el sentido de propósito y de futuro. Dentro de esta categoría entran cualidades como las expectativas saludables, dirección hacia objetivos, orientación hacia la consecución de los mismos (éxito en lo que se emprenda), motivación para los logros, fe en un futuro mejor, y sentido de la anticipación y de la coherencia. Este último factor parece ser uno de los más poderosos predictores de resultados positivos en cuanto a resiliencia.
----------------------------------	--

Nota: A partir de Munist et al. (1998, pp. 20-22).

El estudio de la resiliencia en edades tempranas es indispensable para su mayor comprensión, manejo y fomento en los integrantes de las familias, con el propósito de transmitir herramientas benéficas como los factores protectores cuando no podemos minimizar los factores de riesgo.

MÉTODO

La presente investigación se basó en un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, descriptivo, transversal. El objetivo principal es conocer los niveles de resiliencia en niños y adolescentes escolarizados, además de analizar si hay variaciones, dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentre.

Participantes

Se trabajó con una muestra intencional compuesta por un total de 360 participantes voluntarios, divididos en dos grupos. El primer grupo (niños) compuesto por 215 participantes (42.7% hombres y 57.3% mujeres) entre 8 y 12 años de edad ($M=10.45$, $DS=1.16$), de escolaridad primaria. El segundo grupo (adolescentes) lo conforman 145 participantes (47.9% hombres y 52.1% mujeres) entre 12 y 15 años de edad ($M=12.67$, $DS=0.73$), de escolari-

dad secundaria. Ambos grupos son del municipio de Culiacán, Sinaloa, alumnos de educación básica en escuelas públicas, en distintos grados escolares.

Instrumentos

Cuestionario de resiliencia para niños y adolescentes (González, 2011). Consta de 32 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1=siempre y 5=nunca), con un coeficiente de confiabilidad total $\alpha=0.91$, compuesto por tres dimensiones:

1. Factores protectores internos: funciones que se relacionan con habilidades para la solución de problemas y habilidades interpersonales ($\alpha=0.80$, con 14 reactivos).
2. Factores protectores externos: posibilidad de contar con apoyo en la familia o personas significativas para el individuo ($\alpha=0.73$, con 11 reactivos).
3. Empatía: denota comportamientos altruistas y prosociales ($\alpha=0.78$, con 7 reactivos).

Procedimiento

Previamente, se acudió con los directivos de los planteles escolares para darles a conocer el proyecto y el objetivo de la investigación; posteriormente, los investigadores se organizaron para adaptarse a los horarios de los profesores para calendarizar la aplicación. Los instrumentos se administraron de manera grupal en las aulas correspondientes de las escuelas primarias y secundarias, con la previa autorización de las autoridades de las escuelas y de los padres de familia; el estudio se autorizó a partir del consentimiento informado que firmaron los padres de familia para aprobar la participación de sus hijos; la aplicación fue en las respectivas aulas y horarios académicos en un tiempo aproximado de 25 minutos. Se explicó el objetivo de la investigación, se invitó a participar y se completó el instrumento de manera volunta-

ria, anónima y confidencial, considerando aspectos éticos de la investigación, sin observar abstenciones. En el caso del primer grupo, compuesto por niños, la aplicación fue por medio de una lectura dirigida con el fin de aclarar posibles dudas en la comprensión de los reactivos y manejar adecuadamente el procedimiento para edades tempranas.

RESULTADOS

Se analizó la composición de la muestra a partir de los datos generales según el grupo de niños y adolescentes, edad y sexo (como se especifica en el apartado de participantes). Posteriormente, se analizó la distribución según el grado escolar (Tabla 3), donde el grupo de niños está conformado por tercero, cuarto, quinto y sexto grado de educación primaria, mientras que el grupo de adolescentes por primero y segundo grado de secundaria.

TABLA 3
Estadísticos descriptivos de la muestra según el grado escolar

	Grado escolar	Frecuencia	Porcentaje
Grupo 1: niños (primaria)	3	11	5.1
	4	58	27.0
	5	65	30.2
	6	71	33.0
	Omitido	10	4.7
Grupo 2: adolescentes (secundaria)	1	76	52.4
	2	69	47.6

Nota: Tabla de creación original.

Se buscó la comprobación de la distribución normal de cada factor de resiliencia, por lo que se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov, y se obtuvieron niveles de significancia de $p=.000$ para factores de empatía y resiliencia, $p=.010$ en factores protectores externos, $p=.031$ en factores protectores

internos, es decir, que no se ajustan a una distribución normal, y a pesar del incumplimiento de este supuesto, no se invalidó la prueba, razón por la que en la práctica se sigue empleando.

Se realizó un análisis factorial exploratorio con alfa de Cronbach, en el que la escala de resiliencia en general (32 reactivos) en el grupo de niños arrojó un valor $\alpha=.84$ y en el grupo de adolescentes fue de $\alpha=.92$, lo cual indica que se trata de una escala de medida válida y confiable.

Se presentan los datos descriptivos de cada uno de los factores de resiliencia para cada uno de los grupos (niños y adolescentes); las tres dimensiones (factores protectores internos, factores protectores externos y empatía) en el grupo de niños tiene niveles positivos más elevados que el grupo de adolescentes (véase Tabla 4).

TABLA 4
Medias y desviación estándar de resiliencia de factores protectores internos, factores protectores externos y empatía

		Mínimo	Máximo	Media (Ds)
Grupo 1: niños	FPI	14	49	23.12 (7.98)
	FPE	11	64	18.60 (6.51)
	Empatía	7	29	11.58 (4.60)
Grupo 2: adolescentes	FPI	14	54	25.53 (8.94)
	FPE	11	43	20.30 (6.20)
	Empatía	7	28	14.24 (5.04)

Factor protector interno (FPI), Factor protector externo (FPE). Nota: Tabla de creación original.

Con el objetivo de observar las diferencias por categoría de la escala de resiliencia, de acuerdo con el grupo de niños y adolescentes, según el sexo, se utilizó la prueba t de Student; se encontró una diferencia significativa en el grupo de niños, en el que las mujeres tienen mejores niveles de resiliencia y empatía ($p=.001$ y $p=.016$, respectivamente), mientras que, en las dimensiones de factor protector interno y factor protector externo, las diferencias no son significativas (véase Tabla 5).

TABLA 5
Diferencias entre hombres y mujeres, para niños y adolescentes (t de Student)

	<i>Dimensión</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>Hombres</i> <i>M (DS)</i>	<i>Mujeres</i> <i>M (DS)</i>
Grupo 1: niños	FPI	.276	1.26	24.04 (8.38)	22.56 (7.62)
	FPE	.111	1.03	19.10 (6.37)	18.11 (6.57)
	Empatía	.001	2.29	12.45 (5.37)	10.95 (3.81)
	Resiliencia	.016	1.63	55.29 (17.58)	51.21 (14.63)
Grupo 2: adolescentes	FPI	.002	-1.38	24.41 (7.07)	26.53 (10.32)
	FPE	.016	.155	20.39 (5.03)	20.23 (7.14)
	Empatía	.008	-1.05	13.81 (4.16)	14.71 (5.77)
	Resiliencia	.008	-1.11	58.44 (14.83)	62.00 (20.73)

Factor protector interno (FPI), Factor protector externo (FPE). Nota: Tabla de creación original.

Sin embargo, en el grupo de adolescentes se observa que los hombres son quienes presentan puntuaciones más favorables en el caso de los factores protectores internos ($p=.002$), empatía ($p=.008$) y resiliencia ($p=.008$); sólo en la dimensión de factor protector externo, las mujeres tienen puntajes más favorecedores ($p=.016$).

DISCUSIÓN

La escala utilizada cuenta con niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) satisfactorios, por lo cual es una medida válida y confiable para la medición de las categorías de resiliencia en los dos grupos analizados. El estudio de la resiliencia en edad temprana ha sido poco estudiado, sobre todo en niveles de educación básica (primaria), debido a las limitaciones para la aplicación de instrumentos con formato tipo escala, de acuerdo con su estandarización cultural. Otra de las condiciones con esta población es que no tienen una comprensión lectora muy fluida, lo cual limita esas participaciones.

Dentro de los hallazgos encontrados resulta de interés destacar que los factores presentan distinto orden de prevalencia según sea el grupo de niños y adolescentes, ya que los niños poseen en mayor medida niveles de resilien-

cia positivos en sus distintas categorías, en comparación con los adolescentes. Estos resultados pueden relacionarse con las diferencias generacionales que se viven en cada etapa específica de desarrollo, pues en la etapa adolescente son comunes los momentos estresantes y de dificultad, debido a los numerosos cambios físicos y psicológicos en poco tiempo. El desarrollo humano es un estado de cambio permanente que define un horizonte por el cual transitar, que necesariamente implica y contiene procesos regulares que se constituyen en el sustrato de los nuevos logros (Pérez et al., 2004, p. 48). Es posible plantear que la resiliencia puede variar a través del tiempo y las circunstancias, lo sustancial son los cambios dinámicos de ajuste que se producen en las diferentes etapas de desarrollo.

Respecto a las diferencias de género en cada uno de los factores de resiliencia, las mujeres, en el grupo de niños, presentaron niveles más elevados en los factores de empatía y de resiliencia general, mientras que en el grupo de adolescentes se invirtió este resultado, pues los hombres mostraron niveles más elevados en los factores protectores internos, en la empatía y la resiliencia en general, en comparación con las mujeres.

En esta dirección, se ha encontrado la tendencia a empatizar entre las características que las personas atribuyen más frecuentemente a las mujeres que a los hombres (Batson et al., 1987), pues los estereotipos sociales atribuyen a las mujeres una mayor sensibilidad emocional, tendencial cuidado, apoyo a los más débiles, mayor capacidad para detectar sentimientos y señales no verbales y una mayor preocupación por los otros. En la reciente investigación, se puede destacar que los hombres poseen factores de protección internos, externos y de empatía muy similares entre niños y adolescentes; sin embargo, en las mujeres varían estas puntuaciones con el cambio de grupo entre niñas y adolescentes, por lo tanto, entre más grandes, se asumen mayores puntuaciones de resiliencia. A diferencia de los resultados hallados por otros autores (González y Valdez, 2013), en los que las mujeres tienen mejores puntuaciones en el factor protector externo, en la presente investigación el factor protector interno resultó con mejores puntuaciones tanto en hombres como en mujeres.

Otros estudios que analizan las variables del género y la resiliencia muestran resultados en que las mayores características de la resiliencia estaban a favor de las mujeres (Kotliareco et al., 1996; Prado y del Águila, 2003; Vera, 2004), sin embargo, en el presente estudio las diferencias a favor aparecieron en los hombres del grupo de niños; en el grupo de adolescentes las diferencias fueron mínimas y a favor de las mujeres, como en otros estudios. Por lo tanto, en este aspecto de las diferencias por sexo es necesario continuar con una investigación que aporte evidencias y conclusiones sólidas.

Estos resultados permiten reflexionar sobre la importancia del estudio de los factores de resiliencia en las distintas etapas de desarrollo del ciclo de vida, así como la relevancia de las relaciones en sus distintos contextos sociales. El estudio de la resiliencia puede ayudar a promover una adecuada salud mental y hábitos saludables en todas las edades y esferas sociales. Un término retomado por Alzugaray (2019), propone la resiliencia comunitaria como un proceso a través del cual un grupo afronta eventos o condiciones adversas.

El concepto de resiliencia ofrece alternativas para los profesionales como herramientas protectoras ante situaciones adversas que pudiera atravesar el individuo, pero todavía no es un concepto equilibrado. La resiliencia está por construirse en función del individuo mismo y de su contexto; es un proceso complejo que hace probablemente intervenir a la voluntad y, desde luego, a la inteligencia emocional. Así, la resiliencia nos hace olvidar los determinismos de la genética o el medio para abrir el campo a la creatividad y la libertad (Muñoz y de Predo, 2005).

La resiliencia privilegia el enfoque en las fortalezas, no en el déficit o problema. Involucra a los individuos, a las familias, los grupos, las comunidades e instituciones que sean parte de la solución con el conjunto de recursos internos y externos que permitan enfrentar situaciones críticas de todo tipo (Quintero, 2005). Es indispensable continuar desarrollando estudios de resiliencia en la población infantil y en adolescentes con poblaciones vulnerables y no vulnerables, así como la creación y validación de instrumentos de medición que amplíen las investigaciones para analizar el constructo de resiliencia.

REFERENCIAS

- Aguirre, M. (2008). *Capacidad y factores asociados a la resiliencia en adolescentes* [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Alzugaray, C. (2019). *Resiliencia comunitaria ante adversidades colectivas: restaurando el bienestar psicosocial* [Tesis de doctorado, Universidad del País Vasco].
- Batson, C., Fulz, J. y Schoenrade, P. (1987). Las reacciones emocionales de los adultos ante el malestar ajeno. En Eisenberg y Strayer (Eds.), *La empatía y su desarrollo* (pp. 181-204). Desclée de Brouwer.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-145.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. y Valdez Medina, J. L. (2007). Resiliencia en niños. *Revista Iberoamericana*, 15(2), 38-50.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2011). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. y Valdez Medina, J. L. (2013). Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 941-955.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2007). *Factores determinantes de la resiliencia en niños de la ciudad de Toluca* [Tesis de doctorado, Universidad Iberoamericana].
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Universidad Autónoma del Estado de México, Ediciones y Gráficos Eón.
- Kotliareco, M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). *Estado del arte en resiliencia*. Organización Panamericana de la Salud.
- Lahire, B. (2007). Infancia y adolescencia: de los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de Antropología Social*, 16, 21-28.
- Luthar, S. y Cushing, G. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. En M. D. Glantz y J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development. Positive Ufe adaptations* (pp. 129-160). Kluwer Academic, Plenum Press.

- Morales, M. (2014). La importancia del vínculo afectivo en el desarrollo humano. En Aguilar, G., Peter, M. y Aragón, L. (2014). *Desarrollo de habilidades sociales en niños y adolescentes*. Trillas.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Fundación W. K. Kellogg, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
- Muñoz Garrido, V. y De Predo Sotelo, F. (2005). Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación*, 16(1), 107-124.
- Pérez, L., Alarcón, B. y Zambrano, C. (2004). Desarrollo humano: paradoja de la estabilidad del cambio. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 39-61.
- Prado Álvarez, R. y Del Águila Chávez, M. (2003). Diferencia en la resiliencia según género y nivel socioeconómico en adolescentes. *Revista Persona*, 6, 179-196.
- Quintero, A. (2005). Resiliencia: contexto no clínico para trabajo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 3, 73-94.
- Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, 21, 119-144.
- Suárez, N. (1997). *Perfil del niño resiliente*. Seminario Internacional sobre aplicaciones del concepto de resiliencia en proyectos sociales, Argentina, Universidad Nacional Lanús.
- Vera Poseck, B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático. *Revista Psicología Positiva*, 1, 1-42.

ESTRÉS, RESILIENCIA Y BIENESTAR EN NIÑOS CON Y SIN DEPRESIÓN

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes^{1}*

*Martha Adelina Torres Muñoz**

*Ana Olivia Ruiz Martínez**

*Sergio González Escobar**

La salud mental de los individuos es un tema importante a nivel nacional e internacional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), ésta abarca una amplia gama de actividades relacionadas con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Todas las personas están expuestas a padecer algún problema de salud mental como la depresión; sin embargo, la población infantil es una de las más vulnerables. Además, se ha evidenciado que los problemas de salud mental tienen efectos importantes en diferentes áreas de la vida de las personas. La investigación al respecto refiere que la depresión se relaciona con problemas escolares, familiares y sociales (Secretaría de Salud, 2014), lo cual hace prioritaria su investigación.

Se ha reportado que cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años (OMS, 2019). Para 2020, a escala global, la depresión infantil ocupará el primer lugar de los trastornos mentales en edad pediátrica, sobre el trastorno por déficit de atención. La Encuesta Nacional de los Hogares en México, 2014, indica que 14.6% de niños entre los 7 y 14 años de edad presentan depresión, dicho porcentaje aumentó a 28.9% en los adolescentes y jóvenes entre los 15 y 29 años (Alcocer, 2017).

¹ Contacto: nigalf@yahoo.com.mx, nigonzalezarratia@uaemex.mx.

* Universidad Autónoma del Estado de México.

En el mismo sentido, la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil (AMPI), estima que por lo menos 50% de los trastornos mentales del adulto se gestan en la infancia y la adolescencia (Mora, 2019), lo que hace necesario prevenir e intervenir en edades tempranas y con ello tener un desarrollo favorable de los individuos, tomando en cuenta distintas variables que puedan estar implicadas en la consecución del bienestar.

Se ha observado que una de las variables asociada a la depresión es el estrés, ya que al mantener la presión, la sobrecarga y la competencia, si se percibe como una amenaza, genera malestar físico y mental. Existen distintas definiciones de estrés, según la OMS (2019) se trata de un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la reacción; para Selye (1974) estas reacciones son fundamentalmente hormonales y se presentan ante ciertos estímulos inespecíficos, lo que implica que sea un constructo interactivo entre lo físico y lo psicológico (Oblitas, 2004). De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984) también el estrés surge a partir de la relación establecida entre la persona y su ambiente, lo que provoca importantes modificaciones en su percepción de bienestar. Se ha observado que el estrés ha ido aumentando en la población mexicana (OMS, 2019), pues se estima que 75% de dicha población lo padece, incluyendo a los niños y niñas, en quienes se han llegado a reportar otros padecimientos relacionados (Palacio et al., 2018).

El estrés se manifiesta cuando una persona evalúa una situación como amenazante (Godoy, 2008); puede ser provocado por cualquier cambio en su medio, situación que causa ansiedad y conflicto al no saber cómo reaccionar ante dicha situación. De acuerdo con Álvarez (2005), lo anterior se relaciona con los ajetreos diarios que llegan a irritar y a rebasar al individuo, los cuales se denominan estresores cotidianos, pueden ser de baja intensidad pero de alta frecuencia, y se presentan en el área de la salud, la escuela o la familia (Nina, 2013). De tal forma, los acontecimientos vitales preceden al desarrollo de la depresión y se relacionan con procesos de adaptación del joven, lo cual confirma que hay un vínculo entre el estrés y la depresión tanto en niños como en adultos.

Si bien, la investigación sobre trastornos mentales como la depresión y el estrés ha sido amplia, actualmente también se ha destacado la necesidad de estudiar aquellos factores positivos que de algún modo funcionan como protectores de trastornos del estado de ánimo (Vázquez et al., 2009). Es por ello que también se requiere la inclusión de variables propias de la llamada psicología positiva, tales como la autoestima, el bienestar subjetivo y la resiliencia, en el tratamiento de síntomas depresivos. Una de esas variables es el bienestar, que ha sido definido desde diversas disciplinas y campos de la psicología, el cual generalmente se relaciona con bajos niveles de estrés, felicidad, calidad de vida, satisfacción, salud mental y resiliencia (Bradburn, 1969; Ryff, 1989; Vaillant, 2000).

Existen dos modelos del bienestar: el bienestar psicológico de Ryff (1995), en el que se proponen seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito de vida. El otro modelo es el denominado bienestar subjetivo de Diener y colaboradores (1999); según Cummins et al. (2003) el constructo del bienestar subjetivo consta de dos componentes: el cognitivo y el afectivo. El primero se refiere a aquellas evaluaciones que hace una persona sobre la satisfacción, al tomar como referencia un criterio único y propio (Pavot y Diener, 1993); el componente afectivo incluye las emociones, es decir, el grado experimentado de estados afectivos positivo (AP) y negativo (AN), los cuales, se ha observado, se relacionan entre sí, debido a que están influidos por la valoración que realiza el sujeto acerca de los sucesos, actividades y circunstancias en general en las que se desarrolla su vida (Padrós et al., 2015).

Se ha demostrado que las emociones positivas son predictoras de la autoestima, ya que en la medida en que la personas experimentan con mayor frecuencia alegría y felicidad, es más probable que presente mayor autoestima y ésta, a su vez, advierte la resiliencia en los niños (González-Arratia et al., 2017).

En una investigación, Pardo et al. (2004) indican que existe relación entre depresión y estrés, mientras que la autoestima puede ser un importante factor de protección frente a la sintomatología depresiva, ya que niveles altos

de autoestima se relacionan con menos dificultades de salud mental (Bermúdez, 2018). Al mismo tiempo, existe evidencia que indica que hay relación entre autoestima y ambos componentes del bienestar, lo cual puede deberse a que los dos se basan en un juicio evaluativo.

Existe un amplio consenso en señalar que la autoestima es una variable que permite al individuo hacer frente a las adversidades y es un predictor de la resiliencia, ya que juega un papel importante para una vida mentalmente sana y una mejor adaptación al estrés (Cardenal, 1999), y contribuye a generar un funcionamiento más efectivo y mayor satisfacción personal (González-Arratia et al., 2018).

La resiliencia se define de múltiples maneras, autores como Masten et al. (1990) refieren que se trata de una capacidad de adaptación exitosa a pesar de las circunstancias amenazantes. Desde la perspectiva ecológica, se define como “la capacidad de los individuos para adaptarse o ajustarse de manera constructiva a pesar de encontrarse en una situación adversa o de crisis, lo que implica un conjunto de atributos intrapsíquicos (internos), sociales y culturales (externos) que posibilitan al individuo para interactuar en el medio y ajustarse a los cambios y demandas de diferentes situaciones de forma positiva” (González-Arratia, 2016).

Entre las características de personalidad que se relacionan con la resiliencia están la autoestima, el optimismo, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema, la autonomía, el locus de control interno, la salud mental, las habilidades sociales y la capacidad de adaptarse a los estresores de la vida (Murray, 2003).

Los estudios de resiliencia se han hecho en poblaciones en situación de riesgo, como la pobreza, y se han dirigido principalmente a adultos. Sin embargo, aún son escasos los estudios que se han realizado en la población infantil, una de las más expuestas a factores de riesgo (Morelato, 2014; Obando et al., 2010 y González-Arratia et al., 2009). Aún se requiere saber cuáles son los factores tanto de riesgo (estrés y depresión) como protectores (autoestima y bienestar) que permitan entender la capacidad de los niños para ajustarse a las demandas del entorno de manera adaptativa y funcional.

Frente a la precariedad económica, como la pobreza, Palomar y Lanza-gorta (2005) hallaron que la carencia promueve estrategias de afrontamiento pasivas, emocionales y evasivas; también se ha reportado que “el hecho de que la persona sea pobre la hace más susceptible a la ansiedad y depresión y con menores recursos para superar los obstáculos” (Palomar, 2015, p. 40). Del mismo modo, se ha referido que en los grupos de niveles socioeconómicos bajos, los individuos presentan baja autoestima. Por el contrario, también se ha observado que una alta autoestima es un factor protector que fortalece las expectativas de autoeficacia, el enfrentamiento a las situaciones estresantes y promueve conductas resilientes (Barrios, 2005).

En México se han desarrollado programas para contribuir a la ruptura del ciclo de la pobreza y favorecer el desarrollo, los cuales están enfocados en disminuir el rezago social, educativo y de salud y contar con servicios básicos de vivienda. Si bien dichos programas han sido útiles, aún existe población que requiere apoyo por medio del beneficio social, especialmente en el caso de las niñas y los niños debido a sus efectos sobre su desarrollo psicológico y social.

De acuerdo con lo planteado, los objetivos de la presente investigación son los siguientes: 1) evaluar un modelo predictivo de resiliencia en niños en situación de pobreza, clasificados con y sin sintomatología depresiva, para lo cual se consideran como variables los estresores cotidianos (salud, familia y escuela), la autoestima y el bienestar subjetivo (satisfacción con la vida y afecto positivo-negativo); 2) evaluar la prevalencia de depresión en los participantes, y 3) describir las posibles diferencias entre niños y niñas en las variables evaluadas. Sobre esta línea, se espera que exista relación positiva entre autoestima, bienestar subjetivo y resiliencia e inversa con estrés cotidiano; que exista una baja prevalencia de depresión y que haya diferencias significativas según el sexo. Al tomar en cuenta que aún son escasos los estudios que analizan la relación en conjunto de estas variables en escolares, se necesita conocer aún más cómo es que se vinculan y qué variables predice la resiliencia, de tal forma que permitan el desarrollo de programas de intervención en beneficio de grupos vulnerables.

MÉTODO

Participantes

En un muestreo no probabilístico de tipo intencional, participaron 123 niños de ambos sexos igualmente representados en 50%, con un rango de edad entre 11 y 13 años (media=11.47, DE=.53). Todos son estudiantes de sexto año de educación básica en una institución pública ubicada en Zumpango, municipio urbano de la zona metropolitana del Valle de México, ubicado en el noreste del Estado de México, una región con 49.8% de población en situación de pobreza y 9.5% en pobreza extrema. Se considera una zona en la que existe vulnerabilidad y precariedad de las condiciones de vida. Para Morales y González (2014) se entiende por vulnerabilidad: “aquellos sectores o grupos que por su condición de edad, sexo, estado civil, origen étnico y situación socioeconómica se encuentran en condición de riesgo, lo que les impide incorporarse al desarrollo del país y acceder a mejores condiciones de bienestar” (p. 216).

Instrumentos

La evaluación de la sintomatología depresiva se realizó con el Inventario de Depresión infantil CDI (Kovacs, 1992). Se aplicó la versión adaptada al español de Davanzo et al. (2004); consta de 27 ítems y tres opciones de respuesta (0, ausencia de síntomas; 1, síntoma moderado, y 2, síntomas severos). Con dos dimensiones: 1) estado de ánimo disfórico, que es una expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión o pesimismo, con 17 ítems, y un puntaje máximo de 34. Se reporta un alfa de Cronbach de .86; 2) ideas de autodesprecio (el niño expresa sentimientos de irritabilidad, incapacidad, y culpabilidad), con 10 ítems, y un puntaje máximo de 20, un alfa de Cronbach de .78. De acuerdo con los percentiles se interpretan los puntajes: de 1 a 25 no hay presencia de síntomas depresivos, de 26 a 74 está dentro de los límites normales, de 75 a 89 hay presencia de síntomas depresivos mínima y

moderada, de 90 a 99 hay síntomas depresivos en su grado máximo (Arévalo, 2008). Con base en estos puntajes, los participantes se clasificaron para conformar los grupos con sintomatología y sin sintomatología depresiva.

Se aplicó el Inventario infantil de estresores cotidianos (Trianes et al., 2009), que consta de 25 ítems dicotómicos, en los que se exploran tres ámbitos: salud (12 ítems), escuela-iguales (6 ítems) y familia (7 ítems). Con un alfa de .70 y una fiabilidad test-retest de .78. La puntuación total del cuestionario, obtenida mediante la suma de las respuestas afirmativas a los ítems, es indicativa de un alto grado de estrés cotidiano autopercibido, con un rango de 0 a 25 puntos.

El componente cognitivo del bienestar subjetivo fue medido con la escala de Satisfacción con la Vida (sv) (Diener et al., 1985), que consta de cinco ítems con siete opciones de respuesta. El componente afectivo engloba las respuestas evaluadas de la escala de afecto positivo (AP) y afecto negativo (AN) con la escala PANAS (Watson et al., 1988); 10 ítems tienen el objetivo de medir el afecto positivo (AP) y los otros 10 el afecto negativo (AN). Los ítems describen adjetivos asociados a sentimientos y emociones habituales, están en un formato tipo Likert y cuatro opciones de respuesta que van de 0 (muy ligeramente o nada en absoluto) a 4 (extremadamente). La consistencia interna fluctúa entre .86 y .90 para la escala del Afecto Positivo (AP) y de .84 a .87 para el Afecto Negativo (AN) (Watson et al., 1988).

La autoestima fue medida con la escala de González-Arratia (2011), que consta de 25 afirmaciones con cuatro opciones de respuesta que van de 1 (nunca) a 4 (siempre). Dividida en las siguientes seis dimensiones: yo, familia, trabajo intelectual, éxito, afectivo-emocional y fracaso. Explica 44.72% de la varianza y una fiabilidad de .80 a .90 entre las dimensiones.

Se aplicó la escala de resiliencia de González-Arratia (2016) en su versión de 32 ítems y cinco opciones de respuesta con tres dimensiones: factor protector interno (FPI), factor protector externo (FPE) y empatía (FE). Explica 40.33% de la varianza total y una fiabilidad alfa de Cronbach de .91.

Procedimiento

Se solicitó autorización a las autoridades de la institución y el consentimiento informado por parte de los padres o tutores. Una vez que se asignaron los grupos de participantes, los investigadores procedieron a aplicar los instrumentos. Primero se explicó el objetivo de investigación y se resolvieron las dudas en el momento de la aplicación, la cual se realizó en un tiempo aproximado de 45 minutos. Todos los instrumentos se aplicaron de manera colectiva, en las respectivas aulas, y todos participaron de manera voluntaria, anónima y confidencial. Este trabajo forma parte del proyecto registrado en la siguiente liga web uaemex.mx, con clave 4645/2019/SF; el protocolo de investigación cuenta con el registro del comité de ética CICMED-UAEM.

Análisis de datos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo, se obtuvo la media y la desviación estándar, así como las frecuencias de respuesta. Se calculó la fiabilidad alfa de Cronbach para todas las escalas, considerando un criterio mínimo de .70 (Oviedo y Campo-Arias, 2005). Los participantes fueron clasificados en dos grupos (con y sin depresión); para observar las posibles diferencias se utilizó la prueba t de Student de muestras independientes. Para determinar la relación entre las variables de interés, se utilizó el coeficiente de correlación r de Pearson y para determinar qué variables predicen la resiliencia para cada grupo, se utilizó el análisis de regresión lineal múltiple con el método por pasos. Los datos fueron capturados y analizados en el programa SPSS versión 20.

RESULTADOS

Respecto a los datos descriptivos, se observa que en la variable depresión el puntaje promedio se interpreta como tendencia leve a la depresión. En el caso de estrés cotidiano, los datos muestran un nivel bajo de estrés percibido en las áreas evaluadas. Las variables de autoestima muestran un nivel mode-

rado y se presenta mayor nivel de afectividad positiva respecto a afectividad negativa y alta satisfacción con la vida. En cuanto a resiliencia, resultó un nivel alto. La dimensión FE presentó el promedio más bajo, mientras que FPI, el puntaje más alto (véase Tabla 1).

TABLA 1
Estadísticos descriptivos de resiliencia, autoestima y depresión

	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>Mín.</i>	<i>Máx.</i>	<i>Alfa</i>
Puntaje total de depresión	12.50	6.95	1	32	.807
Estrés-Salud	4.42	2.39	0	11	.591
Estrés-Familia	2.50	1.47	0	7	.386
Estrés-Escuela	1.70	1.20	0	5	.218
Puntaje total estrés	8.64	4.02	1	23	.702
Satisfacción con la vida	25.72	4.98	8	35	.427
AP	31.88	7.37	15	46	.752
AN	21.75	7.27	10	46	.801
Puntaje total autoestima	78.17	10.77	47	101	.867
FPI	55.75	6.00	26	70	
FPE	54.87	6.00	37	64	
FE	27.75	5.14	9	35	
Puntaje total de resiliencia	124.73	18.13	62	154	.926

Nota: Tabla de creación original.

Del puntaje total se obtuvo la distribución de niveles de depresión de acuerdo con el sexo, lo cual indica que son las niñas quienes presentan niveles moderados de sintomatología depresiva, mientras que en la opción sin síntomas, hay mayor frecuencia en el caso de los niños (véase Tabla 2).

TABLA 2
Distribución de niveles de depresión según sexo

	<i>Frecuencia (muestra total)</i>	<i>Frecuencia niñas</i>	<i>Frecuencia niños</i>
Normal sin síntomas de depresión	82	38	44
Moderada	41	24	18

Nota: Tabla de creación original.

En la Tabla 3 se observan datos por edad; la frecuencia de presencia de síntomas de depresión se da en los participantes más jóvenes y, al parecer, disminuye conforme se incrementa la edad.

TABLA 3
Distribución de niveles de depresión según edad

	<i>Frecuencia 11 años</i>	<i>Frecuencia 12 años</i>	<i>Frecuencia 13 años</i>
Normal sin síntomas de depresión	40	39	2
Moderada	26	16	0

Nota: Tabla de creación original.

A partir del puntaje total de la Escala de Depresión (Kovacs, 1992) los participantes se clasificaron en dos grupos: el primero está conformado por los participantes cuyo puntaje corresponde a depresión de mínima a moderada; el segundo es el grupo considerado sin depresión. A partir de esta clasificación, se realizó un análisis de diferencias con la prueba t de Student, en la que se observaron diferencias significativas en todas las variables evaluadas, ya que los puntajes promedio en resiliencia, autoestima, afectividad positiva y satisfacción con la vida son más altos en los niños sin depresión; mientras que los niños que presentan síntomas de depresión muestran mayor estrés cotidiano (escuela, familia y salud) y mayor afectividad negativa. Es importante señalar que el tamaño del efecto de la diferencia es considerado alto, sobre todo en autoestima, seguido del puntaje total de estresores cotidianos, el resto de las variables es moderado (véase Tabla 4).

TABLA 4
Diferencias en resiliencia, estrés, autoestima, afectividad y satisfacción con la vida en niños con y sin depresión

		<i>M</i>		<i>M</i>		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
		<i>Con depresión</i>	<i>DT</i>	<i>Sin depresión</i>	<i>DT</i>			
		<i>N=41</i>		<i>N=82</i>				
Estrés	Salud	5.48	2.25	3.85	2.27	-3.77	.000	0.72
	Familia	3.14	1.55	2.15	1.30	-3.49	.001	0.69
	Escuela	2.09	1.13	1.47	1.14	-2.58	.005	0.54
	Total	10.73	3.57	7.48	3.69	-4.69	.000	0.89
Autoestima	Total	71.19	11.87	81.70	8.33	5.07	.000	1.02
Afectividad	AP	29.60	7.39	33.06	7.17	2.46	.016	0.47
	AN	25.00	7.54	19.92	6.35	3.70	.000	0.72
sv	Total	24.24	5.29	26.51	4.68	2.32	.023	0.45
Resiliencia	FPI	52.14	11.27	57.50	6.81	2.79	.007	0.57
	FPE	51.82	7.62	56.46	4.28	3.61	.001	0.75
	FE	26.34	6.32	28.48	4.34	1.95	.050	0.39
	Total	128.85	13.21	116.63	23.5	3.08	.003	0.63

Nota: Tabla de creación original.

En función del sexo se encontraron diferencias significativas que indican mayor afecto negativo y estrés en la familia, en el caso de las niñas. El resto de las variables evaluadas no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. La magnitud del efecto se considera moderado (véase Tabla 5).

TABLA 5
Prueba t de Student, diferencias en niños y niñas

	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d de Cohen</i>
	<i>niños</i>		<i>niñas</i>				
Estrés-familia	20.12	6.31	23.37	7.84	-2.68	.008	0.45
Afecto negativo	2.16	1.36	2.85	1.50	-2.53	.013	0.48

Nota: Tabla de creación original.

Respecto a la relación entre las variables estrés, autoestima, bienestar subjetivo y resiliencia en el grupo de niños con depresión, se encontró que la relación entre autoestima y resiliencia tiene el valor más alto ($r=.74$, $p=.001$). En el caso del grupo sin síntomas de depresión, destaca que las relaciones positivas significativas más altas son entre el puntaje total de autoestima y de satisfacción con la vida ($r=.40$, $p=.001$), así como satisfacción con la vida y afectividad positiva. En general, se aprecia que los valores de relación son más altos en el grupo con depresión (véase Tabla 6).

TABLA 6

Intercorrelaciones de las variables estrés, autoestima, bienestar subjetivo y resiliencia en el grupo de niños con y sin síntomas de depresión

<i>Variables correlacionadas</i>	<i>r</i>	
	<i>Grupo con depresión</i>	<i>Grupo sin depresión</i>
Estrés-Autoestima	.10	-.24(**)
Estrés-Satisfacción con la vida	-.11	-.18
Estrés-AP	-.06	-.09
Estrés-AN	.32(*)	.36(**)
Estrés-Resiliencia	-.30(*)	-.17
Autoestima-Satisfacción con la vida	.58(**)	.40(**)
Autoestima-AP	.61(**)	.26
Autoestima-AN	-.20	-.33(**)
Autoestima-Resiliencia	.74(**)	.24(*)
Satisfacción con la vida-AP	.44(**)	.40(**)
Satisfacción con la vida-AN	-.41(**)	-.18
Satisfacción con la vida-Resiliencia	.28	.32(**)
AP- AN	.22	.03
AP-Resiliencia	.42(**)	.24(*)
AN-Resiliencia	.04	-.18

* $p \leq .05$, ** $p \leq .001$. Nota: Tabla de creación original.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple en el que se incorporó la variable resiliencia como variable predictora y las varia-

bles autoestima, satisfacción con la vida, afecto positivo, afecto negativo y estrés cotidiano (salud, escuela y familia) como variables criterio, con el objetivo de determinar en qué medida las variables independientes en conjunto predicen la resiliencia en niños con y sin depresión. En el caso del grupo de niños sin depresión se encontró que sólo la variable autoestima predice la resiliencia en 41.6% de la varianza ($R=.64$, $R^2=.41$, $\beta=.64$, $t=7.55$, $p=.001$). En el caso del grupo de niños con depresión se obtuvo un modelo de dos pasos; en el primer paso se incorporó la autoestima ($R=.74$, $R^2=.54$, $\beta=.80$, $t=7.76$, $p=.001$) y en el segundo se incluyó estrés en la familia ($R=.78$, $R^2=.60$, $\beta=-.25$, $t=2.43$, $p=.020$), el resto de las variables fueron excluidas del análisis.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el estrés, la autoestima, el bienestar subjetivo y la resiliencia en niños y niñas con y sin depresión. En cuanto a la prevalencia de depresión, los resultados obtenidos indican que 33% de la muestra reveló sintomatología depresiva. Al respecto, se ha reportado en otros estudios epidemiológicos que 11.7% de niños del Estado de México muestran depresión (Garibay et al., 2014); por ello, los resultados obtenidos en el presente estudio son superiores. Sin embargo, esta simple comparación tiene que ser precisa, para confirmar si la prevalencia se ha incrementado en estas edades para actuar en consecuencia. Por ahora, se puede señalar que estos niveles de depresión podrían deberse a la etapa de desarrollo en la que se encuentran; sin embargo, también pueden presentarse debido a múltiples factores que es indispensable analizar.

De acuerdo con lo anterior, vale la pena señalar que el grupo de niños con depresión va del nivel mínimo al moderado, ya que presentaron una media ligeramente menor que la que reportan otros estudios utilizando el CDI (Del Barrio et al., 1994) en población normal; sin embargo, se necesita continuar analizando los niveles de depresión para verificar el diagnóstico.

Pese al sexo, no se encontró diferencia estadísticamente significativa en depresión como se había planteado. Es interesante observar que son las

niñas quienes presentan mayor frecuencia de sintomatología depresiva, lo cual coincide con los estudios de Saiz et al. (2009), en los que se ha reportado mayor prevalencia de depresión en las mujeres y estas diferencias se inician en la adolescencia. Esto podría explicarse a partir de factores relacionados con el rol tradicional del género femenino; sin embargo, este hallazgo debe considerarse con cautela, pues se cree oportuno hacer una segunda medición al respecto para dar cuenta de los resultados.

Sobre las diferencias entre estrés cotidiano, autoestima, bienestar subjetivo y resiliencia, respecto al grupo con y sin depresión, se encontraron diferencias significativas que indican que los niños con síntomas de depresión presentan baja autoestima, lo que coincide con Goldschmidt et al. (2009) debido a que la baja autoestima es un factor importante que se asocia con fluctuaciones en el estado de ánimo. Del mismo modo, se ha reportado que las personas con baja satisfacción con su vida tienden a presentar mayor riesgo de depresión (Gómez-Restrepo et al., 2013); así como el estrés incrementa los niveles de depresión (Pardo, et al., 2004), sobre todo en niños en situación de vulnerabilidad económica.

El estudio también reveló que los niños del grupo sin depresión mostraron mayor resiliencia, lo cual concuerda con Saavedra et al. (2012), quienes señalan que los individuos con habilidades para ser resilientes tienen una menor probabilidad de deprimirse y una mayor probabilidad de mantener el bienestar emocional (Noble y McGrath, 2005), ya que la resiliencia es un importante factor protector contra la depresión.

Respecto a la relación entre las variables, los resultados indican que hay relaciones positivas y negativas significativas, tanto en el grupo de niños con y sin depresión. De las 15 variables analizadas, ocho resultaron estar asociadas de manera significativa, por lo tanto, es importante señalar que se relacionan en distinta proporción en cada grupo. Así, en el caso del grupo con depresión, se encontró que entre más estrés exista, habrá mayor afectividad negativa y menos resiliencia. En el caso del grupo sin depresión, se identificó que entre más estrés, menos autoestima. Esta asociación es importante, dado que un elevado nivel de estrés tiene efectos significativos sobre la acep-

tación de sí mismo, especialmente en las mujeres que son más susceptibles a la depresión (González y Landero, 2006). Por lo tanto, se puede afirmar que la autoestima es un factor protector contra el estrés e incide de manera directa sobre la resiliencia.

Es importante señalar que los niños y niñas que presentan síntomas de depresión, también mostraron mayor estrés cotidiano (escuela, familia y salud) así como mayor afectividad negativa. Esto significa que en la medida que el individuo perciba mayor estrés, se presentan más síntomas de depresión. Lo que lleva a considerar que es un indicador de mayor malestar emocional, por lo que resulta indispensable el fomento de la resiliencia en aquellos escolares que así lo requieran con la finalidad de generar mayores habilidades para el enfrentamiento al estrés, así como el incremento de los niveles de autoestima con el objetivo de disminuir los niveles de malestar.

Por lo tanto, la resiliencia está en función de una adecuada autoestima, lo cual genera seguridad y confianza para enfrentar la adversidad e incluso mitigar la presencia de factores de riesgo. Por el contrario, la baja autoestima puede causar vulnerabilidad a la frustración y déficit en habilidades sociales. Esto implica que “cuando las variables se combinan es más probable que la persona se conduzca de manera resiliente” (Palomar, 2015, p. 52).

Por otro lado, es necesario reflexionar sobre una serie de importantes limitaciones del presente estudio. Una de ellas es que estos resultados no son generalizables debido a que se utilizó un muestreo no probabilístico; sin embargo, es un aporte que evidencia la forma en que se asocian estas variables tanto con el bienestar como con el malestar emocional de los niños. Adicionalmente, este estudio no tomó en cuenta los estilos de enfrentamiento y el apoyo familiar, social y de las amistades, razón por la cual la hipótesis posterior determinará si tienen un efecto protector para la depresión e incrementan la resiliencia. De ahí que en una futura investigación se ponga a prueba un modelo, para lo cual la estrategia recomendada será a través de ecuaciones estructurales.

Finalmente, estos resultados denotan la necesidad de implementar estrategias para el manejo del estrés, así como para el fomento de la autoestima

de los niños en el contexto educativo que contribuya al bienestar y a la capacidad de adaptarse y ajustarse a las demandas del entorno, es decir, a la resiliencia.

REFERENCIAS

- Alcocer, J. (20 de marzo de 2017). Índice de felicidad infantil en México a la baja: especialistas. *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/estilo-vida/2017/03/20/indice-felicidad-infantil-mexico-baja-especialistas.html>.
- Álvarez, M. (6 de octubre de 2005). Psicología y salud mental. *Estrés infantil*. Recuperado de <http://www.paginadigital.org/articulos>.
- Arévalo, E. (2008). Inventario de Depresión Infantil (CDI). Adaptación y Estandarización del CDI, para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/50593062/Manual-Del-Cdi>.
- Barrios Cepeda, A. (2005). Autoconcepto y características familiares de niños resilientes con discapacidad: el caso de una población del Caribe colombiano. *Investigación y Desarrollo*, 13(1), 108-127.
- Bermúdez, V. E. (2018). Ansiedad, depresión, estrés y autoestima en la adolescencia. Relación, implicaciones y consecuencias en la educación privada. *Cuestiones Pedagógicas*, 26, 37-52.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. 53-70. Aldine Publishing Company. Recuperado de https://www.norc.org/PDFs/publications/BradburnN_Struc_Psych_Well_Being.pdf.
- Cardenal Hernández, V. (1999). *El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal*. Ediciones Aljibe.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., van Vugt, J. y Misajon, R. A. (2003). Developing a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. *Social Indicators Research*, 64, 159-190. DOI: 10.1023/A:1024704320683.
- Davanzo, J., Razzaque, A., Rahman, M., Hale, L., Ahmed, K., Ali Khan, M., Mustafa, G. y Gausia, K. (2004). The effects of birth spacing on infant and child mortality, pregnancy outcomes, and maternal morbidity and mortality in Matlab, Bangladesh. *Rand Labor and Population*, 1-155. Recuperado de

- https://www.researchgate.net/profile/Lauren-Hale-3/publication/24120329_The_Effects_of_Birth_Spacing_on_Infant_and_Child_Mortality_Pregnancy_Outcomes_and_Maternal_Morbidity_and_Mortality_in_Matlab_Bangladesh/links/oob7d5156e8d008c38000000/The-Effects-of-Birth-Spacing-on-Infant-and-Child-Mortality-Pregnancy-Outcomes-and-Maternal-Morbidity-and-Mortality-in-Matlab-Bangladesh.pdf.
- Del Barrio, V., Frías, D. y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 4, 471-476.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. y Smith, H. (1999). Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 273-302.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. y Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1, 71-75.
- Garibay, J., Jiménez, C., Vieyra, P., Hernández, M. M. y Villalón, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad, 2(2):107-111. Recuperado de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49576>.
- Godoy, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S. y Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20, 155-165.
- Goldschmidt, A., Hilbert, A., Manwaring, J., Wilfley, D., Pike, K., Fairburn, C. et al. (2009). The significance of overvaluation of shape and weight in binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 187-193.
- Gómez-Restrepo, C., Rodríguez, M. N., Díaz, N., Cano, C. y Tamayo, N. (2013). Depresión y satisfacción con la vida en personas mayores de 60 años en Bogotá: Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 65-70.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Eón, Universidad Autónoma del Estado de México.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I., Morelato, G., González Escobar, S. y Ruiz Martínez, A. O. (2018). Factores de riesgo y protección para la resiliencia en niños mexicanos y argentinos.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2011). *Autoestima. Medición y estrategias de intervención para una reconstrucción del ser*. Universidad Autónoma del Estado de México.

- González-Arratia López-Fuentes, N. I., Domínguez Espinoza, A. C. y Valdez Medina, J. L. (2017). Autoestima como mediador entre afecto positivo-negativo y resiliencia en una muestra de niños mexicanos. *Acta Universitaria*, 27(1), 88-94. DOI: 10.15174/au.2017.1140.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I., Valdez Medina, J. L., Oudhof, J. y González, S. (2009). Resiliencia y salud en niños y adolescentes. *Ciencia Ergo Sum*, 16(39), 247-253.
- González, M. T. y Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicósomáticos autoinformados y estrés en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología Social*, 21(2), 141-152.
- Kovacs, M. (1992). *CDI. Children's Depression Inventory*. Multihealth systems.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Masten, A. S., Best, K. M. y Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-441.
- Morelato, G. (2014). Evaluación de factores de resiliencia en niños argentinos en condiciones de vulnerabilidad familiar. *Universitas Psychologica*, 13(4), 1473-1488.
- Mora, M. (30 de septiembre de 2019). Atender la salud mental infantil. *El Sol del Centro*. Recuperado de <https://www.elsoldelcentro.com.mx/doble-via/salud/atender-la-salud-mental-infantil-4253426.html>.
- Morales, N. M. y González, G. A. (2014). Resiliencia, autoestima, bienestar psicológico y capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos (Valdivia)*, 40(1), 215-228. DOI: org/10.4067/S0718-07052014000100013.
- Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience: A framework for understanding and supporting the adult transitions of young with high-incidence disabilities. *Remedial and Special Education*, 24(1), 16-26.
- Nina, P. (2013). Estresores cotidianos y su relación con el afrontamiento en niños de 8-12 años del hogar José Soria de La Paz. *Revista de Investigación Psicológica*, (9), 95-104.
- Noble, T. y McGrath, H. (2005). Emotional growth-helping children and families "bounce back". *Australian Family Physician*, 34(9), 749-752.
- Obando, O., Villalobos, M. y Arango, S. (2010). Resiliencia en niños con experiencias de abandono. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(2), 149-159.

- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Internacional Thompson Editores.
- Oviedo, H. C. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572-580.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Salud Mental*. Recuperado de https://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *10 datos sobre la salud mental*. Recuperado de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/.
- Palacio Chavarriaga, C., Tobón Moreno, J., Toro Ramírez, D. A. y Vicuña Romero, J. (2018). El estrés escolar en la infancia: una reflexión teórica. *Cuadernos de Neuropsicología. Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(2), 1-20.
- Padrós Blázquez, F., Gutiérrez Hernández, C. Y. y Medina Calvillo, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (swls) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 221-230. DOI: 10.12804/apl33.02.2015.04.
- Palomar Lever, J. (2015). *Resiliencia, educación y movilidad social en adultos beneficiarios del programa de desarrollo humano Oportunidades*. Universidad Iberoamericana.
- Palomar Lever, J. y Lanzagorta, N. (2005). Pobreza, recursos psicológicos y movilidad social. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 9-45.
- Pardo, A. G., Sandoval, D. A. y Umbarila, Z. D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, 13(3), 13-28.
- Pavot, W. y Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction with Life Scale. *Psychological Assessment*, 5, 164-172.
- Ryff, C. (1989). Happiness is not everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1089.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. DOI: 10.1111/1467-8721.ep10772395.
- Saiz González, D., Rodríguez, M., García, C., Prieto, R. y Sainz-Ruiz, J. (2009). Diferencias de sexo en el trastorno depresivo mayor: síntomas somáticos y calidad de vida. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2(3), 119-127. DOI: 10.1016/51888-9890972402-4.

- Saavedra, E., Castro, A. e Inostroza, A. (2012). Niveles de resiliencia en adultos diagnosticados con y sin depresión. *Revista Pequeña Escuela de Psicología*, 2(1), 161-184.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Hodder & Stoughton.
- Trianes, M. V., Blanca, M. J., Fernández, F. J., Escobar, M., Maldonado, E. y Muñoz, A. (2009). Estudio psicométrico inicial del Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21(4), 598-603.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Vaillant, G. E. (2000). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *The American Psychologist*, 55(1), 89-98.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.

ESPIRITUALIDAD COMO FACTOR DE PROTECCIÓN PARA LA RESILIENCIA ANTE SITUACIONES ESTRESANTES EN PERSONAS MAYORES

Ricardo Díaz Castillo^{1*}

Sergio González Escobar^{**}

Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes^{**}

María Montero López Lena^{***}

De acuerdo con cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2015a; 2015b) México tiene una población de alrededor de 120 millones de personas, de las cuales cerca de 10% son mayores de 60 años. Se ha proyectado que la esperanza de vida alcance los 77 años en 2030 (INEGI, 2015c), esto significaría aún más personas mayores, lo cual no sería un problema si el cambio demográfico no viniera acompañado de un cambio epidemiológico, en el que las personas mayores presentan altos índices de enfermedades, tanto infecto-contagiosas como crónico-degenerativas (Instituto Nacional de Salud Pública, 2012; Secretaría de Salud, 2011), además de problemas emocionales como depresión y ansiedad (Rodríguez et al., 2009; Secretaría de Salud, 2012).

Las situaciones mencionadas podrían resultar adversas y difíciles de enfrentar para las personas mayores. Por ejemplo, Park (2006) indicó que las situaciones estresantes más frecuentes, de acuerdo con las personas mayores, son los propios problemas de salud, además de las preocupaciones financieras, las tensiones sociales, la muerte de un ser querido y vivir solo. Particularmente, señaló que la experiencia más traumática o estresante es la

¹ Contacto: psi.diaz.castillo@gmail.com.

* Universidad Estatal del Valle de Ecatepec.

** Universidad Autónoma del Estado de México.

*** Universidad Nacional Autónoma de México.

muerte de un ser querido, especialmente de la pareja o de los hijos. Estos datos también han sido señalados por otras investigaciones que han identificado la muerte de un ser querido, los problemas de salud y los problemas económicos como las principales fuentes de estrés (Díaz-Castillo et al., 2018; Dorfman et al., 2009; Hernández y Romero, 2010; Nelson-Becker, 2004). Rahimi et al. (2015) realizaron autopsias psicológicas en casos de suicidio y señalaron que la muerte de un ser querido, los problemas legales y financieros, así como la enfermedad física fueron los factores de estrés que contribuyeron al suicidio en personas mayores. Como se puede apreciar, este grupo de personas experimentan situaciones físicas, psicológicas y sociales que resultan estresantes, por lo que es importante identificar los factores que pudieran favorecer la resiliencia.

La resiliencia es la capacidad de los individuos para adaptarse o ajustarse de manera constructiva a pesar de encontrarse en una situación adversa o de crisis (González, 2016). La perspectiva ecológico social aplicada a la resiliencia señala que ésta se presenta por la interacción entre factores internos y los factores externos, de tal manera que dicha interacción permitirá a la persona afrontar y superar las adversidades, así como construir sobre ellas (González, 2016; 2018; Grotberg, 2004; Kotliarenco y Aceitón, 2006; Morelato, 2009; 2011).

Ahora bien, se conocen al menos tres modelos de resiliencia que proponen distintas formas de interacción entre los factores: compensatorio, protector y de desafío. El modelo compensatorio señala que el factor de protección se opone u opera en dirección opuesta al factor de riesgo; el modelo protector es aquel en el que una cualidad o los recursos de las personas moderan los efectos de un riesgo sobre un posible resultado negativo, y el modelo desafiante o curvilíneo es aquel donde la exposición a altos niveles de riesgo está asociada con resultados negativos, pero niveles moderados están relacionados con menos resultados negativos o incluso positivos (Barcelata, 2015; Fergus y Zimmerman, 2005; Leiva et al., 2013). De acuerdo con González (2018) estos modelos pueden ser puestos a prueba por medio de regresiones lineales y modelos de ecuaciones estructurales.

En los últimos años, las investigaciones en resiliencia se han incrementado (Fernandes de Araújo et al., 2015); sin embargo, sólo algunas se han interesado en las personas mayores (Araújo y Faro, 2016; Azeem y Naz, 2015; Cortés et al., 2012; Díaz et al., 2017; Jiménez y Arguedas, 2004; Loua y Ngb, 2012).

Entre las investigaciones de resiliencia en personas mayores, algunas estudiaron la espiritualidad como factor de protección (Hanfstingl, 2013; June et al., 2009; Kinsel, 2005; Manning, 2013; 2014; Vahia et al., 2011). A partir de estos estudios se sabe que la espiritualidad y la resiliencia juegan un importante papel en la vida de los adultos mayores (Manning, 2013), incluso Manning (2014) propuso el concepto de resiliencia espiritual y señaló que sus componentes se basan en la ayuda divina, el propósito en la vida y el sentimiento de gratitud. También se sabe que los factores internos de resiliencia consisten en enfocarse al desafío y una base espiritual (Kinsel, 2005). Por su parte, Vahia et al. (2011) señalan que la espiritualidad se asocia significativamente con una mayor resiliencia y que ésta se puede desarrollar en mayor grado en las personas mayores con menor ingresos y menor nivel de educación. Considerando lo anterior, es importante continuar la investigación sobre la espiritualidad como factor de protección para la resiliencia, probando los modelos señalados.

Ellison (1983) definió la espiritualidad como un sentido de armonía, consigo mismo, con los otros, con la naturaleza o con un poder superior. Moberg (1984) la definió como el conjunto de creencias trascendentales sobre Dios y la relación con él, así como las creencias existenciales consigo mismo y con los demás; estas creencias proporcionan un propósito y satisfacción al individuo. Rolland y Walsh (2006) señalan que es la fe profunda que puede expresarse a través de rituales de afiliación congregacional o que fuera de las religiones establecidas, a través de una profunda conexión personal, con un ser superior, la naturaleza, el arte o la música.

A partir de los conceptos, se entiende que la espiritualidad tiene dos dimensiones, una existencial y otra religiosa. La espiritualidad existencial se refiere al conjunto de sentimientos, pensamientos y comportamientos que

vinculan al individuo consigo mismo, con la comunidad y con la naturaleza, y tiene el propósito de contribuir a la trascendencia constructiva y armónica. Mientras que la espiritualidad religiosa se entiende como el conjunto de sentimientos y pensamientos sobre un ser superior que orienta y modela para encontrar propósito y significado a la vida (Díaz-Castillo et al., 2017b). Vinculada con esta espiritualidad, se encuentra la religiosidad (Espeland, 1999), entendida como el conjunto de prácticas y creencias institucionales asociadas a religiones específicas (Richards y Bergin, 2005).

Es importante mencionar que en la mayoría de los estudios sobre espiritualidad no existe una clara identificación, pues algunos la asocian directamente a la religiosidad, mientras que otros la consideran desde el enfoque espiritualidad existencial o religiosa, e incluso se ha utilizado de forma indiferenciada. Esta confusión, teórica y práctica, no deja clara la participación de la espiritualidad y la religiosidad en el desarrollo de la resiliencia, por lo que es menester saber específicamente cómo es la interacción de las dimensiones de la espiritualidad como factores de protección de la resiliencia ante las situaciones estresantes. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue probar, a través de ecuaciones estructurales, los modelos teóricos: compensatorio, protector y de desafío de la resiliencia ante las situaciones estresantes que experimentan las personas mayores, mediada por las dimensiones de espiritualidad.

MÉTODO

Se realizó un estudio desde el enfoque cuantitativo de tipo explicativo con un diseño observacional no experimental de corte transversal (Hernández et al., 2014; Kerlinger y Lee, 2002).

Participantes

El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, la muestra estuvo conformada por 140 personas mexicanas mayores de 60 años. La mayoría resi-

dentes del Estado de México ($n=92$; 65.7%). Fueron 104 (74.3%) mujeres y 36 (25.7%) hombres, con edades entre 60 y 87 años ($M=65.46$, $DE=5.76$). Respecto a los datos sociodemográficos, la mayoría de los participantes reportaron que su estado civil es casado ($n=79$; 56.5%), seguidos de viudo ($n=24$; 17.1%), soltero ($n=21$; 15.0%) y divorciado ($n=16$; 11.4%). La mayoría tenían estudios básicos de primaria ($n=31$; 22.1%) y secundaria ($n=31$; 22.1%), 28 (20%) participantes tenían estudios universitarios, 24 (17.2%) de nivel medio superior, 17 (12.2%) de posgrado y 9 (6.4%) no tenían estudios, pero sabían leer y escribir. Respecto a la religión, la mayoría declaró ser católica ($n=95$; 67.9%), seguidos de las personas que declararon no practicar ninguna religión ($n=20$; 14.3%), posteriormente las personas cristianas ($n=16$; 11.4%), mormonas ($n=7$; 5%) y testigos de Jehová ($n=2$; 1.4%).

Instrumentos

Escala de Situaciones Estresantes para Personas Mayores (Díaz et al., s. f.a). Está integrada por 20 ítems con adecuada consistencia interna ($\alpha=0.85$), distribuidos en una estructura factorial confirmada de seis dimensiones, con consistencia interna de aceptable a adecuada: 1) Problemas económicos ($\alpha=0.81$); 2) Problemas emocionales ($\alpha=0.72$); 3) Problemas de salud ($\alpha=0.64$); 4) Pérdida de funciones físicas ($\alpha=0.63$); 5) Pérdida de autonomía ($\alpha=0.66$), y 6) Relaciones interpersonales ($\alpha=0.61$). Se empleó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, a través de la cual se pueden identificar tanto la presencia de la situación como la intensidad en que afectó. La opción 1 indica que no experimentó la situación; la 2 sí la experimentó, pero que no le afectó; la 3, que sí la experimentó y le afectó poco; la 4, que le afectó mucho, y la 5, que le afectó muchísimo. Es decir, a mayor puntuación, mayor presencia de situaciones y mayor afectación por las mismas.

Escala Trifactorial de Espiritualidad (Díaz-Castillo et al., s. f. b). Está conformada por 14 ítems con adecuada consistencia interna ($\alpha=0.93$), distribuidos en una estructura factorial confirmada de tres dimensiones, con adecuada consistencia interna; 1) Espiritualidad existencial ($\alpha=0.88$), 2) Es-

piritualidad religiosa ($\alpha=0.95$) y 3) Religiosidad ($\alpha=0.86$). Se usó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que se presenta en dos formas distintas: en el caso de las dimensiones Espiritualidad existencial y Espiritualidad religiosa, por hacer referencia a los pensamientos y sentimientos, la escala va de 1, que corresponde a “totalmente en desacuerdo” a 5, que equivale a “totalmente de acuerdo”, mientras que en la dimensión de Religiosidad, por tratarse de conductas, la escala va de 1, que corresponde a “nunca” a 5, que equivale a “siempre”. Para su calificación, se puede considerar una puntuación total, dado que las dimensiones están relacionadas, pero al considerarse que pueden ser excluyentes entre sí, la evaluación recomendada es por dimensiones, donde una mayor puntuación indica mayor presencia de la cualidad.

Cuestionario de Resiliencia (CR; González, 2016), desarrollado en México para medir los factores de resiliencia. Está constituido por 32 indicadores, con cinco opciones de respuesta tipo Likert que van de completamente de acuerdo (1) a completamente en desacuerdo (5). Cuenta con una estructura de tres factores: 1) Factores protectores internos ($\alpha=0.81$), 2) Factores protectores externos ($\alpha=0.74$), y 3) Empatía ($\alpha=0.78$). Los tres factores explican 37.82% de la varianza y se cuenta con una consistencia interna global de 0.92. Es importante mencionar que sólo se utilizaron 12 indicadores, cuatro por factor, los cuales han reportado mayores cargas factoriales de acuerdo con la autora (González, 2016).

Procedimiento

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Las personas fueron invitadas a participar a través medios electrónicos (e-mail, Facebook, WhatsApp), garantizando la confidencialidad de la información y su manejo sólo con fines de investigación. Quienes decidieron participar de manera voluntaria recibieron un formato de evaluación que se

desarrolló en la plataforma Google Forms con los instrumentos de evaluación; de esta manera, los participantes respondieron de manera individual a través de sus dispositivos electrónicos. El formato se estructuró con una sección de datos sociodemográficos, posteriormente por la Escala de Situaciones Estresantes para Personas Mayores, la Escala Trifactorial de Espiritualidad y el Cuestionario de Resiliencia; en todos los casos, las opciones de respuesta de los instrumentos estuvieron acompañadas con representaciones pictóricas.

Después de la aplicación, se obtuvo la base de datos proporcionada por Google Forms y se importó al Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, versión 20), para los respectivos análisis.

Análisis de información

Se realizaron los análisis descriptivos pertinentes a cada una de las variables sociodemográficas que describen las muestras; posteriormente, se realizaron análisis de relación utilizando la prueba de *r* de *Pearson* producto-momento. También, con la prueba de regresión lineal se evaluó la capacidad predictiva de las situaciones estresantes y la espiritualidad sobre la resiliencia.

Con el objetivo de evaluar los modelos de resiliencia, se realizaron *path analysis* utilizando para ello ecuaciones estructurales, a través del programa estadístico AMOS (Arbuckle y Wothke, 1999). Se consideraron los índices de bondad de ajuste propuestos (Bentler, 1990; Bollen, 1989; Brooke et al., 1988; Browner y Crudeck, 1993): índices absolutos; X^2 dividida entre grados de libertad ($CMIN/DF \leq 2$), índice de bondad de ajuste ($GFI \geq .90$), índice de bondad de ajuste corregido ($AGFI \geq .85$) y la raíz del residuo cuadrático promedio ($RMSEA \leq .05$); índices incrementales; índice de ajuste comparativo ($CFI \geq .90$); índice de ajuste normalizado ($NFI \geq .90$); e índices de ajuste de parsimonia; índice de ajuste comparativo de parsimonia ($PCFI \geq .05$), el índice de bondad de ajuste de parsimonia ($PGFI \geq .05$) y el índice de ajuste normado de parsimonia ($PNFI \geq .05$).

RESULTADOS

Al analizar la relación entre las situaciones estresantes y la espiritualidad con la resiliencia se encontró que la resiliencia se asoció negativamente con las situaciones estresantes, específicamente con Problemas emocionales, Problemas de salud, Pérdida de funciones físicas, Pérdida de autonomía y Problemas en las relaciones interpersonales. Mientras que la espiritualidad se asoció positivamente con la puntuación total y con las dos dimensiones existencial y religiosa. Respecto a los factores de resiliencia, la empatía obtuvo mayores índices. Destaca que los Factores protectores internos se asociaron negativamente con algunas situaciones estresantes, mientras que los Factores protectores externos se asocian positivamente con las dimensiones de espiritualidad (véase Tabla 1).

TABLA 1
Relación entre situaciones estresantes en la vejez, espiritualidad y resiliencia

	<i>Resiliencia</i>	<i>Factores protectores internos</i>	<i>Factores protectores externos</i>	<i>Empatía</i>
Situaciones estresantes	-.28**	-.26**	-.09	-.31**
Problemas económicos	-.03	.04	.02	-.04
Problemas emocionales	-.28**	-.22*	-.17*	-.24**
Problemas de salud	-.33**	-.29**	-.13	-.35**
Pérdida de funciones físicas	-.38**	-.33**	-.19*	-.36**
Pérdida de autonomía	-.27**	-.27**	-.10	-.25**
Relaciones interpersonales	-.27**	-.16	-.23**	-.20*
Espiritualidad	.22**	.11	.16	.24**
Espiritualidad existencial	.30**	.16	.21*	.32**
Espiritualidad religiosa	.23**	.10	.20*	.22**
Religiosidad	.08	.05	.03	.12

*=p<.05; **=p<.01. Nota: Tabla de creación original.

Con el objetivo de probar los modelos teóricos de resiliencia se realizaron análisis de regresión lineal por pasos, siendo la resiliencia la variable dependiente. Primeramente, para probar el modelo compensatorio, con base en la teoría, se definieron como variables independientes los factores de la Escala Trifactorial de Espiritualidad. Los resultados indican que, específicamente, la espiritualidad existencial explica 8% de la varianza en resiliencia (véase Tabla 2).

TABLA 2
Modelo compensatorio de resiliencia

<i>Resiliencia</i>	<i>R</i>	<i>R₂</i>	<i>R₂ corregida</i>	<i>F</i>	<i>B</i>	<i>β</i>	<i>t</i>
	Espiritualidad existencial	.29	.09	.08	12.92 ***	.61	.29

***= $p < .01$. Nota: Tabla de creación original.

Posteriormente, para probar el modelo protector, con base en la teoría, se utilizaron como variables independientes, tanto los factores de la Escala de Situaciones Estresantes para Personas Mayores como los de la Escala Trifactorial de Espiritualidad. Los resultados señalan que la varianza en resiliencia es explicada hasta en 14% por menores Pérdidas de funciones físicas; además, que al agregar el factor Problemas en las relaciones interpersonales el porcentaje sube a 17%, y al sumar la Espiritualidad existencial, la resiliencia es explicada hasta en 19% (véase Tabla 3). Estos resultados sugieren que la dimensión de espiritualidad es la variable que puede incrementar la resiliencia ante las situaciones estresantes.

Para probar el modelo de desafío se utilizaron los resultados anteriores, sin considerar la participación de la espiritualidad existencial, es decir, sólo se utilizaron como variables independientes los factores de la Escala de Situaciones Estresantes para Personas Mayores. Como se observó, los resultados señalan que la varianza en resiliencia es explicada hasta en 14% por menores Pérdidas de funciones físicas y 17% al agregar menores Problemas en las relaciones interpersonales (véase Tabla 3).

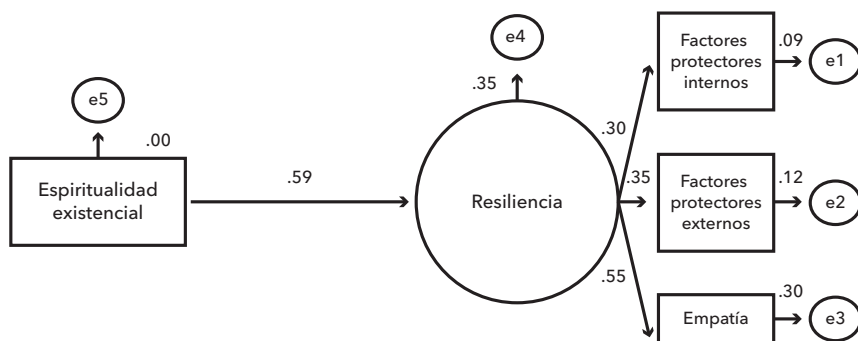
TABLA 3
Modelo protector y de desafío de resiliencia

Resiliencia					B	β	t
	R	R ²	R ² corregida	F			
Pérdida de funciones físicas	.38	.15	.14	23.60***	-.86	-.38	4.86***
Pérdida de funciones	.43	.18	.17	15.14***	-.76	-.34	4.26***
Problemas en las relaciones interpersonales					-.48	-.19	2.42***
Pérdida de funciones	.46	.21	.19	11.97***	-.65	-.29	3.55**
Problemas en las relaciones interpersonales					-.44	-.14	2.21**
Espiritualidad existencial					.37	.17	2.19*

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$. Nota: Tabla de creación original.

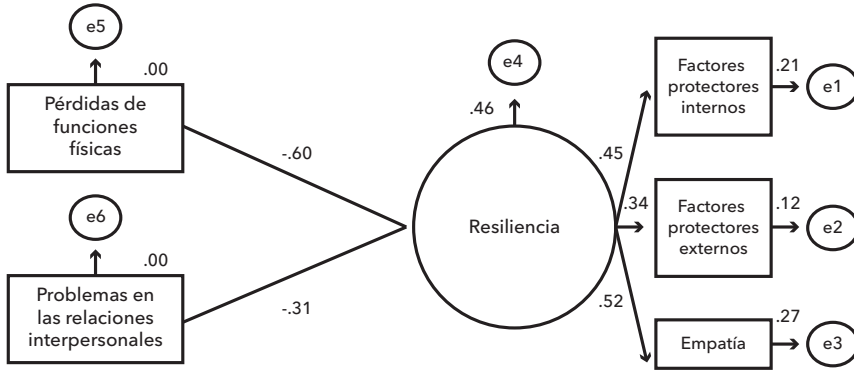
Los tres modelos son satisfactorios en sus resultados; sin embargo, el modelo de protector es el que explica en mayor porcentaje la varianza en la resiliencia. Para confirmar estos resultados, se procedió a probar modelos de ecuaciones estructurales. Los resultados confirman que el modelo protector es el que explica en mayor porcentaje la varianza en resiliencia, es decir, específicamente la Espiritualidad existencial protege y favorece la resiliencia ante la Pérdida de funciones físicas y los Problemas en las relaciones interpersonales experimentados por los adultos mayores (véanse las Figuras 1, 2, 3).

FIGURA 1
Modelo compensatorio de resiliencia explicada por espiritualidad



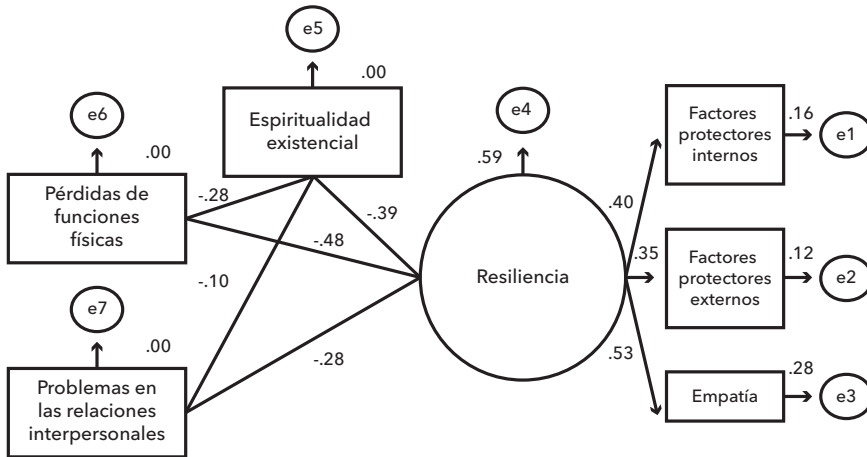
Nota: Figura de creación original.

FIGURA 2
Modelo protector de resiliencia explicada por las situaciones estresantes y la espiritualidad



Nota: Figura de creación original.

FIGURA 3
Modelo de desafío de resiliencia explicada por las situaciones estresantes



Nota: Figura de creación original.

En la Tabla 4 se pueden observar los índices de bondad de ajuste de los modelos de resiliencia. En los tres modelos se obtuvieron resultados que indicaron un buen ajuste. En los índices absolutos de bondad de ajuste, se

encontró concordancia entre los modelos hipotetizados y los índices esperados (X^2 =baja; $p \leq .01$); sin embargo, los cocientes X^2/df fueron ligeramente mayores al criterio de 2. El GFI de los modelos fue mayor al criterio de 0.90, igual que el AGFI, pero, el RMSEA mayor al criterio $\leq .05$. A pesar de los índices que se quedaron fuera de los criterios, los resultados indican que los modelos hipotetizados alcanzaron un buen ajuste. También, respecto a los índices incrementales, el CFI y el NFI fueron mayores al criterio 0.90, estos resultados también indicaron buen ajuste. Al igual que los índices de ajuste de parsimonia. Finalmente, el PCFI, el PGFI y PNFI de los modelos hipotetizados fueron mayores al criterio de 0.5, lo que confirmó el ajuste del modelo.

TABLA 4
Índices de bondad de ajuste de los modelos de resiliencia

<i>Modelos</i>	$p X^2$ \geq .05	CMIN / DF \leq 2	GFI \geq .90	AGFI \geq .85	RMSEA \leq .05	CFI \geq .90	NFI \geq .90	PCFI \geq .05	PGFI \geq .05	PNFI \geq .05
1	.13	2.05	.99	.93	.09	.98	.96	.33	.20	.32
2	.05	2.13	.97	.90	.09	.95	.91	.34	.28	.36
3	.05	2.56	.97	.91	.09	.94	.90	.47	.32	.45

Modelo compensatorio (1), Modelo protector (2), Modelo de desafío (3), ji cuadrada (X^2), ji cuadrada dividida entre grados de libertad (CMIN/DF), índice de bondad de ajuste (GFI), índice de bondad de ajuste corregido (AGFI), raíz del residuo cuadrático promedio (RMSEA), índice de ajuste comparativo (CFI), índice de ajuste normalizado (NFI), índice de ajuste comparativo de parsimonia (PCFI), índice de bondad de ajuste de parsimonia (PGFI), índice de ajuste normado de parsimonia (PNFI). Nota: Tabla de creación original.

Ahora bien, ya que los tres modelos alcanzaron un buen ajuste, la interpretación de ellos señala que, aunque la espiritualidad existencial en el modelo compensatorio explica hasta 32% de la varianza en resiliencia, al intervenir entre la Pérdida de funciones físicas y los Problemas en las relaciones interpersonales, en un modelo protector se incrementa hasta 39%.

Además, el modelo de desafío indica que una menor Pérdida en las funciones físicas, así como menores Problemas en las relaciones interpersonales

se asocian con mayor resiliencia; pero mayores problemas en ambos casos implican una disminución en la varianza de resiliencia. Sin embargo, una vez más, al intervenir la espiritualidad existencial en el modelo protector, este efecto negativo de las situaciones estresantes sobre la resiliencia disminuye; es decir, la espiritualidad existencial protege a los adultos mayores de situaciones estresantes como Pérdida de funciones físicas y Problemas en las relaciones interpersonales, favoreciendo el desarrollo de la resiliencia.

DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue probar, a través de ecuaciones estructurales, los modelos teóricos compensatorio, protector y de desafío, de la resiliencia, ante las situaciones estresantes mediado por las dimensiones de espiritualidad en personas mayores. En este sentido, los resultados indicaron que el modelo protector es el que explica la resiliencia ante las situaciones estresantes mediada por la espiritualidad.

Los resultados concuerdan con lo expuesto por otros autores, sobre la importancia de la espiritualidad (Manning, 2013; Vahia et al., 2011) para la superación de las adversidades que es posible experimentar durante la vejez. Sin embargo, la investigación encontró que este beneficio se da específicamente por la espiritualidad existencial, es decir, el conjunto de sentimientos, pensamientos y comportamientos que vinculan al individuo consigo mismo, con la comunidad y la naturaleza, con el propósito de contribuir a la trascendencia constructiva y armónica (Díaz-Castillo et al., 2017b), no así por la espiritualidad religiosa o por la religiosidad.

Al respecto, los resultados confirman lo expuesto por Rivera-Ledesma y Montero-López (2004; 2005), quienes señalaron que el grado de convicción espiritual no está asociado al ajuste psicológico en los adultos mayores y que a pesar de que la vida religiosa es importante para ellos, éstos no se benefician de ella. Por lo que sugirieron que se podría deber al hecho de que se ha medido la religiosidad más que la espiritualidad. En este orden de ideas, Del Castillo et al. (s. f.) reportaron una relación negativa entre la espiritualidad

existencial y la depresión, no así con la espiritualidad religiosa. Al igual que en los estudios mencionados, la presente investigación diferencia los beneficios que se obtienen por la espiritualidad existencial, en comparación con la religiosa y específicamente la religiosidad.

De esta manera, se concluye que la espiritualidad no es propia de las creencias religiosas y que precisamente la dimensión existencial de dicha espiritualidad es la que genera beneficios de índole psicológico o emocional al favorecer el desarrollo de la resiliencia ante las situaciones estresantes que experimentan las personas mayores como pérdida de funciones físicas y problemas en las relaciones interpersonales.

REFERENCIAS

- Araújo, C. y Faro, A. (2016). Estudio sobre la resiliencia en ancianas del Valle de Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enfermería Global*, 42, 63-80.
- Arbuckle, J. L. y Wothke, W. (1999). *Amos 4.0 User's Guide*. Small Waters.
- Azeem, F. y Naz, M. (2015). Resilience, death anxiety, and depression among institutionalized and noninstitutionalized elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 30(1), 111-130.
- Barcelata, B. E. (2015). *Adolescentes en riesgo. Una mirada a partir de la resiliencia*. Manual Moderno.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246. DOI: 10.1037/0033-2909.107.2.238.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. John Wiley y Sons.
- Brooke, P. P., Russell, D. W. y Price, J. L. (1988). Discriminant validation of measures of job satisfaction, job involvement, and organizational commitment. *Journal of Applied Psychology*, 73, 139-145. DOI: 10.1037//0021-9010.73.2.139.
- Browner, M. W. y Crudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen, y J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). SAGE.
- Cortés, J., Flores, P., Gómez, C., Reyes, K. y Romero, L. (2012). Resiliencia y su relación con estilos de vida de los adultos mayores autovalentes. *Ciencia y Enfermería*, 18(3), 73-81. DOI: 10.4067/S0717-95532012000300008.

- Del Castillo, A., Mendoza, A., Ortiz, A. y Solano, G. (s. f.). Depresión y bienestar espiritual en adultos mayores de Pachuca, Hidalgo. *Revista Científica Electrónica de Psicología, ICSA-UAEH*, 15, 43-66.
- Díaz-Castillo, R., González-Arratia López-Fuentes, N. I., González-Escobar, S., y Montero-López Lena, M. (s. f.). *Escala de situaciones estresantes para personas mayores: elaboración y propiedades psicométricas* [Manuscrito en preparación].
- Díaz-Castillo, R., González-Escobar, S., González-Arratia López-Fuentes, N. I., y Montero-López Lena, M. (2018). Factores protectores de la resiliencia en un grupo de mujeres mayores. En Díaz-Loving, R., Reyes-Lagunes, L. I. y López-Rosales, F. (Eds.), *Aportaciones actuales de la Psicología Social, IV* (pp. 2675-2690). Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Díaz-Castillo, R., González-Escobar, S., González-Arratia, N. I. y Montero-López Lena, M. (2017a). Resiliencia en adultos mayores: estudio de revisión. *Neurama. Revista Electrónica de Psicogerontología*, 4(2), 22-29. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Ricardo-Diaz-Castillo/publication/326188717_Resiliencia_en_adultos_mayores_estudio_de_revision/links/5b3cfb4c4585150d23fdb20/Resiliencia-en-adultos-mayores-estudio-de-revision.pdf.
- Díaz-Castillo, R., Montero-López Lena, M., González-Escobar, S. y González-Arratia López-Fuentes, N. I. (s. f.). *Evidencia de validez de la Escala Trifactorial de Espiritualidad en adultos mayores* [Manuscrito en preparación].
- Díaz-Castillo, R., González-Escobar, S., González-Arratia López-Fuentes, N. I. y Montero-López Lena, M. (2017b). *Significado psicológico de espiritualidad y religiosidad en un grupo de mujeres mayores*. Presentación realizada en el Congreso Mexicano de Psicología. Asociación Mexicana de Psicología.
- Dorfman, L., Méndez, E. y Osterhaus, J. (2009). Stress and resilience in the oral histories of rural older women. *Aging*, 21(4), 303-316. DOI: 10.1080/08952840903285237.
- Ellison, C. (1983). Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 330-340. DOI: 10.1177/009164718301100406.
- Espeland, K. (1999). Achieving spiritual wellness: using reflective questions. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 37(7), 36-40. DOI: 10.3928/0279-3695-19990701-22.

- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 1-26. DOI: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357.
- Fernandes de Araújo, L., Teva, I. y Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276. DOI: 10.4067/S0718-48082015000300009.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Eón.
- González-Arratia López-Fuentes, N. I. (2018). Autoestima, optimismo y resiliencia en niños en situación de pobreza. *Revista Internacional de Psicología*, 16(1), 1-119. DOI: 10.33670/18181023.v16i01.261.
- Grotberg, E. (2004). Adolescentes contra la violencia: el poder de la resiliencia. En A. Melillo, E. N. Suárez-Ojeda y D. Rodríguez (Eds.), *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp. 155-172). Paidós.
- Hanfstingl, B. (2013). Ego and spiritual transcendence: Relevance to psychological resilience and the role of age. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, s. n, 1-9. DOI: 10.1155/2013/949838.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Hernández, Z. y Romero, E. (2010). Estrés en personas mayores y estudiantes universitarios: un estudio comparativo. *Psicología Iberoamericana*, 18(1), 56-68.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) (2015a). *Encuesta Intercensal 2015*. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/default.aspx>.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) (2015b). *Principales resultados de la Encuesta Intercensal 2015: Estados Unidos Mexicanos*. INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Información (INEGI) (2015c). *Mortalidad: esperanza de vida al nacimiento según sexo, años seleccionados de 1990 a 2030*. Recuperado de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo129ys=estyc=23598>.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

- Jiménez, F. y Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y 75 años. *Actualidades Investigativas en Educación*, 4(2), 1-28. DOI: 10.15517/aie.v4i2.9090.
- June, A., Segal, D., Coolidge, F. y Klebe, K. (2009). Religiousness, social support and reasons for living in African American and European American older adults: An exploratory study. *Aging and Mental Health*, 13(5), 753-760. DOI: 10.1080/13607860902918215.
- Kerlinger, F. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw Hill.
- Kinsel, B. (2005). Resilience as adaptation in older women. *Journal of Women and Aging*, 17(3), 23-39. DOI: 10.1300/J074v17n03_03.
- Kotliarenco, M. y Aceitón, H. (2006). *La resiliencia como ventana de oportunidad. Un análisis entre resiliencia y pobreza*. III Conferencia de la Red Latinoamericana y del Caribe de Child Watch International. México.
- Leiva, L., Pineda, M. y Encina, Y. (2013). Autoestima y apoyo social como predictores de la resiliencia en un grupo de adolescentes en vulnerabilidad social. *Revista de Psicología*, 22(2), 111-123. DOI: 10.5354/0719-0581.2013.308.
- Loua, V. y Ngb, J. (2012). Chinese older adults' resilience to the loneliness of living alone: A qualitative study. *Aging and Mental Health*, 16(8), 1039-1046. DOI: 10.1080/13607863.2012.692764.
- Manning, L. (2013). Navigating hardships in old age: Exploring the relationship between spirituality and resilience in later life. *Qualitative Health Research*, 23(4), 568-575. DOI: 10.1177/1049732312471730.
- Manning, L. (2014). Enduring as lived experience: Exploring the essence of spiritual resilience for women in late life. *Journal of Religion and Health*, 53, 352-362. DOI: 10.1007/s10943-012-9633-6.
- Moberg, D. (1984). Subjective measures of spiritual well-being. *Review of Religious Research*, 25, 351-364. DOI: 10.2307/3511368.
- Morelato, G. (2009). *Evaluación de la resiliencia en niños víctimas de maltrato familiar* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de San Luis].
- Morelato, G. (2011). Resiliencia en el maltrato infantil: aportes para la comprensión de factores desde un modelo ecológico. *Revista de Psicología*, 29(2), 203-224.
- Nelson-Becker, H. (2004). Meeting life challenges: A hierarchy of coping styles in African American and Jewish American older adults. *Diversity and Aging in the Social Environment*, 10(1), 155-174. DOI: 10.1300/J137v10n01_03.

- Park, C. (2006). Exploring relations among religiousness, meaning, and adjustment to lifetime and current stressful encounters in later life. *Anxiety, Stress, and Coping*, 19(1), 33-45. DOI: 10.1080/10615800600581259.
- Rahimi, R., Ali, N., Noor, S., Mahmood, M. y Zainun, K. (2015). Suicide in the elderly in Malaysia. *The Malaysian Journal of Pathology*, 37(3), 259-263.
- Richards, P. y Bergin, A. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American Psychological Association.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2004). Espiritualidad, religiosidad y vejez en México. Ponencia presentada en el 1er Congreso Institucional de investigación, innovación y desarrollo de la educación media superior y superior (pp. 1-7). Universidad del Valle de México. Recuperado de http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Espiritualidad,%20religiosidad%20vejez_04_PO_PSIC_PICS_D.pdf.
- Rivera-Ledesma, A. y Montero-López Lena, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
- Rodríguez, J., Kohn, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>.
- Rolland, J. y Walsh, F. (2006). Facilitating family resilience with childhood illness and disability. *Current Opinion in Pediatrics*, 18, 527-538. DOI: 10.1097/01.mop.0000245354.83454.68.
- Secretaría de Salud (2011). *Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf.
- Secretaría de Salud (2012). *Perfil epidemiológico de la salud mental en México*. Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2012/Monografias8_Salud_Mental_Mex_ago12.pdf.
- Vahia, I., Depp, C., Palmer, B., Fellows, I., Golshan, S., Thompson, W. y Jeste, D. V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging and Mental Health*, 15(1), 97-102. DOI: 10.1080/13607863.2010.501069.

RESILIENCIA EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

María Azucena Hernández-Silva^{1}*

*Ana Olivia Ruiz-Martínez**

*Sergio González-Escobar**

*Norma Ivonne González-Arratia López-Fuentes**

*Ana Luisa Mónica González-Celis Rangel^{1**}*

*Óscar Galindo Vázquez^{***}*

The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN, 2018) señala que el cáncer de mama en México se posiciona en primer lugar como la enfermedad causante de nuevos casos, con más incidencia y mortalidad en mujeres por arriba de los 20 años. Por ello, la psicología de la salud, la psicooncología y disciplinas médicas afines se han interesado en estudiar al paciente con este diagnóstico, por considerarle una situación de adversidad, que acarrea distintas afectaciones psicológicas, ya que exige que la persona enferma ponga en juego sus recursos internos y externos, al mismo tiempo, para salir adelante de esta difícil situación.

El cáncer de mama afecta la salud física y mental de las personas que lo padecen. A partir del diagnóstico, existe un reajuste y afectación en distintas áreas del desarrollo, lo que propicia la aparición de alteraciones emocionales como la ansiedad, la depresión y el estrés, generados por la constante preocupación y miedo de saberse con una enfermedad que los debilita física y emocionalmente, por los distintos síntomas tanto de la enfermedad como los efectos colaterales que generan los procedimientos y tratamientos médicos a los que se someten, así como por los índices de mortalidad. De tal forma que las personas con cáncer de mama viven la vulnerabilidad desde el

¹ Contacto: fazuherst@hotmail.com.

* Universidad Autónoma del Estado de México.

** Universidad Nacional Autónoma de México, FES Iztacala.

*** Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología.

diagnóstico hasta la recuperación o, en algunos casos, hasta la muerte (Alonso y Bastos, 2011; Cantú y Álvarez, 2009; Cohee, et al., 2016; Dragomir et al., 2013; Hernández y Landero, 2015; Hutter et al., 2013; Lerma-Talantes et al., 2017; Ng et al., 2015; Robles et al., 2009).

Se han desarrollado diversos estudios sobre las alteraciones emocionales que presentan las mujeres con cáncer de mama. Señalan que la ansiedad y la depresión se asocian con un bajo funcionamiento físico y emocional que refuerza la presencia de síntomas como las náuseas, pérdida de apetito, fatiga, dolor e insomnio, mismos que limitan la percepción que se tiene de su salud desde que reciben el diagnóstico (Akechi et al., 2015; Dragomir et al., 2013; Hutter et al., 2013; Hyphantis et al., 2013; Ng et al., 2015).

Derivado de lo anterior, la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama se ve disminuida ante la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, pues quien sufre de esta enfermedad presenta excesiva preocupación por los síntomas que limitan su pleno funcionamiento y su vida diaria. Estudios refieren que con el paso del tiempo se reducen estas alteraciones emocionales y mejora la calidad de vida; esto puede deberse al despliegue de recursos personales y sociales como las estrategias de afrontamiento, el apoyo social, el optimismo y la resiliencia, los cuales facilitan salir adelante ante la situación adversa (Elumelu et al., 2014; Finck et al., 2018; Ng et al., 2015; Sehati et al., 2018, Tang et al., 2017; Zamanian et al., 2015; Zhang et al., 2017). De esta manera se observa que las personas se verán afectadas por emociones que deterioren su calidad de vida y tendrán que hacer uso de los recursos que permitan hacerle frente a la enfermedad hasta lograr su recuperación. No obstante, los estudios en el campo de la psicología se han centrado principalmente en los efectos negativos de la enfermedad y existe escasa investigación que aborde los recursos positivos que permiten que las pacientes salgan adelante de esta compleja situación. Por lo tanto, explorar habilidades o recursos tanto personales como sociales se vuelve fundamental para identificar cuáles tienen asociación con una mejor calidad de vida y un posible efecto protector ante las condiciones de salud, adaptación física, emocional y social (Amar et al., 2013; Oblitas, 2010; Rodríguez-Marín et al., 1993; Taylor 2007).

La resiliencia es una variable que ha sido incorporada recientemente en estudios oncológicos para identificar la capacidad que tienen las personas de hacer frente a estas condiciones salutogénicas que las ponen en riesgo física y emocionalmente. La etimología del término es *resilio*, y significa volver atrás, resaltar o rebotar; en el campo de la física, dicha palabra fue adoptada para enfatizar la capacidad que tienen los materiales para recobrar su forma después de ser sometidos a condiciones extremas y de alta presión que intervienen en su naturaleza (Amar et al., 2013).

La resiliencia fue adoptada por la psicología y ha sido definida por distintos autores como un rasgo psicológico que mantiene el equilibrio de las personas ante condiciones de adversidad (Bartelt, 1994); otros la entienden como un proceso de afrontamiento ante eventos estresantes o desafiantes (Richardson et al., 1990) e incluso como un proceso dinámico de adaptación positiva dentro de un marco de adversidad (Luthar et al., 2000).

Al analizar la simplicidad con la que ha sido definida, sin considerar los elementos que conforman a la resiliencia, González-Arratia (2016, p. 31) y González-Arratia y Valdez (2007, p. 39) proponen la siguiente definición: “[es la] capacidad que posee el individuo para adaptarse y ajustarse, a través de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar: social y cultural (externos), que le posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva”. Dicha definición permite considerar esta capacidad del individuo como innata, así como un proceso dinámico en el que intervienen las influencias y recursos que provienen tanto de la persona como del ambiente. Por lo que, al ser un proceso dinámico, las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales ante las circunstancias de adversidad dependerán en gran medida de la naturaleza del evento estresante, el contexto, la etapa de la vida y la cultura en que tenga lugar la situación, como en este caso, el diagnóstico de cáncer de mama (Amar et al., 2013; González-Arratia, 2016; Vera et al., 2006).

Bajo el contexto de esta enfermedad y del uso de la resiliencia, se considera que existen elementos que pueden tomar una fuerza positiva y otra negativa, es decir, los que actúan como escudos se convierten en factores

protectores, mientras que los de riesgo son aquellas situaciones individuales o del contexto que generarán efectos dañinos y pondrán en dificultad la salud física y emocional, en general la calidad de vida (González-Arratia, 2016; Hein, 2004; Munist et al., 1998). En este sentido, autores como Garmezy (1990, citado en González-Arratia, 2016), Manciaux (2003), Suárez (1995) y Wolin y Wolin (1993), plantean que los factores protectores pueden ser internos y externos. Los internos aluden a las características inherentes como autoestima, autonomía, confianza en sí mismo, creatividad, empatía, inteligencia, iniciativa, locus de control interno, motivación, temperamento, sentido del humor, visión positiva del futuro personal, entre otros. Mientras que los externos son la cohesión, la atención, la protección y el apoyo emocional, instrumental económico y moral, que sólo son adquiridos en el contexto familiar, social y en los diversos grupos en los que se encuentre inserto el individuo.

Al respecto, González-Arratia (2016) y Rutter (1985) plantean que los factores protectores se desarrollan con los recursos que va adquiriendo el individuo antes de que exista el estímulo estresor que genera la tensión o adversidad, favoreciendo con ello una mejor respuesta y adaptación. Asimismo, mantiene su efecto después de la aparición del evento estresante, pues reestructura la respuesta del sujeto por una más adaptativa, en situaciones a futuro. Dadas estas condiciones, se vuelve necesaria la exploración de la resiliencia como factor protector ante la presencia del cáncer de mama. Si bien su estudio aún es limitado, en el ámbito internacional se han encontrado estudios que sustentan la idea de que la resiliencia funge como un factor que favorece la calidad de vida, la seguridad en sí misma y el comportamiento autónomo; así como disminuye las manifestaciones de ansiedad, depresión y estrés; además, se señala que el apoyo social y familiar es vital para quienes reportan altos niveles de resiliencia (Guil, 2016; Loprinzi et al., 2011; Tang et al., 2017; Zhang et al., 2017). Aunque estas tendencias internacionales marcan la pauta para aportar evidencia empírica en el ámbito nacional, la investigación de la resiliencia en la población oncológica mexicana con cáncer de mama aún es incipiente.

Para estudiar la resiliencia en personas con cáncer es importante considerar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico, pues el paso del tiempo propicia una percepción distinta y en consecuencia genera respuestas emocionales, cognitivas y conductuales diferentes en el contexto sociocultural (Hoseini et al., 2016; Hutter et al., 2013; Mohamed et al., 2014; Vera et al., 2006). Además, puede influir la percepción y la respuesta que se tiene respecto de la enfermedad a partir de las condiciones individuales y socioculturales que posee la población oncológica en México.

Por lo tanto, la presente investigación está orientada a analizar la resiliencia y sus factores internos, externos y empatía en mujeres mexicanas con cáncer de mama, por lo que considera el tiempo posterior al diagnóstico de la enfermedad (menor a un año vs. mayor a un año).

MÉTODO

Participantes

Se contó con una muestra no probabilística de tipo intencional, con la participación voluntaria de 200 mujeres con cáncer de mama provenientes de la Ciudad de México y del Estado de México, bajo criterios de inclusión como la edad, entre 20 y 70 años; distintas fases de la enfermedad; que supieran leer y escribir; captadas a partir de la técnica de bola de nieve en domicilios particulares y fuera de los hospitales. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: poseer doble primario en el diagnóstico de cáncer y presentar enfermedades psiquiátricas. Se retomaron criterios de eliminación como el dejar de participar tras la firma del consentimiento informado y dejar reactivos de los instrumentos sin contestar.

En la Tabla 1 se encontró que las participantes tienen un promedio de edad de 45.3 (± 9.36) años, prevalecieron las mujeres casadas (58.5%), con nivel de estudios de secundaria (33%), en fase II del cáncer (55%) y con un promedio de 8.72 (± 5.73) meses después de que recibieron su diagnóstico de la enfermedad. Además, se identificó que 158 participantes tenían menos de un año (79%) y 42 mujeres sobrepasaban este periodo (21%).

TABLA 1
Características de la muestra de mujeres con cáncer de mama (N= 200)

	<i>Característica</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Estado civil	Soltera	41	20.5%
	Casada	117	58.5%
	Unión libre	21	10.5%
	Divorciada	19	9.5%
	Viuda	2	1%
Escolaridad	Primaria	41	20.5%
	Secundaria	66	33%
	Preparatoria	58	29%
	Licenciatura	34	17%
	Posgrado	1	.5%
Fases del cáncer	I	26	13%
	II	110	55%
	III	58	29%
	IV	6	3%

Los porcentajes son de 100% de cada característica. Nota: Tabla de creación original.

Instrumentos

Para recolectar los datos se empleó la Escala de Resiliencia de González-Arratia (2016), considerada como una escala tipo Likert con 32 afirmaciones de cinco opciones de respuesta (siempre, la mayoría de las veces, indeciso, algunas veces y nunca), compuesta por tres dimensiones: factores protectores internos (14 reactivos), factores protectores externos (11 reactivos) y factor empatía (7 reactivos); que al calificarse de forma general dan un nivel de resiliencia baja (32 a 74 puntos), moderada (75 a 117 puntos) y alta (118 a 160 puntos). Las propiedades psicométricas están basadas en la población mexicana, en la escala general se obtuvo un alfa de Cronbach de .91 y explica 37.82% de varianza total; el análisis de confiabilidad por factor obtuvo un alfa de .80 en los factores internos, .73 en los externos y .78 en empatía; por tanto, se considera un instrumento con consistencia interna.

Procedimiento

Las participantes fueron identificadas en población abierta mediante la técnica de bola de nieve. Previamente, se les explicó el objetivo de la investigación avalado por el Comité de Ética e Investigación del Centro de Investigación en Ciencias Médicas con número 2019/22, con una participación voluntaria, confidencial y uso de los datos con fines de divulgación científica. Se plasmó su autorización a través del consentimiento informado, para garantizar la resolución de dudas y brindar acompañamiento durante la aplicación en caso de presentarse condiciones emocionales que les pusieran en riesgo.

Análisis de Información

Con el apoyo del programa estadístico SPSS v.25 se realizaron los análisis descriptivos para obtener medias, desviaciones estándar y niveles de resiliencia en sus tres dimensiones (factor protector interno, factor protector externo y empatía). Se realizó el análisis comparativo mediante la prueba t de Student para muestras independientes con la finalidad de verificar diferencias de la resiliencia respecto al tiempo posterior al diagnóstico (menores y mayores a un año) y análisis correlacional con la r de Pearson para asociar las variables; para los procedimientos se consideró un nivel de significancia de .05 y un intervalo de confianza de 95%.

RESULTADOS

En este grupo de personas afectadas con cáncer de mama, el análisis descriptivo indica que las medias obtenidas de la resiliencia total, así como sus factores internos, externos y empatía se encuentran en un nivel alto (véase Tabla 2).

TABLA 2
Descriptivos resiliencia en mujeres con cáncer de mama (N=200)

<i>Variable</i>	<i>Mínimo-Máximo</i>	<i>Media (DE)</i>	<i>Nivel</i>
Resiliencia total	72-160	142.85 (18.07)	Alta
Factores protectores internos	33-70	61.28 (9.47)	Alta
Factores protectores externos	22-55	49.32 (6.88)	Alta
Empatía	17-35	32.26 (3.55)	Alta

Nota: Tabla de creación original.

En el análisis comparativo de la resiliencia en mujeres con cáncer de mama de acuerdo con el tiempo posterior al diagnóstico (menos de un año vs. más de un año) se encontraron diferencias estadísticamente significativas, reportando que aquéllas con más de un año obtuvieron mayor puntaje total de resiliencia, factores protectores internos, externos y empatía, en comparación con las que tenían menos tiempo (véase Tabla 3).

TABLA 3
Comparación de la resiliencia en mujeres con cáncer de mama, de acuerdo con el tiempo después del diagnóstico

	<i>Menos de un año</i>		<i>Más de un año</i>		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
Resiliencia total	140.60	18.57	151.29	13.10	-3.50***
Factores protectores internos	60.13	9.74	65.60	6.89	-3.41***
Factores protectores externos	48.58	7.11	52.07	5.13	-2.97**
Empatía	31.89	3.76	33.62	2.20	-2.884**

Media (M), desviación estándar (DE), t Student (t), **p≤.01, ***p≤.001. Nota: Tabla de creación original.

Asimismo, se realizó un análisis comparativo de los reactivos que corresponden a cada uno de los factores del instrumento de resiliencia. En referencia a los factores protectores internos respecto al tiempo después del diagnóstico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas que

indican que quienes llevan más de un año tienen mayor puntuación, pues piensan en la forma de solucionar sus problemas, son firmes en sus decisiones, están preparadas para resolver y enfrentar con serenidad sus problemas, pueden controlar su vida, imaginar las consecuencias de sus actos, reconocer sus cualidades y defectos, así como aprender de sus errores y rectificar cuando se equivocan, en comparación con las mujeres con un diagnóstico reciente (véase Tabla 4).

TABLA 4
Comparación de factores protectores internos en función del tiempo después del diagnóstico

	<i>Menos de un año</i>		<i>Más de un año</i>		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	
18. Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas	4.52	.942	4.90	.297	-2.61**
20. Soy firme en mis decisiones	4.28	1.10	4.69	.897	-2.19*
21. Me siento preparada para resolver mis problemas	3.85	1.24	4.29	1.08	-2.05*
23. Enfrento mis problemas con serenidad	3.89	1.23	4.50	1.01	-2.96**
24. Yo puedo controlar mi vida	3.74	1.27	4.26	1.17	-2.39*
25. Puedo buscar la manera de resolver mis problemas	3.91	1.18	4.55	.916	-3.22***
26. Puedo imaginar las consecuencias de mis actos	4.13	1.02	4.71	.596	-3.50***
27. Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida	4.27	.949	4.83	.377	-3.75***
28. Puedo reconocer mis cualidades y defectos	4.23	.950	4.67	.526	-2.87**
29. Puedo cambiar cuando me equivoco	4.30	.907	4.71	.457	-2.88**
30. Puedo aprender de mis errores	4.46	.719	4.71	.457	-2.15*

Media (M), desviación estándar (DE), t Student (t), * p≤.05, **p≤.01, ***p≤.001. Nota: Tabla de creación original.

Sobre los factores protectores externos, se hallaron las siguientes diferencias estadísticamente significativas: quienes tienen más de un año de haber recibido el diagnóstico suelen reconocerse con felicidad, inteligencia, tienen deseos de triunfar, metas a futuro y cuentan con personas que les quieren incondicionalmente; en comparación con los que tienen menos de 12 meses de haber recibido el diagnóstico (véase Tabla 5).

TABLA 5
Comparación de factores protectores externos en función del tiempo después del diagnóstico

	<i>Menos de un año</i>		<i>Más de un año</i>		<i>t</i>
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	
1. Yo soy feliz cuando hago algo	4.20	1.06	4.93	.261	-4.42***
6. Soy inteligente	4.75	.516	4.93	.261	-2.20*
14. Tengo personas que me quieren incondicionalmente	4.61	.756	4.86	.354	-2.07*
15. Tengo deseos de triunfar	3.98	1.28	4.57	.991	-2.75**
16. Tengo metas a futuro	3.88	1.33	4.60	.989	-3.24***

Media (M), desviación estándar (DE), t Student (t), * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. Nota: Tabla de creación original.

En cuanto al factor de empatía, se encontraron diferencias significativas en quienes tienen más de un año de haber recibido el diagnóstico, pues ellas se consideran respetuosas consigo mismas y con los demás, agradables con sus familiares y tratan de ayudar a las personas (véase Tabla 6).

Por último, se realizó el análisis correlacional entre el tiempo después del diagnóstico (número de meses) y la resiliencia (puntaje total, factores protectores internos, externos y empatía), se encontraron relaciones positivas, bajas y estadísticamente significativas entre el tiempo a partir del diagnóstico y la resiliencia, lo cual indica que a mayor tiempo de haber recibido el diagnóstico existe mayor resiliencia (véase Tabla 7).

TABLA 6
Comparación del factor empatía en función del tiempo después del diagnóstico

	<i>Menos de un año</i>		<i>Más de un año</i>		<i>t</i>
	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	
2. Yo soy respetuosa conmigo misma y con los demás	4.58	.698	4.81	.397	-2.07*
3. Soy agradable con mis familiares	4.35	.944	4.74	.587	-2.54*
19. Trato de ayudar a los demás	4.65	.713	4.88	.328	-2.02*
22. Comúnmente pienso en ayudar a los demás	4.15	1.02	4.62	.764	-2.76**

Media (M), desviación estándar (DE), t Student (t), * $p \leq .05$, ** $p \leq .01$, *** $p \leq .001$. Nota: Tabla de creación original.

TABLA 7
Correlaciones entre el tiempo después del diagnóstico y la resiliencia

<i>Variable</i>	<i>Tiempo después del diagnóstico</i>
Resiliencia (puntaje total)	.334**
Factores protectores internos	.313**
Factores protectores externos	.302**
Empatía	.279**

N=200, ** $p \leq .01$. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

En la presente investigación se analizó la asociación entre la resiliencia (puntuación total, factores protectores internos y externos, así como empatía) respecto al tiempo transcurrido después del diagnóstico, en una muestra de mujeres mexicanas con cáncer de mama.

Como se identifica en los resultados, el nivel de resiliencia, así como de los factores protectores internos, externos y empatía, se encuentran en un nivel alto. Lo que implica que, en esta muestra estudiada, cuentan con la capacidad para adaptarse y ajustarse a esta condición adversa, empleando

atributos internos y externos (González-Arratia, 2016). Esta enfermedad es una situación adversa porque implica cambios en diferentes áreas de su desarrollo físico, psicológico, social; además se asocia al cáncer con la muerte, y de ello se derivan alteraciones emocionales basadas en el temor por llegar a este desenlace final, aunado a la carencia de recursos para replantear estos pensamientos, así como orientar sus comportamientos hacia la adaptación de la enfermedad y la aceptación de los diversos tratamientos (Palacios-Espinosa y Zani, 2014).

Sin duda, el diagnóstico implica un choque emocional en quien presenta esta enfermedad, y conforme pasa el tiempo existe una mejor percepción, reajuste, adaptación y calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama. Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres con menos de 12 meses de haber recibido el diagnóstico y aquellas que sobrepasan este periodo. Estas últimas reportan nivel alto en las puntuaciones totales de la resiliencia, así como de sus factores protectores internos, externos y empatía. Lo encontrado concuerda con estudios cuyos resultados indican que conforme pasa el tiempo, después del diagnóstico de cáncer de mama, existe disminución en los niveles de ansiedad, depresión y estrés, bajo esta condición es que tienen facilidad para la resolución de problemas y situaciones estresantes (Chirico et al., 2017; Chong et al., 2017; Hutter, 2013; Mohamed et al., 2014; Rey-Villar et al., 2017).

Respecto a las diferencias estadísticamente significativas de los factores de la resiliencia presentes en las mujeres con cáncer de mama con más de un año posterior al diagnóstico, se encontró que los atributos internos están orientados a la capacidad que tiene la persona para la solución de problemas, toma de decisiones, identificación de cualidades, defectos y aprendizaje de sus errores. Ello no sólo implica tener una mejor perspectiva de que la situación estresante desaparecerá, sino que las secuelas que derivan de la enfermedad serán evaluadas como positivas o negativas; además, pese a esta condición se restablecerá el nivel de paz interior y de autoconfianza. En este sentido Crespo y Rivera (2012) señalan que la persona se vuelve responsable de su propia salud en la medida en que tenga la capacidad para manejar sus

creencias, emociones y actitudes hacia la vida orientadas a cubrir las necesidades de su enfermedad para el mantenimiento de un estado de bienestar y calidad de vida.

En cuanto a los factores externos y la empatía, las mujeres que poseen un diagnóstico mayor a un año preservan características personales evaluadas como positivas, tienen deseos de triunfar, metas a futuro, consideran brindar y recibir apoyo y cariño de y para las demás personas, en comparación con las mujeres recién diagnosticadas. Esto quizá se deba al transcurso del tiempo que ha pasado a partir del reajuste de las distintas responsabilidades en su vida, la percepción de la enfermedad y sus síntomas, los cuales conllevan la madurez para manejar las emociones que acompañan el diagnóstico, su replanteamiento mediante la información recibida por parte del personal médico y el apoyo brindado de las personas que le rodean. Por tanto, conforme pasa el tiempo, con los tratamientos y una evolución favorable, existe menos preocupación y se incrementa el optimismo, la seguridad para dar solución a los distintos problemas que rodean a la enfermedad y al devenir de la vida diaria, al asignarle un significado positivo a su vida (Crespo y Rivera, 2012; García-Monzón y Navarro-Machado, 2017; González-Arratia, 2016; Tang et al., 2017; Zhang et al., 2017).

Los resultados correlacionales señalan que entre más tiempo haya transcurrido después del diagnóstico se presentan mayores puntuaciones de resiliencia. Tales resultados reafirman que, en la muestra estudiada, entre más tiempo pase después del diagnóstico más se emplearán los recursos internos y externos para hacerle frente a la enfermedad, su sintomatología y las distintas condiciones que pueden poner en riesgo a las mujeres con cáncer de mama (Crespo y Rivera, 2012; Guil et al., 2016; García-Monzón y Navarro-Machado, 2017; González-Arratia, 2016).

De forma general, los resultados de este estudio permiten resaltar la importancia que posee la resiliencia en el abordaje psicológico para disminuir el efecto negativo que conlleva la enfermedad, su sintomatología y los tratamientos en las mujeres con cáncer de mama. De esta manera, se enfatiza la necesidad de buscar aquellos recursos internos y externos que facilitan la

adaptación o reajuste ante las nuevas demandas, con una actitud positiva a pesar de los riesgos y las adversidades a las que se enfrentan, con el firme propósito de resistir y tener una evolución favorable ante la enfermedad.

REFERENCIAS

- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). La intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2 (2), 187-207. DOI: 10.5093/cc2011v2n2a6.
- Akechi, H., Stein, T., Kikuchi, Y., Tojo, Y., Osanai, H. y Hasegawa, T. (2015). Preferential awareness of protofacial stimuli in autism. *Cognition*, 143, 129-134. DOI: 10.1016/j.cognition.2015.06.016.
- Amar, J., Martínez, M. y Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, 29(1), 124-133.
- Bartelt, D. W. (1994). On resilience: Questions of validity. En M. C. Wang y E. W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Lawrence Erlbaum Associates.
- Cantú, R. y Álvarez, J. (2009). La expresión artística como forma de intervención para el manejo cognitivo y emocional en pacientes con cáncer. En J. Álvarez Bermúdez, J. Moral de la Rubia y J. Martínez Rodríguez. *Psicología e Investigación en enfermedades degenerativas crónicas* (pp. 173-236). Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Chirico, A., Serpentine, S., Merluzzi, T., Mallia, L. y Martino, R. (2017). Self-efficacy for coping moderates the effects of distress on quality of life in palliative cancer care. *Anticancer Research*, 37, 1609-1615. DOI: 10.21873/anticancer.11491.
- Chong, N., Salina, M., Mee, H., Kiran, K., Ahmad, H., Nor, Z. y Nur, A. (2017). Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *Plos One*, 12(3). DOI: 10.1371/journal.pone.0172975.
- Crespo, L. y Rivera, M., (2012). El poder de la resiliencia generado por el cáncer de mama en mujeres en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 23, 109-126.
- Cohee, A., Stump, T., Adams, R., Shelley, J., Ah, D., Zoppi, K., Fife, B., Monahan, P., Cella, D. y Champion, V. (2016). Factors associated with depressive symptoms in young long-term breast cancer survivors. *Quality of life Research*, 25(8), 1991-1997. DOI: 10.1007/s11136-016-1241-6.

- Dragomir, B., Fodoreanu, L. y Rancea A. (2013). The impact of depression and anxiety on the quality of life in nonmetastatic breast cancer patients in postoperative evaluation. *Clujul Medical*, 86(1), 48-52.
- Elumelu, T., Asuzu, C. y Akin-Odanye, E. (2014). Impact of active coping, religion and acceptance on quality of life of patients with breast cancer in the department of radiotherapy, UCH, Ibadan. *BMJ Supportive & Palliative Care* 5(2), 175-180. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000409.
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M. y Hinz, A. (2018). Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama: asociaciones con optimismo y apoyo social. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 18(1), 27-34. DOI: 10.1016/j.ijchp.2017.11.002.
- García-Monzón, L. y Navarro-Machado, V. (2017). Factores moduladores de resiliencia en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama. *Revista Finlay*, 7(4), 250-259.
- González-Arratia, N. (2016). *Resiliencia y personalidad en niños y adolescentes. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. UAEM.
- González-Arratia, N. y Valdez, J. (2007). Resiliencia en niños. *Revista Psicología Iberoamericana*, 15(2), 38-50.
- Guil, R., Zayas, A., Gil-Olarte, P., Guerrero, C., González, S. y Mestre, J. (2016). Bienestar psicológico, optimismo y resiliencia en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 13(1), 127-138. DOI: 10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52492.
- Hein, A. (2004). *Factores de riesgo y delincuencia juvenil. Revisión de la literatura nacional e internacional*. Fundación Paz Ciudadana.
- Hernández, F. P. y Landero, R. (2015). Aspectos psicosociales relacionados con el TEPT en pacientes con cáncer de mama. *Acta de Investigación Psicológica*, 5(1), 1881-1891. DOI: 10.1016/S2007-4719(15)30008-9.
- Hoseini, L., Lotfi Kashani, F., Akbari, S., Akbari, M. E. y Sarafranz Mehr, S. (2016). Model development of illness perception and consequences in breast cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17, 185-190. DOI: 10.7314/apjcp.2016.17.s3.185.
- Hutter, N., Vogel, B., Alexander, T., Baumeister, H., Helmes, A. y Bengel, J. (2013). Are depression and anxiety determinants or indicators of quality of life in breast cancer patients? *Psychology, Health & Medicine*, 18(4), 412-419. DOI: 10.1080/13548506.2012.736624.

- Hyphantis, T., Almyroudi, A., Paika, V., Degner, L. F., Carvalho, A. F. y Pavlidis, N. (2013). Anxiety, depression and defense mechanisms associated with treatment decisional preferences and quality of life in non-metastatic breast cancer: a 1-year prospective study. *Psycho-Oncology*, 22(11), 2470-2477. DOI: 10.1002/pon.3308.
- Lerma-Talantes, A., Larios-Jiménez, F. E., Daneri-Navarro, A., Lerma, C. y Robles-García, R. (2017). Factores asociados con síntomas de depresión y ansiedad en pacientes mexicanas con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 17-23.
- Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R. y Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART). Program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. *Clinical Breast Cancer*, 11(6), 364-368. DOI: 10.1016/j.clbc.2011.06.008.
- Luthar, S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. DOI: 10.1111/1467-8624.00164.
- Manciaux, M. (2003). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Gedisa.
- Mohamed, H., Huda, A., Samira, A. y Mansour, A. (2014). Coping with a diagnosis of breast cancer among omani women. *Journal of Health Psychology*, 19(7), 836-846. DOI: 10.1177/1359105313479813.
- Munist, M. M., Santos, H., Kotliarenco, M. A., Suárez Ojeda, E. N., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Fundación WK Kellogg.
- Ng, C. G., Mohamed, S., See, M. H., Harun, F., Dahlui, M., Sulaiman, A. H. y Taib, N. A. (2015). Anxiety, depression, perceived social support and quality of life in Malaysian breast cancer patients: A 1-year prospective study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 13(1), 1-10. DOI: 10.1186/s12955-015-0401-7.
- Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud*. CENGAGE Learning.
- Palacios-Espinosa, X. y Zani, B. (2014). Representaciones sociales del cáncer y de la quimioterapia en pacientes oncológicos. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 207-223.
- Rey-Villar, R., Pita-Fernández, S., Cereijo-Garea, C., Seoane-Pillado, T., Balboa-Barreiro, V. y González-Martín, C. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 25, 1-13. DOI: 10.1590/1518-8345.2258.2958.

- Richardson, G. E., Niger, B. L., Jensen, S. y Kumpfer, K. L. (1990). The resiliency model. *Health Education*, 21(6), 33-39. DOI: 10.1080/00970050.1990.10614589.
- Robles, R., Morales, M., Jiménez, L. y Morales, J. (2009). Depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: el papel de la afectividad y el soporte social. *Psicooncología*, 6(1), 191-201.
- Rodríguez-Marín, M., Pastor, M. A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Rutter, M. (1985). Family and school influences on behavioural development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 349-368. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1985.tb01938.x.
- Sehati, S., Mirghafourvand, M., Harischi, S., Esfahani, A. y Amirzehni, J. (2018). Self-confidence and quality of life in women undergoing treatment for breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(3), 733-740. DOI: 10.22034/APJCP.2018.19.3.733.
- Suárez Ojeda, E. y Krauskopf, D. (1995). *El enfoque de riesgo y su aplicación a las conductas del adolescente: una perspectiva psico-social*. OPS/OMS.
- Tang, L., Fritzsche, K., Leonhart, R., Pang, Y., Li, J., Song, L., Fischer, I., Wuensch, A., Mewes, R. y Schaefer, R. (2017). Emotional distress and dysfunctional illness perception are associated with low mental and physical quality of life in chinese breast cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). DOI: 10.1186 / s12955-017-0803-9.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. McGraw Hill.
- The Global Cancer Observatory (GLOBOCAN) (2018). Fichas de población. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>.
- Vera, B., Carbelo, B. y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Wolin, S. y Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families rise above Adversity*. Villard Books.
- Zamanian, H., Eftekhar-Ardebili, H., Eftekhar-Ardebili, M., Shojaeizadeh, D., Nedjat, S. Taheri-Kharameh, Z. y Daryaafzoon, M. (2015). Religious coping and quality of life in women with breast cancer. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(17), 7721-7725. DOI: 10.7314/apjcp.2015.16.17.7721.
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P. y Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical Science Monitor*, 23, 5969-5979. DOI: 10.12659/msm.907730.

INVESTIGACIONES SOCIALES

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL PARA LA SOBRECARGA EMOCIONAL DEL CUIDADOR PRIMARIO INFORMAL DE PACIENTES CON DEMENCIA

Marcela Iliana Hernández Cruz^{1}*

*José González Tovar**

La Terapia Cognitivo Conductual

El modelo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) fue creado por Aaron Beck en 1960; se trata de una terapia breve, centrada en el presente. Fue creada principalmente para tratar la depresión, está dirigida a la solución de problemáticas y a la modificación de conductas y pensamientos disfuncionales (imprecisos o inútiles). Desde sus inicios este modelo terapéutico ha sido adaptado para tratar diferentes tipos de desórdenes y problemas; el enfoque de la TCC consiste en la formulación cognitiva, las estrategias de creencias y conductas que caracterizan algún desorden específico; así como la conceptualización o el entendimiento de las creencias y patrones de conductas de pacientes específicos, por lo que el objetivo del terapeuta es producir un cambio cognitivo (modificaciones en el sistema de creencias del paciente) para proveer cambios emocionales y conductuales duraderos para el paciente (Beck, 2011).

El modelo cognitivo propone que el pensamiento disfuncional es el que influye en el estado anímico y el comportamiento del paciente, y corresponde al común denominador de todas las disfuncionalidades psicológicas; por lo tanto, cuando se aprende a evaluar los pensamientos de manera más lógica y realista, se puede experimentar una mejoría en el estado emocional y en el comportamiento del sujeto, pues al ver la problemática desde una pers-

¹ Contacto: ilianmarcel@hotmail.com.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

pectiva diferente quizá puede hacer sentir mejor a la persona y de esta manera promover un comportamiento más funcional.

Para poder obtener un cambio duradero en el estado de ánimo y la conducta del paciente, los terapeutas cognitivos trabajan a un nivel más profundo las creencias básicas del paciente acerca de sí mismo, el mundo y los demás, ya que por medio de la modificación de estas creencias disfuncionales subyacentes es que se logra hacer un cambio significativo. La eficacia de la TCC se ha estudiado desde 1977 y se ha establecido que es efectiva para un amplio rango de desórdenes psiquiátricos, psicológicos y médicos con componentes psicológicos (Beck, 2011).

El panorama actual de la demencia

En la última década se ha visto un aumento en la presencia de enfermedades crónico-degenerativas. Este incremento en la frecuencia se produce junto con el crecimiento de la población de adultos mayores y los cambios en los estilos de vida de las personas. Para el 2015 se calculó que el número de personas de 60 años o más ya superaba a los infantes de cuatro años en nuestro país (García, 2014) y se estima que para el 2050 sea 21.5% de la población total (Consejo Nacional de la Población [CONAPO], 2017).

La demencia es un proceso degenerativo de las células del cerebro, esto tiene una causa orgánica (problema físico). En la actualidad la demencia es una enfermedad crónico-degenerativa sin cura, aunque existen diversos medicamentos que ayudan a aliviar algunos de los síntomas en ciertos casos. Su característica principal es el deterioro de la capacidad intelectual, afecta la memoria, la orientación, el reconocimiento de las personas, la capacidad de razonamiento, el habla y las habilidades motoras, de igual manera se presentan cambios en cuestiones de conducta y personalidad (Frenc et al., 2002). La demencia es la principal causa de dependencia y discapacidad en los adultos mayores a nivel mundial, y de acuerdo con el Informe Mundial sobre la Demencia de la Organización mundial de la Salud (2016) es una enfermedad degenerativa que se presenta en 422 millones, una de cada 11 personas en el mundo.

El Alzheimer es un desorden degenerativo prototípico que se manifiesta, generalmente, en la mediana edad o la vejez, y es la forma más común de demencia con 60 a 70% de los casos. Otros tipos son la demencia vascular, que representa la segunda causa más frecuente de deterioro cognoscitivo en adultos (Arriola et al. 2017); la enfermedad cardiovascular cerebral (EVC) es hoy en día una de las principales causas de muerte y discapacidad en el mundo, sobre todo en personas con más de 60 años; además, 60% de los pacientes que sobreviven a una enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan secuelas de deterioro cognitivo y discapacidad física (Muñoz y Espinosa, 2016) y es posible que 1 de cada 10 pacientes con EVC desarrolle demencia vascular.

La demencia mixta es considerada como la combinación patogénica de por lo menos dos diferentes tipos de demencia, ya sea de tipo Alzheimer, vascular, por cuerpos de Lewy, degeneración lobar frontotemporal, entre otros; por lo general, este tipo de demencia consiste en la combinación de demencia de Alzheimer con lesiones vasculares cerebrales. Sin embargo, tanto el diagnóstico como la distinción de otras condiciones aún resultan debatidas. La literatura acerca de este tipo de demencia es todavía limitada debido a la falta de criterios diagnósticos establecidos y de consensos (Moreno et al., 2015).

El cuidador primario

Con base en Herrera y Meléndez (2011), el cuidador es aquella persona cercana que asiste y proporciona cuidados a un paciente. Esta investigación se centrará en el cuidador primario (conyugue o hijos) que proporciona esta atención al paciente con demencia. Gómez (2015) establece que existen diferentes efectos tanto positivos (mayor proximidad y proximidad en la interacción paciente-cuidador) como negativos (depresión y sobrecarga en el cuidador primario), los cuales pueden llegar a tener un mayor peso que los aspectos positivos y por lo tanto ocasionar un deterioro significativo de éste a lo largo de la relación cuidador-paciente y su calidad de vida. Por lo tanto, la importancia de los cuidadores es cada vez más relevante debido al incre-

mento de los adultos mayores y a la baja tasa de mortalidad, situaciones que han obligado a los familiares directos del paciente con demencia a desempeñar el rol de cuidadores primarios, lo cual lleva a un deterioro físico y emocional que puede llegar a afectar la relación del cuidador con el paciente.

Sobrecarga subjetiva emocional del cuidador

La sobrecarga subjetiva de los cuidadores de pacientes con demencia es afectada por la incapacidad del paciente de ejecutar tareas diarias, desórdenes psicológicos y conductuales y la severidad cognitiva, al ser esta última la que más influye en el nivel de sobrecarga del cuidador. Dauphinot et al. (2015) afirman que lo que más afecta al cuidador es la pérdida de capacidades funcionales del paciente, así como el cambio de actitud y pérdida de memoria que conduce a cambios de personalidad e impacta directamente en el estilo de vida del cuidador y sus relaciones personales. Existe una correlación positiva con respecto a los síntomas psicológicos y de comportamiento de demencia y la sobrecarga subjetiva del cuidador, las cuales son apatía, agresión, conductas motoras aberrantes, irritabilidad, labilidad, actividades de la vida diaria, las cuales se suman a la lista de responsabilidades del cuidador.

La mayoría de los cuidadores suelen ser mujeres o hijos del paciente con demencia, los cuales reportan sentimientos de sobrecarga relacionados con tener que cuidar al paciente y tener que atender otras responsabilidades, la dependencia que se desarrolla hacia el cuidador, la incertidumbre de qué es lo que pasará con la persona a su cuidado, la falta de privacidad, el estrés de la carga económica, así como el sentimiento de que no están haciendo las cosas bien o que podrían hacerlas mejor, el sentimiento de la pérdida de control sobre su vida, decaimiento en su salud, sentimiento de incertidumbre sobre qué hacer con el paciente con demencia o presión al ser la única persona con quien se puede contar para ejercer el cuidado.

Estereotipos negativos hacia la vejez y creencias irracionales

El estigma que perciben los pacientes con demencia causa ansiedad. Riley (2012) establece que las actitudes negativas se desarrollan desde una edad

temprana; por lo tanto, los pacientes con demencia internalizan estas creencias y les preocupa que otras personas conozcan su diagnóstico; al avanzar la enfermedad, algunas actividades sociales pueden resultar estresantes debido a la pena o dificultad de expresar sus emociones y de comprender lo que otros están diciendo, así como los cambios en la rutina o el ambiente pueden llegar a abrumar al paciente con demencia, lo que provoca que se aisle de grupos sociales, ocasionando posibles cambios físicos y cambios psicológicos como la depresión.

Respecto a lo que la mayoría de las personas piensan sobre el envejecimiento y la agilidad mental, Vaportzis y Gow (2018) investigan las creencias y expectativas sobre cómo cambian las habilidades cognitivas con la edad. En el estudio se encontró que se piensa que los primeros cambios cognitivos tienen que ver con la memoria, ya que las personas pueden estar más conscientes o tener más miedo a los cambios en la memoria y ésta suele ser una de las quejas más frecuentes en pacientes con demencia y Alzheimer; Begum et al. (2013) establecen que las quejas sobre la memoria son importantes para la detección temprana de demencia, ya que las personas que expresaban sus preocupaciones suelen hacerlo debido a historial familiar (cuando algún pariente padece o ha padecido demencia o Alzheimer).

Las creencias que se tienen sobre envejecer varían con base en la cultura, por lo que entenderlas a fondo requiere un estudio del contexto, en este caso, el estudio se realizó en la población del norte de la ciudad de Saltillo, Coahuila, específicamente, a cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de demencia. También se analizaron las creencias que algunos de ellos pueden estar internalizando respecto a sí mismos, a los demás y al mundo. Maldonado (2017) explora los perfiles de los cuidadores de pacientes con Alzheimer y los modelos terapéuticos más utilizados; los pensamientos irracionales por parte del cuidador primario se deben principalmente a la sobrecarga que sienten.

Con base en Žeželj y Lazarević (2019), la expresión creencias irracionales se refiere a una variedad de constructos psicológicos que van desde sesgos cognitivos hasta una gama más amplia de creencias (supersticiones,

creencias paranormales y pseudocientíficas, teorías de conspiración, entre otras) o estilos cognitivos (analítico vs. intuitivo), así como creencias auto-relacionadas sin fundamento. Las creencias irracionales son cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a una conducta contraproducente e interfiere notablemente con la supervivencia y felicidad del organismo. Estas creencias conducen gradualmente a conductas auto-destructivas y están estrechamente relacionadas con el pobre funcionamiento y adaptación a problemáticas del individuo.

Estas creencias pueden o no estar relacionadas con los estereotipos negativos sobre la vejez en los que pueden creer los cuidadores primarios de los pacientes con demencia; estas falsas percepciones actúan a modo de clichés ante un fenómeno, grupo social u objeto, son inexactas y, generalmente, despectivas, por ello pueden favorecer la aparición de conductas discriminatorias; se definen como ideas sobre las características personales de la mayoría de un grupo de personas que suelen ser resultado de simplificaciones y opiniones sesgadas de las que se desconoce su veracidad o falsedad; sin embargo, no existen muchos estudios acerca de las creencias irracionales que presentan los cuidadores primarios informales. Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación consiste en explorar si las creencias irracionales y los estereotipos negativos sobre la vejez influyen en la sobrecarga del cuidador primario informal del paciente con demencia; asimismo, se busca proponer un protocolo de intervención con base en las necesidades de la población estudiada.

MÉTODO

Participantes

Estudio de metodología mixta, en el que a través de una muestra no probabilística por conveniencia se seleccionaron 15 casos de cuidadores primarios de pacientes con diferentes tipos de demencia, entre 38 y 77 años de edad, respectivamente, que acuden al servicio de terapia cognitiva en el área de

clínica de memoria del Centro Estatal del Adulto Mayor (CEAM), en la ciudad de Saltillo, Coahuila.

Debido a las características de la población, el único criterio de exclusión que se tomó en consideración fue el diagnóstico de deterioro cognitivo o diagnóstico de demencia en los participantes.

Instrumentos

Se aplicó la siguiente batería de pruebas: el Cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit (Montero et al., 2019), cuyo objetivo es medir la sobrecarga del cuidador. Este instrumento abarca dimensiones de sobrecarga tales como redes de apoyo, calidad de vida, capacidad de autocuidado y competencias para el afrontamiento de problemáticas conductuales y clínicas del paciente. La prueba consta de 22 oraciones tipo Lickert, con un rango de 22 a 110 puntos; esta prueba clasifica a la sobrecarga en tres aspectos: de 0 a 46 puntos equivale a ausencia de sobrecarga; 47 a 55, sobrecarga ligera, y 56 a 110 puntos, sobrecarga intensa (Montero et al., 2014).

El Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez (CENVE) tiene como objetivo analizar las propiedades psicométricas de un instrumento diseñado para evaluar los estereotipos de vejez que tienen las personas de edad avanzada y comprobar el grado en que son sostenidos, ya que en esta etapa se presentan hábitos de vida poco saludables, autopercepciones negativas. Por ello se dividen estos estereotipos en tres categorías: salud, motivacional-social y carácter-personalidad (Mena et al., 2005).

El Cuestionario de creencias irracionales de Ellis está conformado por 100 oraciones con percepciones acerca de sí mismo, las demás personas y el mundo, las cuales representan las 10 creencias irracionales propuestas por Ellis, por lo que este instrumento permite identificar el nivel de limitación que generan algunas creencias nucleares acerca de las visiones de sí mismo, las personas que le rodean y el mundo (Jones, 1968).

Por último, la presente investigación incluye una entrevista semiestructurada de creación propia, en la que se recabaron los siguientes datos gene-

rales de los participantes: nombre, edad, nivel educativo, parentesco con el paciente con demencia, relación de convivencia actual, dinámica familiar, redes de apoyo, actividades en las cuales el paciente con demencia requiere apoyo, cuestiones acerca del rol de cuidador, creencias irracionales y estereotipos de la vejez, sentimientos y emociones relacionados al cuidado del paciente con demencia.

Procedimiento

La obtención de información se llevó a cabo en el salón de usos múltiples, donde se invitó a los cuidadores a participar en el estudio. Ahí se obtuvo una visión acerca de la disponibilidad y disposición para participar, además de brindarles información acerca de la recaudación de la información y su finalidad. En un segundo paso se citó a varios cuidadores a la vez para mostrarles el consentimiento informado y la aplicación de la batería de pruebas. El tercer paso consistió en citar de manera individual a los cuidadores en el salón tres de la clínica de memoria para la aplicación de la entrevista semiestructurada, las cuales quedaron grabadas en audio para, finalmente, realizar la transcripción y el análisis de contenido por medio del programa Atlas. ti.

Análisis de la información

Los resultados de la batería de pruebas se analizaron en el programa SPSS, versión 24; se realizó una tabla t de Student para comparar las medias de sobrecarga, estereotipos de vejez y creencias irracionales, así como tablas de estadística descriptiva para reportar los resultados de los participantes.

El contenido de la entrevista fue analizado en el programa Atlas. ti, con el objetivo de generar categorías para estructurar y secuenciar el fenómeno de estudio; se realizó una codificación del contenido utilizando los elementos del modelo cognitivo, es decir, identificando dentro del texto los acontecimientos activadores, sistemas de creencias, emociones, conductas y experiencias relacionadas con estereotipos negativos hacia la vejez y las limitaciones en diferentes áreas.

RESULTADOS

TABLA 1
Prueba t de Student

	Sexo	N	Media	Desviación Estándar	t	Sig. (2-tailed)
Esteretipos de vejez	Masculino	5	1.40	.548	.247	.808
	Femenino	12	1.33	.492	.235	.821
C. Riesgo	Masculino	5	1.80	1.304	.076	.941
	Femenino	12	1.75	1.215	.073	.943
C. Sig	Masculino	5	2.80	1.304	-.430	.673
	Femenino	12	3.17	1.697	-.481	.641
Sobrecarga	Masculino	5	1.60	.894	-1.549	.142
	Femenino	12	2.33	.888	-1.544	.164

Nota: Tabla de creación original.

La interpretación de los datos de acuerdo con la media en las variables de estereotipos de vejez, creencias en riesgo y creencias significativas, señalan que los hombres tienen una media mayor a la de las mujeres, lo cual determina que los hombres tienen más estereotipos negativos hacia la vejez, en cuestión de salud mental y física y de personalidad relacionada con intereses y socialización, principalmente; de igual manera, presentan un mayor número de creencias irracionales significativas, es decir, que causan cierto grado de malestar en los sujetos, así como de creencias irracionales en riesgo, éstas son creencias más inflexibles e interiorizadas por los participantes, las cuales causan un malestar significativo a nivel psicosocial. Sin embargo, también se observa que las mujeres presentan una media mayor a la de los hombres en cuestión de sobrecarga emocional, lo cual puede deberse no sólo al estar a cargo del cuidado de paciente con demencia, sino al hecho de tener que cuidar de más personas como los hijos, el cónyuge, además de las posibles actividades de la vida diaria como la limpieza de la casa, el trabajo, las cuestiones sociales, entre otras.

TABLA 2
Niveles de sobrecarga en los cuidadores primarios informales

	<i>Sin sobrecarga</i>	<i>Con sobrecarga</i>	<i>Con sobrecarga intensa</i>
Porcentaje	37.5%	37.5%	25%

Nota: Tabla de creación original.

Como se observa en la Tabla 2, existe la misma cantidad de cuidadores sin sobrecarga que con sobrecarga; los participantes del sexo masculino podrían ser aquéllos sin sobrecarga, de acuerdo con los resultados de la tabla anterior; sin embargo, una minoría reporta sostener una sobrecarga intensa, lo cual puede deberse tanto a la carga física como a la emocional del cuidador primario, así como al nivel de dependencia y al avance de la demencia del paciente.

TABLA 3
Niveles de estereotipos negativos hacia la vejez

	<i>Muy bajos</i>	<i>Bajos</i>	<i>Altos</i>	<i>Muy altos</i>
Porcentaje	0%	43.8%	43.8%	12.5%

Nota: Tabla de creación original.

Al igual que en la tabla anterior, hay similitudes en los porcentajes en estereotipos negativos hacia la vejez en los niveles bajos y altos, esto quiere decir que la mayoría de la población oscila en tener estereotipos negativos bajos en cuestiones de salud del paciente con demencia, tanto mental como física; sobre las cuestiones de personalidad, es decir, cómo cambia con la edad, es posible que esté relacionada con los cambios de estado de ánimo o con la demencia del paciente; o con las cuestiones de motivación e interés personal, por las cuales los adultos mayores mantienen o no un estilo de vida activo. Sin embargo, los datos también indican que una minoría de 12.5% tiene estereotipos negativos muy altos hacia la vejez, sobre todo en cuestiones de salud y de motivación; estos cuidadores consideran que es probable tener

problemas de salud, sobre todo de memoria, y piensan en la demencia como una etapa “normal” o “esperada” por la edad, así como el hecho de envejecer y cómo está ligado a las motivaciones e intereses personales.

TABLA 4
Creencias irracionales

<i>Creencia</i>	<i>Significativo</i>	<i>En riesgo</i>
1 Para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familiares y amigos.	12.5%	56.9%
2 Se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende.	50%	56.3%
3 Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas.	37.5%	50%
4 Es horrible cuando las cosas no son como a uno le gustaría que fueran.	43.8%	37.5%
5 Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad.	18.8%	18.8%
6 Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida o potencialmente peligrosa.	31.3%	50%
7 Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente.	25%	37.5%
8 Se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo.	37.5%	50%
9 El pasado tiene gran influencia en el presente.	31.3%	43.8%
10 La felicidad aumenta con la inactividad, la pasividad y el ocio indefinido.	37.5%	43.8%

Nota: Tabla de creación original.

Para propósitos de esta investigación los puntajes considerados para una creencia irracional en riesgo fueron de 5 a 6 puntos. Dichas creencias significativas son inflexibles y causan cierto grado de malestar al cuidador, pueden ser maneras en las que se perciben a sí mismos, a los demás y al mundo. La creencia con mayor porcentaje en esta categoría fue “se debe ser indefectiblemente competente y casi perfecto en todo lo que se emprende”, y está

relacionada con el rendimiento y desempeño que quizá ejercen o les interesa ejercer al cuidado del familiar con demencia; esto puede deberse a cuidados específicos y constantes que tienen que ejecutarse de manera específica, como los chequeos constantes de salud, el suministro de medicamento o alimento, o la imagen que los demás tienen del cuidador por el rol que desempeña ante sus pares (amigos, familiares, etcétera).

En cuanto a la segunda creencia con mayor porcentaje de significancia en esta categoría, “es horrible cuando las cosas no van como a uno le gustaría que fuesen”, puede reflejar las calamidades y los cambios e imprevistos a los que se enfrentan en su vida diaria en cuestión de cambio de planes o, tal vez, en cuestión de expectativas incumplidas, las cuales pueden ocurrir en cuestión de desarrollo personal, el avance que ha tenido el familiar al asistir a las terapias cognitivas, el apoyo social o familiar que reciben los cuidadores.

Las creencias en riesgo son por supuesto las más inflexibles. Los cuidadores se rigen por ellas y en caso de ser activadas causan un malestar significativo en ellos; la creencia con mayor porcentaje en esta categoría fue la siguiente: “para un adulto es absolutamente necesario tener el cariño y la aprobación de sus semejantes, familiares, amigos”, le siguen las creencias que afirman lo siguiente: “se debe de ser indefectiblemente competente y casi perfecto en casi todo lo que se emprende” y “se necesita contar con algo más grande y fuerte que uno mismo”. Estas tres creencias hablan acerca de la necesidad de tener un buen desempeño y que éste sea reconocido, pero también un apoyo con el que puedan contar.

Las siguientes creencias: “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida o potencialmente peligrosa” y “ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas” tienen la mitad del valor de riesgo en la población; esto puede deberse a las expectativas o falta de ellas acerca de la evolución de la enfermedad del familiar con demencia, cuestiones de roles, económicas, entre otras; también refleja la visión de un mundo amenazante e injusto tanto para el cuidador como para el paciente con demencia, lo que acaso se debe a situaciones estresantes o poco favorables a las que se ha tenido que enfrentar a lo largo de su rol como cuidador.

DISCUSIÓN

Según los resultados se puede observar que, a pesar de contar con una población variada en cuestión de edad, religión y costumbres, las manifestaciones en cuestiones acerca de estereotipos negativos hacia la vejez, creencias irracionales y sobrecarga subjetiva son similares. Es importante señalar que la mayoría de la población presenta sobrecarga de moderada a intensa al estar al cuidado del familiar con demencia y que las creencias irracionales de los cuidadores pueden estar ligadas a dicha sobrecarga.

Además, el nivel de sobrecarga puede verse influido por la incapacidad del paciente con demencia para ejecutar tareas diarias, tal como mencionan Dauphinot et al. (2015), ya que la mayoría de los pacientes con demencia son adultos mayores, lo cual dificulta aún más la realización de ciertas labores; también se encontraron similitudes con estudios anteriores, los cuales refieren que la mayoría de los cuidadores informales suelen ser mujeres.

Ya que las creencias están directamente relacionadas con su desempeño como cuidadores, las expectativas de los demás respecto a ellos, la necesidad de contar con apoyo y de ser reconocidos por su desempeño, lo cual no es comúnmente expresado, ya que en muchas ocasiones existe poco apoyo por parte de amigos o familiares y el rol fue adquirido a falta de que alguien más tuviera la iniciativa para realizarlo; este tipo de cogniciones pueden causar malestar clínicamente significativo en cuestiones de ansiedad, pues otra de las creencias marcadas como importantes por la mitad de la población fue que “se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida o potencialmente peligrosa”; esta creencia mostró relevancia para los cuidadores en la expectativa del deterioro del paciente con demencia conforme al progreso de la enfermedad y la incertidumbre respecto a la capacidad de lograr desempeñar bien los cuidados que se requieran.

Los estereotipos negativos que tienen los cuidadores sobre la vejez pueden deberse a la experiencia personal de estar al cuidado del paciente con demencia, pero también a la información que han recibido por parte del personal de CEAM, los cuales educan tanto al paciente como al cuidador en

cuestiones generales del progreso y diagnóstico de la demencia, así como las expectativas que probablemente se tengan respecto al desempeño con base en el mismo diagnóstico.

Es importante explorar los resultados preliminares obtenidos en la primera fase de la investigación por medio de la entrevista semiestructurada, para poder correlacionar si es posible a las creencias irracionales, los estereotipos negativos sobre la vejez y la sobrecarga subjetiva de los cuidadores a través de las cogniciones y experiencias adquiridas con base en el rol de cuidador primario; primordialmente, el efecto que ha tenido en el ámbito psicosocial, tanto a nivel emocional, cuestiones de ansiedad, depresión, así como en las relaciones interpersonales, las estrategias y los recursos que se han utilizado para conseguir sobrellevar esas exigencias.

Por lo anterior y basados en los resultados preliminares durante la primera fase de la investigación, se puede afirmar que es un tanto difícil determinar con exactitud las sesiones que serán necesarias en la propuesta de intervención, ya que se requiere el análisis de las entrevistas semiestructuradas y analizar el discurso para explorar con un poco más de profundidad las variables de esta investigación; uno de los aspectos más importantes será trabajar con los participantes para que éstos adquieran y desarrollen recursos internos que les permitan sobrellevar los sentimientos que les abruman y tener pensamientos y creencias más sanas. Lo anterior puede alcanzarse por medio de la terapia cognitivo conductual, ya que uno de sus principales objetivos es modificar pensamientos y creencias desadaptativas por conducto del pensamiento crítico, para lograr la mejoría del estado de ánimo y de las conductas más adaptativas.

REFERENCIAS

Arriola Peñalosa, Arriaga Dávila, Martínez Chapa, Pérez Rodríguez, López Ocaña, Baca Grande, Viniegra Osorio et al. (2017). *Diagnóstico y tratamiento de demencia cardiovascular en el adulto en los tres niveles de atención*. Instituto Mexicano del Seguro Social.

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Begum, A., Whitley, R., Banerjee, S., Matthews, D., Stewart, R. y Morgan, C. (2013). Help-seeking response to subjective memory complaints in older adults: Toward a conceptual model. *Gerontologist*, 53(3), 462-473. DOI: 10.1093/geront/gns083.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2017). El envejecimiento poblacional: diagnóstico para la región de América Latina y el Caribe. *Vejez y pensiones en México*, (1), 19-44. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/281920/1_INTRODUCCI_N.pdf.
- Dauphinot, V., Delphin-Combe, F., Mouchoux, C., Dorey, A., Bathsavanis, A., Makaroff, Z., ... y Krolak-Salmon, P. (2015). Risk factors of caregiver burden among patients with Alzheimer's disease or related disorders: A cross-sectional study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 44(3), 907-916. DOI: 10.3233/JAD-142337.
- Frenc, J., Ruclas, E., Tapia, R., Castañón, R., de León, E., Belsasso, G., ... y Lomelín, G. (2002). *Programa específico de deterioro intelectual y demencias*. Secretaría de Salud.
- García, M. (2014). Situación de las personas adultas mayores en México, 1-40. DOI: 10.1016/j.molliq.2016.06.044.
- Gómez Barrera, J. M. (2015). *Programa de intervención psicológica para cuidadores primarios de enfermos crónicos en la comunidad de Apaxco, Edo. México* [Tesis de licenciatura, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro Universitario UAEM, Zumpango].
- Herrera y Meléndez (2011). Cuidador: ¿Concepto operativo o preludeo teórico?, *Revista Enfermería Universitaria* ENEO-UNAM. 8(1), 49-54. DOI: 10.22201/eneo.23958421e.2011.1.
- Jones, R. (1968). *A factored measure of Ellis' Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates* [Tesis doctoral, Texas Technological College].
- Maldonado, J. R. (2017). *Perfil de los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer y los modelos terapéuticos más utilizados*. Universidad del Turabo, Escuela de ciencias sociales y comunicaciones.
- Mena J., Sánchez. C. y Trianes. M. V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 15(4), 212-220.

- Moreno Cervantez, C., Mimenza Alvarado, A., Aguilar Navarro, S., Alvarado Ávila, P., Gutiérrez Gutiérrez, L., Juárez Arellano, S. y Ávila Funes, J. A. (2015). Factores asociados a la demencia mixta en comparación con la demencia tipo Alzheimer en adultos mexicanos. *Sociedad Española de Psicogeriatría* 5(3), 125-130.
- Montero Pardo, X., Jurado Cárdenas, S., Valencia Cruz, A., Méndez Venegas, J. y Mora Mangaña, I. (2014). Escala de carga del cuidador de Zarit: evidencia de validez en México. *Psicooncología*, 11(1), 71-85.
- Muñoz Pérez, M. J. y Espinosa Villaseñor, D. (2016). *Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular*. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, 17(6), 85-96.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). Demencia. Informe de la Secretaría, 1-8. Recuperado de https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_3-sp.pdf.
- Riley, R. J. (2012). Perceived stigma in persons with early stage dementia and its impact on anxiety levels. *Nucleic Acids Research*, 34(11), e77-e77.
- Vaportzis, E. y Gow, A. J. (2018). People's beliefs and expectations about how cognitive skills change with age: Evidence from a U. K. Wide Aging Survey. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 797-805. DOI: 10.1016/j.jagp.2018.03.016.
- Žeželj, I. y Lazarević, L. B. (2019). Editorial Irrational Beliefs. *Europe's Journal of Psychology*, 15, 1-7. DOI: 10.5964/ejop.v15i1.1903.

DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE SALTILLO, COAHUILA

Diana García Jaramillo^{1}*
*Bárbara de los Ángeles Pérez Pedraza**
*Isis Arguindegui Valverde**

El deterioro cognitivo es un tema fundamental que incluye variables importantes como los tipos de demencia. Se calcula que existen 50 millones de personas con demencia en el mundo y que para el 2030 la cifra ascenderá a 82 millones de adultos mayores. Además se estima que entre 5% y 8% de la población de 60 años o más sufre de demencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

El incremento en la incidencia del deterioro cognitivo es un problema de salud mundial, pues disminuye el rendimiento en al menos una de las capacidades mentales como la memoria inmediata, recuerdo diferido, orientación en tiempo, espacio y persona, capacidad de cálculo, habilidad constructiva, capacidad de juicio, comprensión y razonamiento, además de la capacidad de aprendizaje y la habilidad visoespacial (Pérez et al., 2018).

La OMS (2019) estimó una cifra de 629 millones de personas de 60 años o más y se prevé un aumento de 2 000 millones para el 2050, lo que no sólo repercute en el sistema de salud sino en otros ámbitos como el político y el económico. Los adultos mayores son un grupo vulnerable que requiere una atención especial a sus demandas; problemas como enfermedades crónicas, desnutrición, incontinencia urinaria, problemas de sueño, depresión y deterioro cognitivo son algunas de las necesidades que aquejan a este grupo de la población. En México, existe una población de más de 10 millones de adultos mayores (Gobierno Federal, 2016).

¹ Contacto: diana.gjara@gmail.com.

* Universidad Autónoma de Coahuila.

Es común que el adulto mayor no exprese sus malestares por la idea errónea de que éstos son normales, consecuencias de su edad. Existen diversas formas de realizar una valoración geriátrica, la cual consiste en un proceso dinámico para diagnosticar enfermedades, detectar problemas y desarrollar un esquema que nos permita cubrir las necesidades y buscar tratamientos con el objetivo de mejorar la salud del paciente (Cervantes et al., 2015).

Dentro de las distintas patologías asociadas con el envejecimiento se encuentra el deterioro cognitivo leve (DCL), al que algunos autores consideran un precursor de las demencias, es decir, un estadio medio, entre el desgaste causado por la edad y la demencia tipo Alzheimer. Sin embargo, la literatura reciente informa que un individuo con algunos síntomas afines al deterioro cognitivo puede avanzar en el desarrollo de un tipo de demencia o permanecer estables, incluso con la intervención adecuada podrían retomar su funcionamiento cognitivo normal (Cancino y Rehbein, 2016).

Junto con los tipos de demencia, el deterioro cognitivo comparte factores de riesgo como la edad, el sexo, la carga genética, el nivel educativo y la presencia de trastornos de ansiedad o depresión. Es por esto que en una persona con más de 60 años aumenta el riesgo de padecer DCL. Una de las variables con mayor enfoque en el deterioro cognitivo leve es la reserva cognitiva, que se refiere a la forma eficiente en que el individuo es capaz de responder a las demandas del entorno. La capacidad que el individuo tiene para responder se debe a una eficaz red neuronal; la reserva cognitiva se acumula a lo largo de la vida e incluye elementos innatos (Cancino y Rehbein, 2016).

Conforme la esperanza de vida aumenta, el incremento de adultos mayores con demencia crecerá. Se considera insuficiente el conocimiento de esta afección médica para los profesionales de la salud que se encuentran en la atención primaria, por lo que se no se realiza un diagnóstico precoz. La detección temprana nos ayuda a que el adulto mayor pueda mantener su independencia y así elevar su calidad de vida.

La cognición es el funcionamiento intelectual que permite al individuo interactuar con el mundo que lo rodea. Con el envejecimiento, en el cerebro

se presentan alteraciones, es decir, cambios morfológicos, bioquímicos, circulatorios y metabólicos que según la plasticidad cerebral y las actividades de muchas otras funciones cerebrales pueden llegar a presentar alteraciones cognitivas; por ejemplo, algunos cambios morfológicos como la pérdida de volumen y el adelgazamiento de la corteza frontal, la cual es parte importante en la función de la atención y las funciones ejecutivas. Las alteraciones en la memoria se pueden presentar debido a cambios en circuitos frontales-estriados, los cuales parecen estar implicados en el proceso que involucra la memorización y la formación de un recuerdo (Benavides, 2017).

En la adultez mayor, aunque ciertas funciones cognitivas se encuentran preservadas o escasamente afectadas, no se altera la autonomía funcional de las actividades de la vida diaria. Existe evidencia clínica de que hay alteraciones cognitivas en funciones como la atención, las funciones ejecutivas y la memoria, lo que es denominado deterioro cognitivo leve. También se han llevado a cabo investigaciones que evidencian que las funciones cognitivas más preservadas en los adultos mayores son las praxias y la función ejecutiva; mientras que las más afectadas son la atención, la memoria y la evocación (Segura-Cardona et al., 2016).

La gran mayoría de investigaciones indican una correspondencia entre la edad y el funcionamiento cognitivo, pues conforme hay un progreso en la edad el metabolismo cambia, lo que se traduce en una disminución de la cantidad de glucosa que entra al cuerpo y, por lo tanto, la recaptación de glutamato extracelular también disminuye, ocasionando la muerte de algunas neuronas en el hipocampo; además, podemos añadir los componentes del estilo de vida, de esta manera, la probabilidad de deterioro cognitivo es más alta (Segura-Cardona et al., 2016).

Existe una asociación importante entre el deterioro cognitivo y las discapacidades auditivas y visuales. Generalmente, a menor nivel de ingresos, menor escolaridad, mayor tiempo dedicado a actividades sedentarias, mala alimentación y un autorreporte de salud y bienestar deficiente, se presenta una alteración cognitiva visible en la aplicación de instrumentos de evaluación como Mini Mental State Examination (Petermann et al., 2019).

Los indicadores mundiales de la población señalan un aumento de enfermedades neurodegenerativas en aquellos grupos de la población en que los niveles educativos son bajos o el nivel de analfabetismo es alto. Según Paredes et al. (2015) los factores de mayor influencia respecto al deterioro cognitivo en el envejecimiento normal son la edad y la escolaridad.

Además, los adultos mayores que viven acompañados obtienen mejores resultados en las evaluaciones de deterioro cognitivo debido a que cuentan con una mayor posibilidad de estimulación e interacción persistente; además, si cuenta con un contexto familiar favorable, esto contribuye a mantener el bienestar y la calidad de vida. El predominio del deterioro cognitivo, según el sexo, se muestra en hombres; es fundamental considerar los factores socioculturales de la población en la que se desenvuelve el sujeto (Segura-Cardona et al., 2016).

La demencia es la pérdida progresiva de ciertas capacidades cognitivas (memoria, comportamiento y capacidad para realizar actividades diarias). Dentro de sus criterios de diagnóstico, se caracteriza por la alteración o pérdida progresiva de la memoria, el lenguaje, la capacidad de realizar tareas previamente aprendidas, alteraciones ejecutivas como la abstracción, planeación, organización (Reyna et al., 2014), lo que generalmente lleva a la persona a un estado de discapacidad y dependencia.

La demencia es uno de los factores que más contribuyen a la dependencia, en el caso de los adultos mayores; el Alzheimer es el tipo de demencia más frecuente. La prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores es de 13%. En México el último estudio realizado sobre prevalencia de la demencia permitió establecer que anualmente, por cada 1 000 personas, en promedio 25.5 padecen algún tipo de demencia; 16.9 personas de cada 1 000, en la región urbana, y 34.2 de cada 1 000, en la región rural (Reyna et al., 2014).

En la actualidad los esquemas diseñados para el diagnóstico del deterioro cognitivo proponen al síndrome demencial como el último eslabón de un proceso que pasa por varias fases o niveles: 1) Estadio de cambios cognitivos normales relacionados con el envejecimiento; 2) Estadios preclínicos, que preceden al Deterioro cognitivo ligero, y 3) diagnóstico de un Síndrome

demencial. El primer nivel del esquema mencionado anteriormente se caracteriza por una agrupación de cambios sutiles en el funcionamiento y rendimiento cognitivo, en ausencia de alguna enfermedad del sistema nervioso; el segundo nivel de Estadios preclínicos incluye la determinación anticipada de biomarcadores relacionados con cambios en la actividad cerebral, reflejo de enfermedades neurodegenerativas; en el tercer nivel de afectación está el Deterioro cognitivo ligero, el cual se caracteriza por la presencia de alteraciones cognitivas moderadas, las cuales se pueden medir por medio de instrumentos neuropsicológicos, pero éstas no afectan las actividades de la vida diaria; el último nivel de este esquema es el Síndrome demencial, cuya característica principal es un marcado declive cognitivo que incapacita al sujeto para realizar sus actividades cotidianas.

El esquema anterior resulta muy útil para la labor que realizan diariamente psicólogos, médicos generales, psiquiatras, neurólogos o geriatras, si se tiene en cuenta que los cambios cognitivos que se presentan debido al envejecimiento patológico son muy similares al envejecimiento normal. En lo que concierne al diagnóstico, es imprescindible contar con instrumentos de exploración neuropsicológica que nos permitan obtener la mayor cantidad de datos posibles sobre el funcionamiento cognitivo. Ante la necesidad de tener una prueba que nos proporcione lo anteriormente mencionado, existen instrumentos de *screening*, también llamados de tamizaje, que nos permiten tener una aproximación al estado cognitivo en el que se encuentra el individuo (Broche, 2017).

Existen diversos instrumentos para evaluar el deterioro cognitivo, uno de los más utilizados en los adultos mayores es el MMSE (Mini Mental State Examination), creada por Folstein en el año de 1975. Está compuesta por pruebas individuales que evalúan 11 dominios cognitivos, entre los que se encuentran la orientación, el registro, la atención, la recuperación, la denominación, la repetición, la comprensión verbal y escrita, la escritura y la construcción (Broche, 2017).

Por lo anterior, y dado que actualmente en Coahuila más de 12% de los habitantes son adultos mayores (Instituto Nacional de Estadística y Geogra-

fía [INEGI, 2017), los cuales se consideran como el grupo de riesgo que puede desarrollar algún nivel de deterioro cognitivo, esta investigación tiene como objetivo detectar los niveles de deterioro que presentan los adultos mayores de Coahuila que asisten al Centro Estatal del Adulto Mayor.

Los datos obtenidos en este estudio pretenden mostrar la importancia de investigar las condiciones cognitivas en las que se encuentran actualmente los adultos mayores, pues las limitaciones en este ámbito pueden perjudicar la funcionalidad y la independencia, entre otros aspectos relacionados con la salud, de los adultos mayores.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el propósito de detectar los niveles de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Centro Estatal del Adulto Mayor de Coahuila.

Participantes

Debido a que más de 12% de la población en Coahuila son adultos mayores (INEGI, 2017), mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, fueron seleccionados 30 participantes adultos mayores que recién ingresaron al Centro Estatal del Adulto Mayor de Coahuila. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: personas con 60 años de edad o más que acudieran por voluntad propia, que hubieran pasado por un proceso de evaluación médica, nutricional y psicológica; fueron descartadas las personas con deterioro o problemas de visión o audición, debido a que el instrumento no está diseñado para personas con estos tipos de discapacidad. La media de edad es de 74.63, la desviación estándar es de 9.25.

Instrumentos

Se utilizó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) y el MMSE (Mini Mental State Examination) (Revillas, 2014). El MMSE consiste en un test diseñado para

la realización de la exploración psicológica, es una prueba de screening, de alta dependencia del lenguaje que consta de varios ítems relacionados con la atención. Los participantes tardaron entre cinco y diez minutos en responder el test, el tiempo dependía del entrenamiento de la persona que la aplicó; sin embargo, es una prueba sin límite de tiempo. Además, si el examinado corrige alguna respuesta, se le da crédito a la correcta.

Los aspectos que la prueba evalúa permiten establecer el grado cognoscitivo del paciente y poder detectar demencia, entre éstos están los siguientes: 1) Orientación temporal y espacial: capacidad del evaluado para ubicarse en el tiempo y el lugar en el que se encuentra, 2) Capacidad de fijación, atención y cálculo: facultad del evaluado para realizar operaciones matemáticas y para mantener su atención durante la aplicación de las consignas, 3) Memoria: evalúa el recuerdo inmediato y la memoria a corto plazo, 4) Nominación, repetición y comprensión: capacidad de identificar y nombrar objetos comunes, además de la comprensión que le permita ejecutar una consigna, y 5) Lectura, escritura y dibujo: se evalúa la capacidad de leer y comprender lo que lee, la facultad de escribir una frase correcta y coherente y la facultad visoespacial del individuo.

El MMSE es una prueba que se aplica en forma individual, no tiene límite de tiempo, cada respuesta correcta es equivalente a un punto y la sumatoria final da un total de 30 puntos; según el manual de revisión, 27 puntos o más equivale a normal, adecuada capacidad cognoscitiva; 23 puntos o menos, sospecha patológica; 12 a 23 puntos, deterioro leve; 9 a 12, demencia, y menos de 5 puntos, totalmente desorientado.

Procedimiento

Las aplicaciones se hicieron de forma individual y guiada por personal del Centro Estatal del Adulto Mayor capacitado en la prueba, la psicóloga de la institución y un practicante. Las evaluaciones se realizaron en sesiones de 5 a 10 minutos, dentro de un consultorio del Centro Estatal del Adulto Mayor.

Análisis de la información

Se capturaron los datos en el programa SPSS, versión 24, en el que se realizó el análisis de los siguientes estadísticos en relación con el objetivo establecido, asumiendo una distribución no paramétrica. Estadística descriptiva con mediana y rangos, frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de los niveles de deterioro cognitivo que se presentan en adultos mayores.

TABLA 1
Nivel de deterioro cognitivo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sin deterioro	9	30.0
Deterioro dudoso	3	10.0
Deterioro cognitivo leve	16	53.3
Deterioro cognitivo moderado	1	3.3
Deterioro cognitivo severo	1	3.3
Total	30	100.0

Nota: Tabla de creación original.

Se observa que la mayoría de los participantes presentó un nivel de deterioro cognitivo leve (53.3%), seguido por los que no presentaron deterioro cognitivo (30%) y los que cuentan con probable deterioro (10%), la frecuencia más baja se encuentra en los niveles de deterioro moderado y deterioro severo (3.3%).

A continuación, se presenta la Tabla 2 con las medianas y rangos de las funciones cognitivas medidas por el Mini-Mental. En donde las escalas que miden orientación temporal, orientación en espacio y cálculo se calificaron

del 1 al 5; memoria inmediata, evocación y comprensión se califican de 1 a 3 puntos; nominación se mide con un puntaje de 1 a 2; repetición, lectura, escritura y dibujo se califican con 1.

TABLA 2
Medianas y rangos de los dominios cognitivos

	<i>Mediana</i>	<i>Rango</i>
Orientación temporal	4.0	5
Orientación espacio	4.0	5
Memoria inmediata	3.0	2
Atención y cálculo	3.0	5
Evocación	2.0	3
Nominación	2.0	2
Repetición	1.0	2
Comprensión	3.0	3
Lectura	1.0	1
Escritura	1.0	1
Dibujo	1.0	1

Nota: Tabla de creación original.

Se encontró que dentro de los 11 dominios cognitivos, las funciones que resultaron con mayor deterioro cognitivo fueron cálculo (Med=3), evocación (Med=2), seguido por orientación temporal y espacio (Med=4), para concluir con las funciones que presentaron un menor deterioro: memoria inmediata (Med=3), nominación (Med=2), repetición (Med=1), comprensión (Med=3), lectura (Med=1), escritura (Med=1) y dibujo (Med=1).

DISCUSIÓN

Más de 12% de la población en el estado de Coahuila son adultos mayores, conforme pasan los años la esperanza de vida aumenta y se incrementa el porcentaje de este sector de la población.

Sabemos que el funcionamiento cognitivo y la edad tienen una correspondencia; además, otros factores como la educación, el vivir solos o el contexto de los adultos mayores propician que el deterioro cognitivo se presente; por ello, el diagnóstico es importante, pues en una fase más avanzada comienza a perjudicar las actividades de la vida diaria y la independencia de quien padece ese deterioro.

Conocer los niveles de deterioro cognitivo en los que se encuentran los adultos mayores del estado de Coahuila es de suma importancia, ya que representan un grupo vulnerable en constante riesgo de presentar estas pérdidas. De acuerdo con el trabajo realizado, más de la mitad de los evaluados presentan un deterioro cognitivo leve, mientras que otra parte importante de los adultos mayores cuentan con un deterioro moderado o severo.

La atención primaria es un punto clave en la detección y prevención del posible avance del deterioro cognitivo en adultos mayores, quienes suelen normalizar los síntomas de dicho deterioro, tan familiarizados están con la idea de que la edad es la responsable de que ya no sean los mismos de antes o que es normal que olviden cosas y que su razonamiento ya no sea tan eficaz, pues se tiene la idea errónea de que estas pérdidas son comunes por la edad. No se preocupan e incluso ni se imaginan que podrían tener una afectación cognitiva, dichas ideas erróneas les impiden pensar en la opción de mantenerse activos mentalmente.

Muchas podrían ser las causas del deterioro cognitivo en un adulto mayor, pero su detección y la búsqueda de un tratamiento adecuado podrían ayudar a que el daño no avance.

El estudio realizado contó con tan sólo 30 evaluaciones, por lo que no se podría generalizar la situación de todos los adultos mayores de estado de Coahuila. De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, consideramos de suma importancia que los sistemas de salud presten atención a las problemáticas de los adultos mayores, y que se generen áreas o espacios adecuados para atenderlos, en donde se tome en cuenta la valoración de sus funciones cognitivas y otros aspectos físicos o psicológicos que podrían afectar a este sector de la población.

Es fundamental desarrollar tratamientos que permitan tener un menor avance en el deterioro cognitivo, así como incentivar y concientizar a los adultos mayores para que trabajen sus funciones cognitivas. Todo esto forma parte de un reto necesario para establecer un tratamiento.

REFERENCIAS

- Broche, Y. (2017). Alternativas instrumentales para la exploración breve del adulto mayor: más allá del Minimal. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 251-265.
- Benavides, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.
- Cancino M. y Rehbein L. (2016). Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo leve (DCL): una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34(3), 183-189.
- Cervantes, R., Villareal, E., Galicia L., Vargas, E. y Martínez, L. (2015). Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de valoración geriátrica integral. *Atención Primaria*, 47(6), 329-335.
- Gobierno Federal (22 de septiembre de 2016). Estadísticas sobre adultos mayores en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). Anuario estadístico y geográfico de Coahuila de Zaragoza 2017. Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (19 de septiembre de 2019). Demencia. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
- Paredes A., Yarce E., Rosero M. y Rosas G. (2015) Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 16(1).
- Pérez, M., Velasco, R., Maturano, J., Hilero, A., García, L. y García, M. (2018). Deterioro y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Enfermería. Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26(3), 171-178.

- Petermann, F., Troncoso, C., Martínez, M., Lleva, A., Ulloa, N. y Morales, C. (2019). Los problemas auditivos aumentan el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*, 79(1), 9-17.
- Revillas Ortega, F. J. (2014). Manual de usuario. Mini Mental State Examination. General Asde.
- Reyna, M., Vinicio, M., López, F. y González, G. (2014). *Demencias, una visión panorámica. Temas derivados del v Simposio de medicina geriátrica*. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Segura-Cardona, A., Cardona-Arango, D., Muñoz-Rodríguez, D. I., Jaramillo-Arroyave, D., Lizcano-Cardona, D. et al. (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 18(2): 210-221. DOI: 10.5294/aqui.2018.18.2.8.

EL SUFRIMIENTO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA GUARANÍ KAIOWÁ DE MATO GROSSO DEL SUR, BRASIL

Sonia Grubits^{1*}

Por más de dos décadas desarrollamos investigaciones con niños indígenas y, posteriormente, con mujeres indígenas y sus familias de las comunidades guaraní kaiowá de Mato Grosso del Sur. Estudiamos la identidad, la influencia de la cultura, la relación con los no indios y últimamente comenzamos a estudiar la influencia del entorno. Invariablemente nos topamos con relatos realizados por las propias familias e investigadores de diferentes áreas del conocimiento sobre la compleja y problemática cuestión del suicidio juvenil.

Siempre trabajamos con conceptos relacionados con la identidad en la psicología social, pero en el artículo en cuestión introducimos reflexiones relacionadas con la psicología ambiental que estudia las cuestiones de sufrimiento por la pérdida del *tekohá*, tierra sagrada en la vida de los guaraníes.

Bauman (2005) reflexiona sobre el relato de la cohabitación humana que en el pasado se restringía a la vecindad, con sus costumbres y movilidad social limitada, pues al nacer las personas tenían su lugar determinado en la sociedad. La transformación de las comunidades, el desarrollo tecnológico cambiante en los transportes, el aumento de las ciudades y la intensificación de la comunicación con el advenimiento del capitalismo creó un problema de identidad al ser humano. La diversidad y nuevas posibilidades de interacciones sociales generó en las personas la necesidad de una definición de sí mismas, principalmente para grupos que intentaban, por cuestiones políticas o culturales, mantener su espacio.

¹ Contacto: sgrubits@uol.com.br.

* Instituto de Psicología Médica de Mato Grosso, UCDB.

Cavalcante y Elias (2011) analizan procesos simbólicos y cognitivos ligados a la conducta espacial y afectiva en busca de bienestar, e interactivos que tengan un significado para la persona y para los otros, con la apropiación por identificación del espacio como lugar cargado de significado para el individuo y el grupo social.

En el presente texto pretendemos describir y analizar datos referentes al suicidio, a los homicidios, a la violencia y algunos trastornos mentales, por medio de informaciones suministradas por el Distrito Sanitario Especial Indígena de Mato Grosso del Sur (DSEI-MS), además de observaciones en los trabajos de campo.

El DSEI-MS es el órgano responsable de la asistencia de atención básica en salud a 70 032 indígenas de ocho etnias (guaraní y kaiowá, terena, kadiwéu, atikum, kinikinau, ofaié-xavante y guató), residentes en 75 aldeas del estado de Mato Grosso del Sur. Este órgano está vinculado a la Secretaría Especial de Salud Indígena (SESAI) del Ministerio de la Salud. Para atender a dicha población, el DSEI-MS posee 39 Equipos Multidisciplinarios de Salud Indígena (EMSI) formados por médicos, enfermeros, agentes indígenas de salud, técnicos de enfermería, odontólogos, auxiliar de salud bucal, psicólogos, asistentes sociales, nutricionistas, entre otros profesionales.

Actualmente, los mayores problemas se concentran sobre todo en las aldeas de la región del Cono Sur del estado, con predominancia étnica guaraní y kaiowá que representan 65% de la población indígena del estado, es decir, 47 092 indígenas. El DSEI-MS, por medio de sus equipos de salud, aclara que los determinantes sociales impactan directamente en el sector salud. Un ejemplo de ello es la precariedad de la seguridad pública, la educación deficitaria, el bajo acceso a la alimentación adecuada y vivienda digna, la carencia de proyectos volcados hacia la generación de renta y empleo, fomento a la producción de subsistencia autosostenible, la falta de incentivos al deporte, cultura y ocio y lo incipiente de las políticas públicas para los pueblos indígenas, lo que tiene como consecuencia los perjuicios a la salud, tales como la alta incidencia de violencia, el consumo de drogas, el abuso de alcohol, las tasas de homicidio y suicidio, el bajo peso infantil, la mortalidad materno-infantil, desajustes sociales, entre otros.

Estos problemas de orden social están ligados a las cuestiones psicológicas, ya que comprometer las condiciones socioeconómicas se refleja directamente en la perspectiva de vida del ser humano. Algunas aldeas del estado presentan especificidades tales como las que hacen frontera seca con Paraguay (en los municipios de Amambai, Antônio João y Paranhos), lo que facilita el acceso a las drogas, tanto para el consumo propio como para que los indígenas trabajen en el cultivo de la marihuana, además de actuar como “mulas” (transportando drogas). Estas regiones presentan, como consecuencia, una alta incidencia de violencia y demás situaciones de riesgo.

Otra particularidad es la Reserva Indígena de Dourados (con predominancia étnica guaraní kaiowá) formada por dos aldeas: la Jaguapiru (con 6 753 personas) y la Bororó (con 6 341 personas), que suman, en total, 13 094 personas. Según el Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena, se hallan en un área territorial 3 474 60 habitantes, por lo que presentan la mayor densidad demográfica indígena del país con 377 habitantes/km², razón por la cual es considerada la reserva indígena más populosa de Brasil. Tal situación de elevada densidad demográfica tiene repercusiones considerables en las graves tensiones psicosociales y etnoculturales dentro de las aldeas, con un impacto directo en la salud, aún más si se consideran las peculiaridades mitológicas y tradicionales de los indígenas y el modo de ser y vivir guaraní kaiowá. El proceso de confinamiento compulsivo al cual ha sido sometido el grupo, la sobrepoblación de las aldeas, la imposición de creencias (especialmente las evangélicas) y valores extraños a su cultura se citan como factores causales (Brand y Vietta, 2001).

Otra especificidad de la población indígena de Mato Grosso del Sur, en especial los guaraní kaiowá, es el movimiento para recuperar las tierras, que son legalmente áreas particulares y que los indígenas reivindican como sus tierras tradicionales, su *tekoha*. En esas áreas retomadas, los grupos de indígenas instalan un campamento y allí permanecen, por lo general en constantes luchas con productores rurales. La ocupación de las tierras de Mato Grosso del Sur fue estimulada durante el “Estado Nuevo” de Getúlio Vargas, quien otorgó títulos de dominio de propiedades de hasta 30 hectáreas a los

campesinos en la década de 1930. No obstante, los indios, en su mayoría de la etnia guaraní, entienden que las tierras les pertenecen a ellos.

Retomar algunos aspectos fundamentales de la cultura guaraní es muy relevante para discutir mejor la problemática del suicidio y la violencia, y así obtener conclusiones importantes para el presente artículo. La complejidad de la cosmología guaraní favorece el aumento de la influencia de los daños ambientales en el comportamiento de los grupos y las luchas por sus espacios tradicionales. Tal interferencia pasa por el concepto y significados del *tekohá* para los guaraníes (*Revista Galileu*, 2017).

A propósito de las tierras tradicionales, Meliá (1990) argumenta que el guaraní conoce su tierra, así como la riqueza de la lengua, para designar los diversos tipos de tierra y suelos, de mata, de especies vegetales y las características ecológicas de un lugar, lo cual es un indicador de sus conocimientos de la agricultura y de la ocupación de la tierra, con la propuesta de rotación en el uso de la tierra. Meliá (1990) relata que “existió desde los tiempos más antiguos una agricultura –hasta podríamos decir una agronomía” (p. 36), y así el colono europeo la toma prestada del guaraní como la más adecuada y propia para esa tierra. La agricultura de carácter guaraní fue la técnica más practicada por los colonos de esas regiones con buenos resultados, aun cuando la distorsión del sistema económico introducido tiende a desequilibrar las correlaciones ecológicas que el guaraní supo generalmente mantener con la creatividad y el dinamismo, emigrando incluso, si fuese necesario. “El Guaraní no deja desiertos tras de sí” (Meliá, 1990, pp. 35-36).

El *tekohá* es el lugar donde se dan las condiciones que hacen posible el modo de ser guaraní. La tierra, concebida como *tekohá*, es ante todo un espacio sociopolítico. “El *tekohá*, sistema fundador de la vida guaraní, representa flexibilidad para absorber nuevos valores, siempre que éstos no agredan sus elementos básicos” (Pereira, 1995, p. 83). Según los guaraníes no hay espacio vacío, estéril, ni en el presente ni en el pasado, se configura como un espacio legítimo para la realización de los rituales, cantos y danzas –liturgias que producen la cosmogenia en la vida guaraní–. Pereira afirma lo siguiente:

“Más allá del *tekohá*, hay un lugar de la inmortalidad, la llamada Tierra Sin Mal, *yvy marã ey*, espacio donde la condición humana es abandonada para que en el hombre se pueda realizar la condición de un dios. Espacio que trasciende a un modo geográfico, situándose en un mundo figurado, fenoménico ecológico” (1995, p. 83). Y concluye “que todos los factores relacionados al suicidio se inscriben en el cuadro de debilitamiento de los *tekohá*, lugar de morada y elemento fundador de la cultura guaraní” (p. 83).

Además de ser percibido como un espacio habitable, un poblado y una casa en los que se concentra su vida social y política, se convierte en plenamente humana cuando hay una casa y un patio. Todos esos aspectos de la tierra, en los que economía y sociedad se muestran indisolublemente relacionadas, son también objeto de símbolos religiosos, reflejo de experiencia religiosa.

Para Viveiros de Castro (1986) los tupí-guaraní se definían como un “llegar a ser”, en uno volverse el otro, de forma diferente de la persona *gê-bororo* que subyuga la diferencia a la identidad. Además, según Viveiros, la dinámica subyacente al movimiento en dirección al otro puede ser identificada en la solución antropofágica de los tupí-guaraní. La Identidad, según el autor, sería “antidialéctica”. Estos pueblos presentan una inversión de la representación tradicional de la sociedad primitiva hecha por la antropología.

La cosmología del grupo pasa por conceptos básicos como dios, ser humano y enemigo. Lo que está fuera de la sociedad es lo que la ordena y orienta. Su modelo cosmológico se configura a partir del sistema de alma, nombre, muerte, canibalismo (desde el siglo pasado los guaraníes no practican la antropofagia) y canto. Además, presenta una enorme flexibilidad sociológica, indiferenciación interna asociada a un complejo de relaciones individualizadas con el mundo espiritual. Esa posición estratégica para la construcción de la persona genera aquello que fue llamado por Viveiros de Castro (1986) individualismo.

Su concepción del alma humana es la clave de su sistema religioso y comanda la vida social de esta sociedad. La predominancia de la religión y de la relación con la muerte, subyacente en la noción de alma o en la teoría

de la persona, constituyen un punto de apoyo esencial para la comprensión de su organización social. Así, la persona ocupa un espacio virtual entre la naturaleza y sobre la naturaleza, o sea, un elemento paradójico que conectaría y separaría, circulando como espacio vacío entre dominios y formas de lo extrasocial. “Es en este sentido que la Persona Tupí-Guaraní es un entre (uno entre dos) y no un ente” (Viveiros de Castro, 1986, p. 104).

Son asiduas y frecuentes las actividades religiosas guaraníes con prácticas de cánticos, rezos y danzas que, dependiendo de la localidad, de la situación o de las circunstancias, son llevadas a cabo cotidianamente; se inician al caer la noche y se prolongan durante varias horas. Los rituales son conducidos por los ñanderu, que son los rezadores, chamanes y líderes espirituales, que contemplan las necesidades cotidianas como la cosecha del huerto, la ausencia o exceso de lluvia, además de realizar rezos de cura para enfermedades físicas y espirituales.

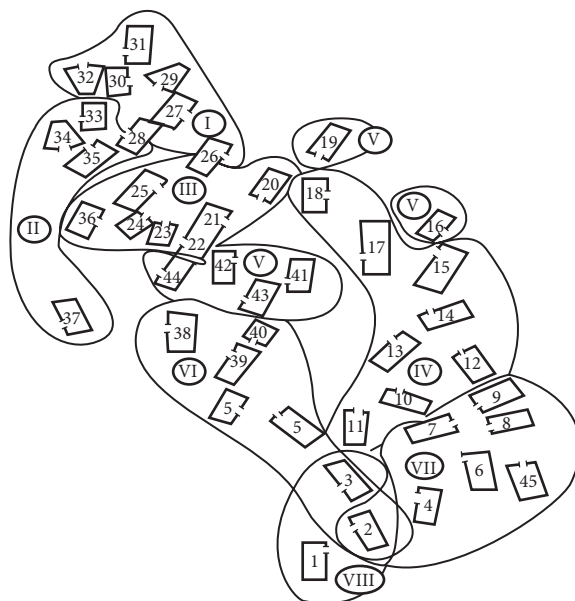
Otro aspecto relevante para el entendimiento de su peculiar cultura y organización social es que, a pesar de la extensa amplitud de su territorio, en el pasado siempre existió una significativa homogeneidad lingüística de sus dialectos y de su cosmología.

La familia extensa es la base de su organización social, económica y política. Los referidos grupos macrofamiliares que tienen formas de organización de la ocupación espacial dentro del *tekohá*, determinada por relaciones de afinidad y consanguinidad, están compuestos por la pareja, los hijos, yernos, nietos, hermanos y constituye una unidad de producción y consumo.

También hay que apuntar que en otras comunidades étnicas se organizan alrededor de un centro, como en el caso de los bororó; sin embargo los guaraníes siempre se hallan agrupados por lazos de parentesco, como señala Viveiros de Castro (1986).

Cabe señalar que los guaraníes son extremadamente hábiles en la conducción política de sus intereses. Cada *tekohá* está liderado por un jefe, “capitán” o “cacique”, que es el responsable de la aldea. Existen también dentro de las aldeas los Consejos Locales de Salud Indígena, formados por consejeros indígenas que se reúnen internamente para discutir cuestiones

FIGURA 1
Esquema de la Aldea Araweté



Viveiros de Castro (1986. p. 84) [consultado el 19 noviembre de 2019].

relacionadas directa e indirectamente con la salud y que son llevadas posteriormente al Consejo Distrital de Salud Indígena.

Sobre el suicidio y las creencias de los guaraníes, Wicker (1997) informa que las causas del suicidio de los guaraníes que él entrevistó en Paraguay estarían, en principio, ligadas a los factores culturales, sociales, económicos y políticos. Al buscar una comprensión de las pautas cognitivas en las que se basan y acarrear un sentido cultural y social, Wicker indica el concepto de *taraju*. Dicho concepto ha sido objeto de varias interpretaciones y complejos estudios, los cuales tienen una connotación de fuerza oculta, destructiva, así como de daño espiritual difícilmente tangible. La manera de sanar fue atribuida, por los entrevistados, a los efectos de la terapia con danzas y cantos, hecha sobre ellos por sus familiares bajo la orientación de líderes religiosos. El autor, en sus conclusiones, califica el hecho como una vivencia

psicótica y sugiere que un especialista podría verificar si la paranoia respondería a una estructura endógena o reactiva, recordando además que sería más probable que fuese reactiva, como resultado de tensiones psíquicas extremas que, a su vez, nos remiten a la existencia de conflictos no elaborados y no superados por las personas afectadas en su entorno social. No encontramos hechos semejantes en los guaraníes de Brasil.

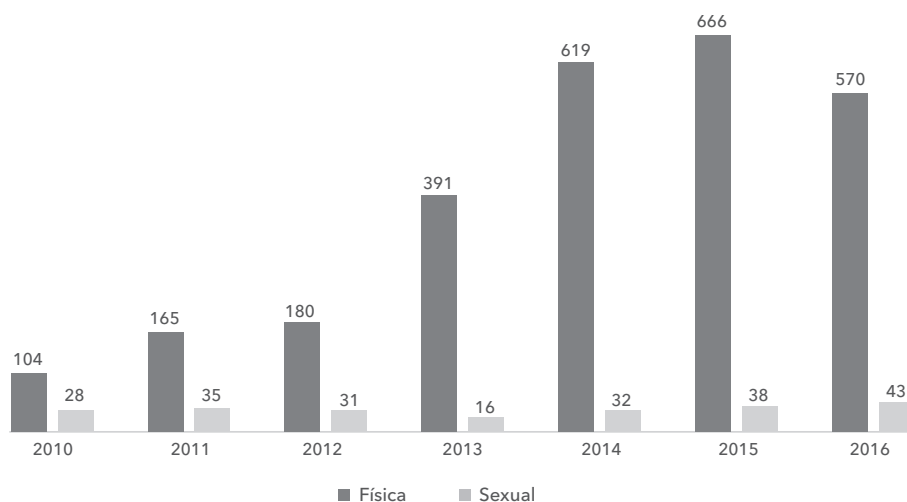
Dificultades, limitaciones y frustraciones

Esta proximidad de los indígenas guaraní kaiowá con los no indígenas trajo algunas interferencias e influencias, principalmente en el aspecto cultural, comportamental y social. Conocer, desear y buscar, por ejemplo, bienes materiales presentes en la sociedad nacional, un empleo justo, la realización personal y profesional, hizo que los indígenas se enfrentaran con dificultades y limitaciones. De esta forma, esas frustraciones se presentan en su estructura psíquica y probablemente los llevan a vivir conflictos internos significativos ocasionando, por ejemplo, cambios comportamentales e incluso actitudes extremas como el suicidio (Vick, 2017).

Entre los agravios más frecuentes a la salud mental de la población indígena del estado de Mato Grosso del Sur, se encuentran la violencia, tanto física como sexual; la Figura 2 muestra un aumento evidente.

En cuanto al género, 52% de la violencia se ejerce contra personas del sexo femenino y 48% del sexo masculino. Relativo al grado de parentesco entre víctima y agresor, 89% de los agresores poseen vínculos próximos con sus víctimas, como padre, padrastro, esposo u otros. En cuanto al registro de uso de bebidas alcohólicas por el agresor, cerca de 90% estaban bajo sus influjos. Informamos que éstos son los casos notificados de violencia por la ficha del Sistema Nacional de Salud (SINAN–Ministerio de la Salud), aunque es de conocimiento del sector de salud que el número de veces que ocurre es mucho mayor, pero por otros motivos (socioculturales y económicos); muchas de las víctimas no denuncian, y existe así una importante subnotificación de casos de violencia.

FIGURA 2
Casos de violencia física y sexual en el DSEI-MS. Ref. 2010 a 2016. Brasil

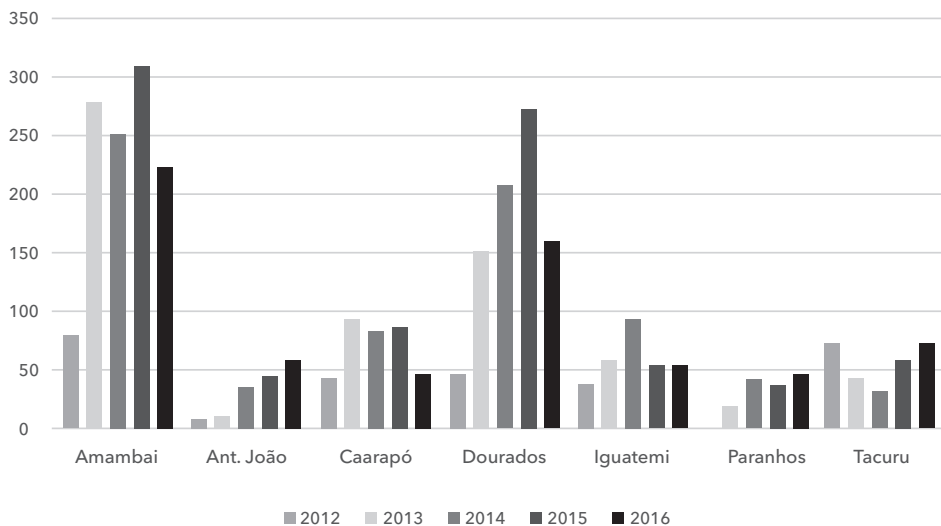


Ministério da Saúde (2017, p. 3) [consultado el 23 de julio de 2019].

La Figura 3 muestra los casos notificados de violencia física y sexual en indígenas que viven en la región de mayor incidencia al sur del estado, con una predominancia étnica guaraní kaiowá de casos notificados a partir del 2012 hasta el 2016.

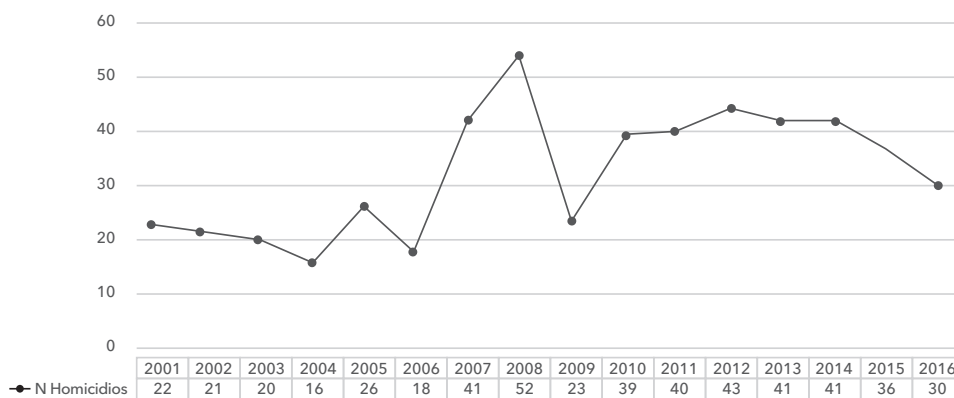
Las muertes registradas por homicidio entre los indígenas son de un carácter extremadamente agresivo y violento: 93% ocurren en las aldeas de la región sur del estado (principalmente en Dourados, Amambai, Caarapó y Paranhos), concentrándose en las etnias guaraní y kaiowá. En 70% de los casos se registra el uso de arma blanca, cerca de 77% son víctimas del sexo masculino, con una franja de incidencia entre los 15 y los 39 años. En cuanto a las Tasas de Mortalidad Específica (TME) por homicidio entre los indígenas del estado de Mato Grosso del Sur, tomamos como ejemplo los siguientes datos para la comparación: en 2011 ocurrieron 10 490 muertes, cifra que equivale a 5.3 de cada 100 000 habitantes. En 2015, el número llegó a 11 736, es decir, 5.7 de cada 100 000, según los datos del Sistema de Infor-

FIGURA 3
Casos de violencia física y sexual en los polos de la región sur del estado de Brasil



Ministério da Saúde (2017, p. 4) [consultado el 23 de julio de 2019].

FIGURA 4
Serie histórica de homicidios en el DSEI-MS Brasil



Ministério da Saúde (2017, p. 5) [consultado el 23 de julio de 2019].

mación sobre Mortalidad (SIM). En la Figura 4, se muestra la serie histórica de homicidios en las aldeas del estado.

Los suicidios indígenas en el estado de Mato Grosso del Sur, Brasil, se han destacado tanto en el escenario nacional como internacional. Cerca de 99% de los casos de suicidio han ocurrido en las aldeas pertenecientes a la región sur del estado, es decir, de la etnia guaraní y kaiowá. En cuanto al método del suicidio, 98% se llevan a cabo por ahorcamiento; respecto al género, 70% corresponden al sexo masculino.

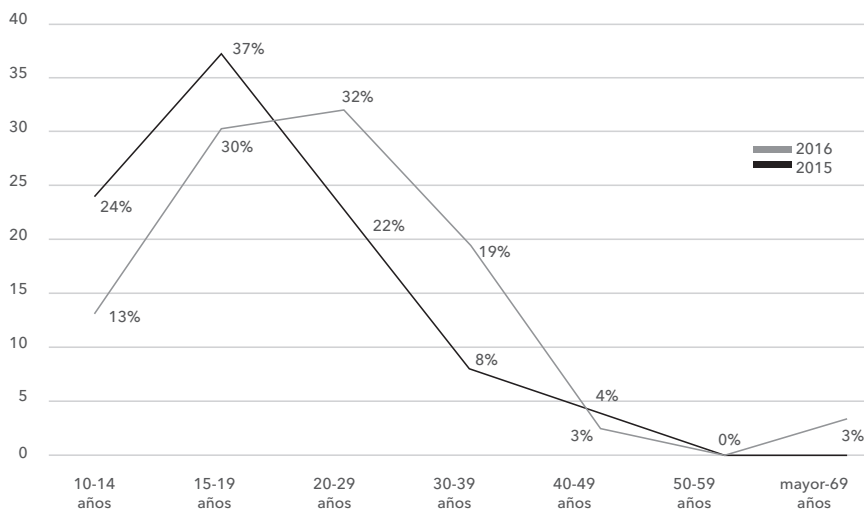
Para ilustrar algunas manifestaciones en los medios internacionales sobre el tema, podemos citar un informe publicado por el periódico inglés *The Guardian* (2013): los guaraní-kaiowá de Brasil presentan una de las más altas tasas de suicidio del mundo y son 34 veces más propensos al suicidio que la media brasileña. Informa además que los pueblos indígenas en todo el mundo sufren tasas mucho más altas de suicidio que la mayoría de la población. Muchas otras comunidades indígenas del mundo, incluyendo a los islanders tiwi en Australia, pastores khanty, en Siberia e inuits en Groenlandia, tienen, de manera fuera de lo común, elevadas tasas de suicidio.

La franja de edad más afectada por el suicidio indígena se refiere a los jóvenes entre los 15 y 29 años; sin embargo, se ha observado un cambio en el perfil de los suicidios de 2015 a 2016, con una reducción en la franja entre los 10 y 14 años y los 15 a 19 años, y un aumento en la franja entre los 20 y 29 años, de acuerdo con la Figura 5.

En cuanto a la localidad de ocurrencia, de acuerdo con lo mencionado, los casos de suicidio ocurren, casi en su totalidad, en las aldeas de la región sur del estado, en medio de situaciones de conflicto territorial y con proximidad a la frontera, agravados por una serie de cuestiones de orden social que impactan directamente en la vida de los indígenas (Figura 6).

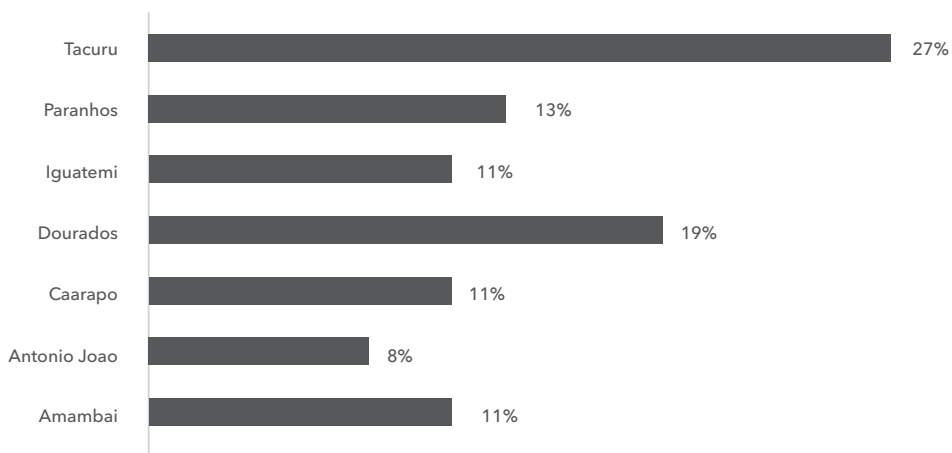
El Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI-MS) viene registrando los casos de suicidio indígena desde 2001 y se resalta que, desde 2008, con la cualificación de la vigilancia epidemiológica en salud mental, todos los casos de suicidio son identificados, notificados, investigados y acompañados por profesionales de la salud indígena. Se observa, también, una tendencia a

FIGURA 5
Incidencias de suicidios por franjas de edad en el DSEI-MS. Brasil



Ministério da Saúde (2017, p. 6) [consultado el 23 de julio de 2019].

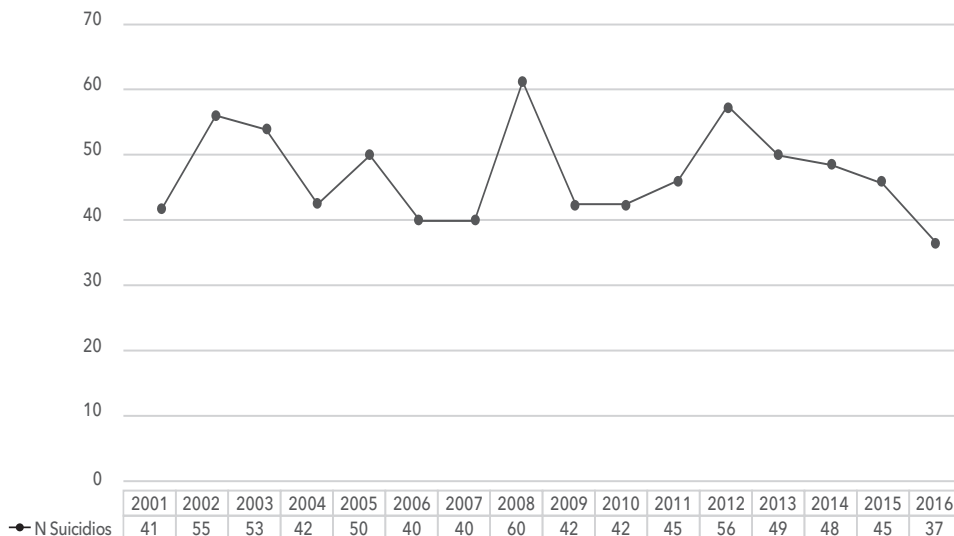
FIGURA 6
Incidencias de suicidios por ubicación en el DSEI-MS, Año 2016. Brasil



Ministério da Saúde (2017, p. 6) [consultado el 23 de julio de 2019].

la disminución de los suicidios, principalmente por la reducción gradual de los casos a partir del 2012. A continuación, se muestra una gráfica con la serie histórica de suicidios en las aldeas del estado.

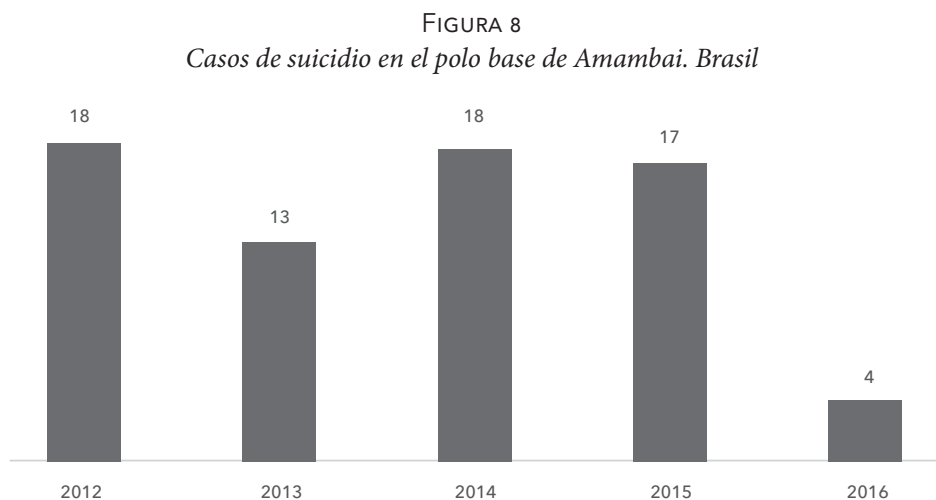
FIGURA 7
Serie histórica de suicidio en el DSEI-MS. Brasil



Ministério da Saúde (2017, p. 7) [consultado el 23 de julio de 2019].

Las Tasas de Mortalidad Específica (TME) por suicidio entre los indígenas del estado de Mato Grosso del Sur son las más elevadas si se comparan con las demás registradas. Tomamos como ejemplo las siguientes tasas para la comparación: nuevos datos divulgados por el Ministerio de la Salud muestran que el índice de suicidios creció entre 2011 y 2015 en Brasil. Según los datos, ésta es la cuarta causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años. En 2011 fueron 10 490 muertes, que corresponde a 5.3 de cada 100 000 habitantes. En 2015 aumentó a 11 736 muertes, que equivale a 5.7 de cada 100 000, según los datos del Sistema de Información sobre Mortalidad (SIM).

Vick (2017) informa que el Distrito Sanitario Especial Indígena de Mato Grosso del Sur (DSEI-MS) registró 37 casos de suicidio en 2016, el menor número de casos desde 2001. Especialmente en el Polo Base de Amambai (lugar de mayor ocurrencia de suicidio indígena del estado) los casos se redujeron 77% en 2015 (N 17) y en 2016 (N 4), debido a la mayor inversión que este distrito hizo en el PB de Amambai, con un aumento de la contratación de recursos humanos para la atención psicosocial (nuevos psicólogos), con un fortalecimiento de la red de apoyo y protección interna (en la comunidad) e importantes colaboraciones intersectoriales entre órganos e instituciones que componen la red de protección y cuidado, cursos de prevención al suicidio, intensificación de las acciones comunitarias de prevención al suicidio y valoración de la vida y actividades de intervención, acompañamiento sistemático de todos los casos de suicidio (postvención) y tentativas de suicidio, para tratar de minimizar los posibles casos a partir de la identificación de riesgos y la oferta de soporte psicológico. A continuación, se expone el gráfico demostrativo de la Figura 8.



Ministério da Saúde (2017, p. 9) [consultado el 23 de julio de 2019].

Es importante mencionar también la participación directa de la comunidad, especialmente los rezadores, pastores, profesores y líderes. La suma de fuerzas de la comunidad con las instituciones y los órganos que componen la red externa de apoyo de protección son de fundamental importancia para la efectividad de las acciones para afrontar el suicidio. Otras acciones de suma importancia son las de educación continua y los eventos que permiten a los profesionales una mayor cualificación y capacitación para el desarrollo de sus actividades.

En relación con los casos de indígenas que presentan algún tipo de trastorno mental o comportamental, así como algún cuadro neurológico, y que hacen uso de medicación psicotrópica, en el DSEI/MS fueron registrados y acompañados aproximadamente 795 indígenas de todas las etnias. En cuanto a la localidad de éstos, 20% reside en las aldeas del Polo Base de Dourados, 16% en las aldeas del Polo Base de Aquidauana, 15% en las aldeas del Polo Base de Amambai y 12% en las aldeas del Polo Base de Miranda. Con referencia a los diagnósticos más destacados están la epilepsia, los episodios depresivos, los trastornos depresivos y la esquizofrenia. Resaltamos que dentro de los casos mencionados cerca de 58% no presentan un diagnóstico cerrado, principalmente por las dificultades de acceso a la Red de Atención Psicosocial (RAPS), que es insuficiente y frágil por la falta de profesionales especialistas en los municipios del interior del estado y también por la dificultad de diagnosticar patologías mentales y neurológicas en la población indígena.

DISCUSIÓN

Junto a los datos relacionados con la violencia, de un modo general, notamos en los informes del DSEI, una preocupación creciente ante la problemática de suicidios de los grupos guaraní y kaiowá. Identificamos, también, una baja disminución a partir de 2012, al mismo tiempo que la franja de edad se modifica con una reducción de entre los 10 y los 14 años y de los 15 a los 19 años, y un aumento entre los 20 y los 29 años.

En lo que se refiere a las comunidades, Tacuru presenta una incidencia que supera a la de la comunidad de Dourados. A pesar de tener menor número de habitantes, las comunidades más próximas a la frontera sufren los problemas del tráfico de drogas que interfiere en el equilibrio y ajuste emocional del grupo, lo que probablemente contribuya al aumento de suicidios.

Merece la pena resaltar los esfuerzos en el área de salud mental que el DSEI/MS ha desarrollado, especialmente por psicólogos y asistentes sociales que atienden una demanda significativa de indígenas que presentan vulnerabilidad y riesgo social; problemas con el uso abusivo del alcohol y otras drogas; tentativas e ideas suicidas; familiares enlutados por el suicidio; niños, jóvenes y mujeres víctimas de violencia física y sexual; pacientes con trastornos mentales/comportamentales y neurológicos, entre otros. Mucho se ha avanzado en la atención de los profesionales de salud a los indígenas.

Percibimos la preparación y experiencia de los profesionales mencionados, que en su gran mayoría poseen más de seis años de actuación en la salud indígena, establecen vínculos con la comunidad, comienzan a conocer mejor tanto los aspectos psicológicos y socioculturales de la población como los impactos de los referidos determinantes en el caso de los guaraníes y los kaiowá en la salud de los pueblos indígenas.

Esos profesionales tratan de comprender el modo de ser y vivir indígena, sus modelos explicativos, modos de pensar, organización psíquica, recursos internos en la comunidad y su organización social. Sus actuaciones van desde las acciones de promoción de la salud y la prevención de agravios, hasta las intervenciones psicosociales/psicoterapéuticas, entendiendo los factores culturales para los casos de problemas ya existentes.

En los modelos explicativos indígenas sobre el suicidio, se observa un conjunto de factores asociados a la cultura, que está inmersa en las condiciones sociales, sobre todo vinculados a su calidad de vida, derivados de la posesión de la tierra y su capacidad sustentadora de la sociedad. Destacan dos aspectos: la cuestión de la gestión de las emociones y las perspectivas limitadas de modelos de vida que les permitan una realización plena, relacionadas con el bienestar (Coloma, 2010).

Reafirmamos que los profesionales deben considerar en sus acciones la importancia de la tierra, concebida como *tekohá*, un espacio sociopolítico. “El *tekohá*, sistema fundador de la vida Guaraní, representa flexibilidad para absorber nuevos valores siempre que éstos no agredan sus elementos básicos” (Pereira, 1995, p. 83).

Recordamos también que la familia extensa es la base de su organización social, económica y política, muy diferente de otros grupos étnicos. Los referidos grupos macrofamiliares adoptan formas de organización de la ocupación espacial dentro del *tekohá*, determinadas por relaciones de afinidad y consanguinidad, compuestas por la pareja, los hijos, yernos, nietos, hermanos, y constituyen una unidad de producción y consumo.

Para finalizar la discusión nos gustaría introducir reflexiones relacionadas con la psicología ambiental que atiende cuestiones de sufrimiento por la pérdida del *tekohá*. Según los relatos, en el pasado la cohabitación humana se restringía a su grupo cultural, étnico y familiar, con sus costumbres y movilidad social limitada. Con la transformación de las comunidades, el desarrollo tecnológico, con cambios en los medios de transporte, el crecimiento de las ciudades y la intensificación de la comunicación por el advenimiento del capitalismo, se creó un problema de identidad.

Este fenómeno ocurre en otros grupos y comunidades y también en nuestros grupos indígenas, pues la diversidad y las nuevas posibilidades de interacciones sociales generaron conflictos por la necesidad de una definición de sí mismo, principalmente para grupos que intentaban, por cuestiones políticas o culturales, como los guaraníes, preservar el espacio, su *tekohá*, al mantener su sitio tradicional.

De esta manera concluimos que la identificación, incluyendo los procesos simbólicos y cognitivos, está ligada a la conducta espacial y afectiva en la búsqueda de bienestar y vínculos interactivos, favorece la apropiación por identificación del espacio como lugar cargado de significado para el guaraní kaiowá y su grupo social.

REFERENCIAS

- Bauman, Z. (2005). *Identidade*. Zahar.
- Brand, A. y Vietta, K. (2001). Análise gráfica das ocorrências de suicídios entre os Kaiowá/Guarani, no Mato Grosso do Sul, entre 1981 e 2000. *Tellus*, 1(1), 119-132. Recuperado de <http://www.tellus.ucdb.br/index.php/tellus/article/view/18>.
- Cavalcante, S. y Elias, T. F. (2011). Apropriação. En S. Cavalcanti y G. Elalia (Eds.), *Temas básicos em psicologia ambiental* (pp. 63-69). Editora Vozes.
- Coloma, C. (2010). A interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas. En *Conselho Regional de Psicologia da 6.ª Região. Psicologia e Povos indígenas* (pp. 125-137). Conselho de Psicologia de São Paulo. Recuperado de <http://crpsp.org/fotos/pdf-2015-10-02-17-25-51.pdf>.
- Meliá, B. (1990). A terra sem mal dos guaranis. *Revista de Antropologia*, 33, 33-46. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111213/109495>.
- Ministério de Saude (2017). Relatório saúde mental indígena. Área Técnica de Saúde Mental-DIAS, DISEO-MS. Mato Grosso do Sul: Secretária Especial de Saúde Indígena –SESAI /Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul– DSI-MS, pp. 3-7.
- Pereira, M. A. C. (1995). *Uma rebelião cultural silenciosa*. FUNAI.
- Revista Galileu* (22 de septiembre de 2017). *Número de suicídios aumentou 12% no Brasil, mostra Ministério da Saúde*. Recuperado de <https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2017/09/numero-de-suicidios-aumentou-12-no-brasil-mostra-ministerio-da-saude.html>.
- The Guardian* (2013). Indigenous peoples. *Brazil tribe plagued by one of the highest suicide rates in the world*. Recuperado de <https://www.theguardian.com/world/2013/oct/10/suicide-rates-high-brazil-tribe>.
- Vick, F. (2017). *Suicídios nas Comunidades Indígenas de Dourados*. Relatório Interno-DSEI. Campo Grande, DS.
- Viveiros de Castro, E. (1986). *Araweté os deuses canibais*. Zahar.
- Wicker, H. R. (1997). Taraju. Enfermedad que los lleva al suicidio. Acotaciones provisionarias para la comprensión de los suicidios entre los Pi-Tavyterã (guaraní) del noroeste de Paraguay. *Suplemento Antropológico*, 32(1-2), 273-315. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300006.

EL CONSUMO AMBIENTAL SUSTENTABLE EN RESIDENTES DE LA CIUDAD DE MÉXICO

Cristina Barrientos Durán^{1*}

*Javier Pérez Durán**

La salud y la prosperidad humanas están directamente relacionadas con el estado del medio ambiente (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente [PNUMA], 2019). A la par de los patrones de consumo y para satisfacer las necesidades humanas durante los últimos dos siglos, la industria ha crecido a un ritmo vertiginoso (Prastiwi y Rabia, 2019). Dicho crecimiento ha fomentado el consumo excesivo y la desmedida explotación de recursos naturales, lo que a su vez conduce a un grave deterioro ambiental (Biswas y Roy, 2015; O'Rourke y Lollo 2015; PNUMA, 2019). Se encuentran en inminente riesgo todos los seres vivos que habitan la tierra. Son varios los peligros que enfrenta el planeta: el calentamiento global, la degradación del medio ambiente (suelo, aire y agua) y el agotamiento de la capa de ozono (Biswas y Roy, 2015; Liu et al., 2016), entre otros.

Las amenazas ecológicas son siempre amenazas del sistema social (Beck, 2006). Las preocupaciones ecológicas no son ajenas a la vida cotidiana ni a las necesidades básicas de la especie humana (Martínez-Alier y Roca, 2016). O'Rourke y Lollo (2015) resaltan el hecho de que los seres humanos no sólo persiguen la sobrevivencia (comida, ropa, vivienda y transporte), sus hábitos también están motivados por deseos de novedad, estatus, comparación social y respeto; resaltan que para las personas los productos representan formas de conexión cultural y comunicación con los pares y representan significados que brindan identidad y son símbolos de afiliación e ideales. Señalan que, si bien el consumo a menudo se considera una

¹ Contacto: cbarrientos@ulsaneza.edu.mx.

* Universidad La Salle Nezahualcóyotl.

elección individual, está profundamente arraigado en comportamientos, culturas e instituciones y es impulsado y apoyado por prácticas corporativas y gubernamentales. Específicamente, el estilo de vida de las personas determina sus hábitos y comportamiento en relación con el consumo de recursos y la posterior generación de residuos (Biswas y Roy, 2015; Figueroa-García et al., 2018). Los seres humanos precisan vivir un cambio total de paradigma y pasar del despliegue de hábitos de consumo convencional a comportamientos de consumo sustentables (Quoquab et al., 2019).

Es necesario adoptar medidas urgentes a una escala sin precedentes para detener y revertir el daño ambiental y proteger así la salud humana (PNUMA, 2019). Los problemas ambientales pueden solucionarse sólo si el impacto de la actividad humana es menor o igual al potencial del medio ambiente para regenerarse (Schmuck y Schultz, 2002).

El Desarrollo Sustentable fue planteado en 1987 por la World Commission on Environment and Development ([WCDE], 1987) y se define como aquel que responde a las necesidades del presente de forma igualitaria, pero sin comprometer las posibilidades de sobrevivencia y prosperidad de las generaciones futuras. Dicha propuesta es tanto un concepto como un objetivo y es el producto de la necesidad de reestablecer el lugar de la naturaleza en la teoría económica y en las prácticas de desarrollo (Leff, 2011). Para Hanning et al. (2012) y Herrera y Bravo de Nava (2013) es un paradigma que abarca las siguientes esferas: 1) medioambiental (medio ambiente, herramientas de evaluación, recursos, tecnologías verdes), 2) social (valores e impactos sociales) y 3) económica (aspectos económicos, la gestión y la política). En la literatura en español se utilizan los términos desarrollo sostenible y desarrollo sustentable (sostenibilidad y sustentabilidad), los cuales para propósitos del presente documento no presentan mayor diferenciación respecto a su aplicación, sino únicamente al lugar donde se utilice la expresión o el léxico. El consumo sustentable es considerado uno de los principales catalizadores del desarrollo sustentable (Peattie, 2010; Peattie y Collins, 2009; PNUMA, 2019; Quoquab et al., 2019). Implica adoptar hábitos de consumo más racionales que tiendan a proteger el medio ambiente (Hobson, 2004; Lee,

2014; Wolff y Schönherr, 2011), y es una forma de priorizar intereses compartidos para mantener la sostenibilidad ambiental (Prastiwi y Rabia, 2019). En este punto, la psicología puede promover estrategias de intervención efectivas (Palacios y Bustos, 2012), ya que los patrones de cambio ambiental se encuentran vinculados al comportamiento.

Definición y características

El consumo sustentable busca concientizar sobre la importancia y consecuencias que tienen para el medio ambiente y la salud cada una de las elecciones humanas en el consumo (Salgado, 2009). Por tanto, para lograr la meta de la sustentabilidad los seres humanos no sólo deben proteger el ambiente y restringir el consumo excesivo de recursos naturales, sino además tienen que promover su renovación y recuperación para asegurar su uso sustentable a lo largo del tiempo (Stolz et al., 2013). Implica la instauración de estilos de vida sustentables, los cuales están conformados por un conjunto de acciones deliberadas y persistentes enfocadas a la conservación de los recursos naturales y sociales del planeta (Corral et al., 2010). Específicamente, el consumo sustentable es definido por Maserá (2001) como la comercialización de productos y servicios que atienden a las necesidades básicas del hombre, proporcionando una mejor calidad de vida en cuanto minimizan el uso de recursos naturales y materiales tóxicos, así como también la generación de residuos y no ponen en riesgo las necesidades de las futuras generaciones.

En los diversos textos relacionados, la comunidad científica le ha dado denominaciones distintas (por ejemplo, consumo y consumidor responsable, crítico, ético, verde, consciente, entre otras); sin embargo, todas ellas denotan un concepto de consumo que va más allá del acto dirigido a la mera satisfacción de necesidades individuales (Gesualdo y Bianchi, 2017). Lee (2014) definió el consumo sustentable como la preocupación del individuo hacia el aspecto ambiental en el que los individuos hacen elecciones conscientes de consumo personal. Posteriormente, el mismo autor (2017) especificó que se conformaba por las perspectivas de consumo responsable, anticonsumo y consumo consciente.

Quoquab et al. (2019) proporcionaron una definición holística en la que conceptualizan el consumo sustentable como una construcción multidimensional, que se refiere al acto continuo de controlar el deseo, evitando compras extravagantes y racionalizando el uso de bienes y servicios que satisfacen las necesidades básicas; es un tipo de consumo que va más allá de la preocupación ambiental al asegurar y administrar los recursos existentes para, no sólo ser capaz de satisfacer la demanda actual, sino también evitar poner en peligro la satisfacción de las necesidades de las generaciones futuras. Además, plantean que se estructura por tres elementos: calidad de vida, protección y preservación del medio ambiente, todos ellos han de tener en cuenta el mantenimiento de los recursos naturales para las generaciones futuras. Según los mismos autores, implica practicar hábitos de consumo en los que se tengan en cuenta las consecuencias para el medio ambiente o posconsumo, así como la calidad de vida como un bien para el futuro; señalan que, conlleva reducir las compras y hacer un uso cuidadoso de los bienes y servicios que satisfacen las necesidades básicas.

Según Dong et al. (2020), el consumo sustentable es un término general que destaca actividades como mejorar la calidad de vida, minimizar el desperdicio y mejorar la eficiencia de los recursos; destacan que involucra el análisis del ciclo de vida de los productos, tomando en cuenta el antes, durante y después del uso de los bienes que se adquieren. Para Geng et al. (2017) es un comportamiento unidimensional que involucra las conductas: compra ecológica, reutilización y reciclaje. Para Leary et al. (2014) el consumo sustentable se conforma por las siguientes acciones: 1) desplegar conductas de protección posconsumo (separación de residuos, reciclaje), 2) analizar la eficiencia energética, y 3) tomar decisiones ecoconscientes. Romero et al. (2018) afirman que implica la influencia ambiental de las acciones y decisiones de los consumidores tales como comparar el uso de energía de electrodomésticos o productos electrónicos, utilizar bolsas reutilizables y estar dispuesto a pagar más por productos ecológicos.

Varios autores (por ejemplo, Black y Cherrier, 2010; Tonglet et al., 2004) resaltan que diversos conceptos de consumo sustentable se centran en el

impacto ambiental de la reducción del consumo; mientras que otros se enfocan en el impacto social que éste ejerce por medio del consumo ético o consumo prosocial; es decir, es un acto de simplicidad voluntaria o anti-consumo (Clayton y Myers, 2009; Haytko y Matulich, 2008).

Se destaca entonces que las definiciones revisadas toman en cuenta acciones encaminadas a la reducción de recursos naturales y a la adquisición de bienes y servicios con características ecológicas. Es decir, el consumo sustentable implica satisfacer las necesidades del ser humano, pero de una manera más crítica y consciente, siempre tomando en cuenta las consecuencias a futuro. Sin embargo, Dong et al. (2020) destacan que no es igual al anti-consumismo, ya que éste involucra aversión, evitación y abandono. El presente trabajo propone que el consumo sustentable es constituido por las categorías compra de productos ecológicos, reutilización y separación de residuos y que todas estas acciones son parte del ciclo del consumo. Dado que el presente trabajo tuvo el objetivo de construir una escala, a continuación se expone una revisión de estudios enfocados a la evaluación del constructo y un análisis de los factores que lo conformaron.

Estudios antecedentes sobre la evaluación del consumo sustentable

Según Sharma y Jha (2017) el comportamiento de consumo sustentable implica un esfuerzo que tiene un impacto positivo en la vida de otras personas, clasificaron 19 conductas en tres factores: Factor 1. Conducta de consumo sustentable baja (por ejemplo, desconectar los aparatos eléctricos cuando no se usan, apagar las luces, cerrar la llave de agua, utilizar focos ahorradores). Factor 2. Conducta de consumo sustentable alta (por ejemplo, consumo orgánico, ir al trabajo y de compras en autobús, usar la bicicleta para ir de compras y al trabajo). Factor 3. Conducta de consumo sustentable media (por ejemplo, reciclar, hacer composta, separar la basura, regar las plantas durante la tarde, recolectar agua de lluvia).

Dong et al. (2020) utilizaron la escala adaptada de Geng et al. (2017): cuatro ítems para medir las compras ecológicas, cuatro para medir la reutilización y cuatro más para evaluar la conducta de reciclaje. Las opciones de

respuesta fueron de 1, que corresponde a “totalmente en desacuerdo”, a 5, equivalente a “muy de acuerdo”. Otra escala fue la de Figueroa-García et al. (2018), quienes desarrollaron un estudio para evaluar el consumo sustentable y utilizaron los siguientes cinco reactivos: “realización de actividades para cuidar y preservar el medio ambiente”, “llevar a cabo actividades concretas para promover los derechos humanos y justicia social”, “consumo de productos locales para apoyar la economía de mi comunidad”, “hacer cambios en mi estilo de vida en pro de un consumo más responsable” y “evaluación de la propia conducta de consumo sustentable”.

Biswas y Roy (2015) definen el consumo sostenible como el patrón de consumo reducido de recursos naturales en el que se cambia el estilo de vida y se promueve el consumo de productos ecológicos para satisfacer las necesidades actuales tomando en cuenta las aspiraciones de las generaciones futuras. Y señalan que desde la academia ha sido estudiado en su conformación por tres categorías conductuales: consumo verde, gestión de residuos y reciclaje y ahorro de energía en el hogar.

Prastiwi y Rabia (2019) definieron el consumo sustentable como el patrón de reducción del consumo de recursos naturales, el cambio en los estilos de vida y el consumo de productos ecológicos, y plantearon que es una condición general que puede abarcar a todos los problemas importantes, como la necesidad personal, la calidad de vida, el mantenimiento de la eficiencia de los recursos, el aumento del uso de recursos de energía renovable, la minimización de los residuos, la perspectiva del ciclo de vida y la comprensión de las dimensiones de equidad. Después de desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales, plantearon tres tipos de categorías que lo integraron: sensibilidad ambiental, valores ambientales e intención conductual.

Bulut et al. (2017) desarrollaron una escala tipo Likert de 17 reactivos que parte de 1, que corresponde a “nunca”, a 5, equivalente a “siempre”, y obtuvieron cuatro factores: Factor 1. Conducta de sustentabilidad ambiental (por ejemplo, adquiero productos que tengan un bajo impacto ambiental, compro ropa fabricada con productos naturales). Factor 2. Consumo innecesario (por ejemplo, cambio constantemente de aparatos tecnológicos, me

compro ropa, aunque no la necesite). Factor 3. Ahorro (por ejemplo, utilización de focos ahorradores, tomar en cuenta el gasto eléctrico cuando se adquiere un producto). Factor 4. Reutilización (por ejemplo, reutilización de hojas blancas y cartón, pedir prestados ciertos productos para no tener que comprarlos).

A partir de la revisión teórica antecedente y la evidencia empírica planteada se puede concluir que el consumo sustentable es un constructo complejo, que involucra tanto acciones de minimización de recursos, como reciclaje y adquisición de bienes con características ecológicas. En cuanto a su estructura, las prácticas cotidianas que conforman a los estilos de vida se consideran las unidades clave para estudiarlo (Liu et al., 2016). Y en todos los conceptos existen de manera implícita o explícita elementos comunes que pueden dar lugar a un término integrado que considera a un consumidor preocupado por el medio ambiente, por las implicaciones de sus decisiones de compra en la sociedad en la que vive y la posibilidad de ejercer alguna influencia o mejoramiento de su entorno en general (Bustos et al., 2012; Figueroa-García et al., 2018).

Si bien a nivel internacional se encuentran diversas investigaciones que abordan algunas de estas acciones como integrantes del ciclo del consumo (por ejemplo, Barr et al., 2001; Gilg et al., 2005; Thøgersen y Ölander, 2002), en la presente investigación se analizaron las siguientes conductas:

Reutilización: es una forma de minimización de la conducta y una de las acciones proambientales con mayor impacto (Tasaki y Yamakawa, 2009).

Compra de productos ecológicos: implica la adquisición de productos con propiedades ecológicas. Diversos autores (por ejemplo, Flores, 2008; Salgado-Beltrán y Beltrán-Morales, 2011) coinciden en que en el país su ejecución aún la lleva a cabo un grupo reducido de personas de alto nivel educativo y socioeconómico.

Separación de residuos sólidos: en la Ciudad de México se lleva a cabo la separación de desechos en dos categorías (orgánicos e inorgánicos).

En México aún son pocos los estudios que integran más de una conducta en el constructo consumo sustentable (por ejemplo, Carrete et al., 2012;

Rodríguez et al., 2010). El objetivo general del presente estudio fue contar con una escala válida y confiable para evaluar el consumo ambiental sustentable de una muestra de residentes de la Ciudad de México. Para ello, el trabajo se llevó a cabo mediante dos estudios: en el primero se realizó un análisis factorial exploratorio de las escalas que conformarían el constructo consumo sustentable; posteriormente, en el estudio dos, se aplicó un análisis factorial confirmatorio, a partir del cual se disminuyen los reactivos para así contar con una escala mucho más corta y parsimoniosa.

MÉTODO

ESTUDIO 1. ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO

Participantes

Se aplicaron los cuestionarios a 341 habitantes de la delegación Benito Juárez en las colonias Villa de Cortés, Iztaccíhuatl y Nativitas. El tipo de muestreo que se realizó fue no probabilístico e incidental, ya que no se buscaba la representatividad de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente (Hernández et al., 2014). Se aplicó el instrumento a hombres y mujeres mayores de 18 y hasta 65 años, que supieran leer y escribir y que habitaran en las casas elegidas para efectuar el estudio; se excluyó a las personas que estuvieran de visita o que no desearan participar. No se tomaron en cuenta los condominios debido a la dificultad de acceso a los mismos. Participaron 169 mujeres (49.9%) y 172 hombres (50.4%), quienes tenían entre 18 y 65 años ($M=42.51$, $DE=14.302$).

Instrumentos

Conducta Ambiental Sustentable: se construyeron *exprofeso* para esta investigación las escalas para evaluar la separación de residuos sólidos y la reuti-

lización, las cuales tuvieron una estructura tipo Likert con opciones de respuesta de *nunca* a *siempre*. Para la evaluación de la compra de productos ecológicos se utilizó un instrumento derivado de los trabajos de Barrientos (2011) y Barrientos y Bustos (2011).

Procedimiento

Se capacitó a un grupo de entrevistadores, quienes ya contaban con experiencia previa en estudios de mercado acerca de la estructura y forma de aplicación de los instrumentos. Los entrevistadores previamente capacitados acudieron con identificación escolar a las viviendas para solicitar la participación de una persona que tuviera entre 18 y 65 años. Se les explicó a los participantes el objetivo de la encuesta, aclarándoles que sus respuestas eran totalmente confidenciales y serían utilizadas únicamente para fines de investigación. Una vez que las personas aceptaron participar se aplicaron los instrumentos de manera individual. Al terminar el cuestionario, se agradeció a los participantes por su disponibilidad y tiempo. Se capturaron y analizaron los datos en el programa estadístico SPSS (versión 23). Para el análisis de las escalas se siguió el procedimiento de Reyes-Lagunes y García (2008), que consiste en:

- Análisis de frecuencia de cada reactivo para conocer si las opciones de respuesta fueron atractivas para todos los participantes y saber el tipo de distribución predominante: normal o sesgada.
- Discriminación y direccionalidad de los reactivos.
- Confiabilidad inicial.
- Análisis de correlación para decidir el tipo de análisis factorial.
- Análisis factorial.
- Confiabilidad total y por factores.

RESULTADOS

Reutilización

Se realizó un análisis factorial exploratorio de extracción de componentes principales con rotación oblicua (*Oblimin direct*) para los ocho reactivos y se obtuvo un único factor que obtuvo un porcentaje de varianza explicada de 64.72% y un alfa de Cronbach de .931 (véase Tabla 1).

TABLA 1
Análisis factorial de la escala de Reutilización

<i>Núm.</i>	<i>Reactivo</i>	<i>Factor 1</i>
8	Cajas	.893
1	Hojas de papel	.836
7	Cuadernos	.834
5	Botellas	.831
3	Envases	.803
2	Frascos	.801
6	Ropa	.755
4	Bolsas de plástico	.725
	% de varianza explicada	64.72%
	Alfa de Cronbach total de la escala 9 elementos	.931

Nota: Tabla de creación original.

Separación de residuos sólidos

Se realizó un análisis principales con rotación ortogonal (Varimax Kaiser). La escala se integró por cuatro factores a los cuales se les llamó: orgánicos, inorgánicos, inorgánicos de uso personal y especial, que en conjunto explicaron 69.41% de la varianza con 23 elementos y un alfa de Cronbach de .930 (véase Tabla 2).

TABLA 2
Análisis factorial de la escala de Separación de residuos sólidos

<i>Núm. Reactivo</i>		<i>Factor 1</i>	<i>Factor 2</i>	<i>Factor 3</i>	<i>Factor 4</i>
Inorgánicos					
15	Envases de tetrapack	.848			
17	Recipientes de unicel	.836			
18	Latas	.836			
19	Botellas de vidrio blancas y de colores	.835			
20	Frascos	.828			
16	Envolturas	.807			
21	Utensilios de cocina	.717			
22	Revistas, libros, cuadernos, correspondencia	.611			
Orgánicos					
2	Cáscaras de fruta		.919		
5	Cáscaras de verduras		.840		
8	Cascarones de huevo		.767		
1	Residuos de comida		.749		
3	Pan		.748		
4	Residuos de café		.730		
6	Huesos		.607		
Inorgánicos de tipo personal					
24	Ropa y textiles			.817	
27	Desechos electrónicos			.807	
25	Zapatos y tenis			.804	
26	Cosméticos			.722	
Especiales					
29	Papel de baño				.801
31	Tollas sanitarias				.782
30	Vidrio				.771
32	Pilas				.567
	% de varianza explicada	25.33%	19.51%	14.06%	10.50%
	Alfa de Cronbach	.941	.889	.911	.744
	Varianza total de la escala 15 elementos y alfa de Cronbach	69.41%	.930		

Nota: Tabla de creación original.

Compra de productos ecológicos

Se realizó un análisis factorial exploratorio de extracción de componentes principales con rotación oblicua (*Oblimin direct*). La escala se conformó por tres factores: productos durables y a favor del ambiente y agrupación de reactivos relacionados con la acción de elegir productos durables, a granel o más amigables con el ambiente ($\alpha=.931$); al segundo factor se le denominó análisis crítico e implicaba la lectura de etiquetas, preferir productos naturales sobre los procesados o analizar si algo se necesitaba realmente antes de comprarlo ($\alpha=.909$); por último, el tercer factor, productos naturales, agrupó preguntas relacionadas con la adquisición de productos naturales, orgánicos y sin conservadores ($\alpha=.917$). La escala total obtuvo un porcentaje de varianza explicada de 66.16%, con 23 elementos y un alfa de Cronbach de .931 (véase Tabla 3).

TABLA 3
Análisis factorial de la escala de Compra de productos ecológicos

Núm.	Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Productos durables y a favor del ambiente				
5	Adquirir productos que sean más amigables con el ambiente	.836		
9	Pensar en que los productos sean durables antes de comprarlos	.814		
6	Realizar algún cambio a favor del ambiente	.744		
8	Pensar en cuidar el ambiente al hacer compras	.713		
4	Preferir comprar productos con envases reciclables antes que productos con envases desechables	.690		
7	Elegir productos al mayoreo (a granel) en lugar de comprarlos por pieza, para evitar empaques o envolturas	.670		
3	Comprar intencionalmente productos naturales	.649		
10	Evitar comprar envases de unicel	.432		
Análisis crítico				
20	Preferir alimentos naturales a los procesados		.831	
18	Antes de comprar un producto leer las etiquetas		.805	

21	Elegir aparatos eléctricos con sistemas ahorradores de energía			.798
22	Analizar si realmente se necesita un artículo antes de comprarlo			.782
19	Evitar comprar productos de tipo usar y tirar			.713
23	Evitar consumir altas cantidades de carne roja			.668
24	Preferir los productos sin gran cantidad de envolturas			.615
17	Elegir productos que puedan repararse			.612
Productos naturales				
13	Adquirir productos naturales, aunque su precio sea más elevado			.805
15	En los supermercados, comprar en el área de productos orgánicos			.804
12	Elegir productos sin conservadores			.768
1	Evitar comprar productos con envoltura no biodegradable			.678
16	Adquirir detergentes biodegradables			.558
11	Adquirir envases y papel reciclados			.510
14	Evitar adquirir productos en aerosol			.487
% de varianza explicada		53.3%	7.6%	5.2%
Alfa de Cronbach		.931	.909	.917
Porcentaje de varianza total de la escala 23 elementos y alfa de Cronbach		66.16%	.931	

Nota: Tabla de creación original.

ETAPA 2. ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO

Para confirmar la estructura factorial del análisis factorial exploratorio del estudio 1 se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio. Se realizó un análisis factorial confirmatorio de máxima verosimilitud robusta. Para evaluar el modelo se utilizaron los siguientes índices de bondad de ajuste (Hair et al., 1999; West et al., 2012):

1. *Chi* cuadrada normada, dividida por los grados de libertad (debería ser menor a 3.00 con una probabilidad no significativa; entre menor cociente mejor ajuste).
2. Índice de ajuste comparativo de Bentler CFI (para que exista un buen ajuste, los valores de CFI deben ser ≥ 0.95).
3. Raíz cuadrada media del error de aproximación RMSEA y SRMR (dichos valores deben ser ≤ 0.08 , para indicar un buen ajuste).

La identificación del modelo se hizo fijando la carga factorial del primer reactivo de cada factor a uno para definir la métrica de la variable latente (Kenny y Milan, 2012).

Participantes

Mediante un muestreo no intencional se aplicaron los instrumentos a 300 participantes de la alcaldía Benito Juárez en la Ciudad de México; específicamente, en las colonias Josefa Ortiz de Domínguez, Postal, Miguel Alemán, Niños Héroes, Independencia, Del Lago, Periodista, Narvarte Poniente y Américas Unidas. Participaron 153 mujeres (51%) y 147 hombres (49%), entre los 18 y 65 años de edad ($M=43.83$, $DE=14.47$).

Instrumentos

Se utilizó la versión de cada una de las escalas (reutilización, separación de residuos y compra de productos ecológicos), resultante del análisis factorial exploratorio.

Procedimiento

Entrevistadores previamente capacitados acudieron con identificación a las viviendas para solicitar la participación de una persona que habitara en casa. Se les explicó a los posibles participantes el objetivo del estudio, aclarándoles

que sus respuestas serían totalmente confidenciales y utilizadas para fines de investigación. A manera de *rapport*, a las personas que aceptaban participar se les entregaba una maceta pequeña con una planta del tipo “crasas” o “suculentas”. Una vez que las personas aceptaban participar, el instrumento se les aplicó de manera individual y en cuanto terminaron de responder el instrumento, se agradeció a los participantes su disponibilidad y tiempo.

RESULTADOS

Reutilización

En la Tabla 4 se muestran los índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la escala de reutilización, los cuales resultaron adecuados.

TABLA 4
Índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la escala de reutilización

X^2	p	X^2/gl	CFI	RMSEA	IC 90%	PCLOSE	SRMR
$X^2(5)=9.99$	0.076	1.99	0.98	0.05	[0.01, 0.09]	0.33	0.02

Nota: Tabla de creación original.

Se agruparon cinco reactivos en un solo factor y su confiabilidad total fue de .87 (véase Tabla 5).

TABLA 5
Cargas factoriales de la escala de reutilización

Núm.	Reactivo	Carga factorial (λ)	Error estándar
1	Hojas de papel	0.62	0.05
2	Botellas	0.69	0.04
3	Ropa	0.83	0.03
4	Cuadernos	0.84	0.03
5	Cajas	0.61	0.06

Nota: Tabla de creación original.

Separación de residuos sólidos

Al someter a un análisis factorial confirmatorio la escala de separación de residuos sólidos se encontraron adecuados índices de ajuste (véase Tabla 6).

TABLA 6
Índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la escala de separación de residuos sólidos

X ₂	p	X ₂ /gl	CFI	RMSEA	IC 90%	PCLOSE	SRMR
X ₂ (20)=30.52	0.001	1.52	0.97	0.04	[0.01, 0.06]	0.732	0.03

Nota: Tabla de creación original.

Se agruparon ocho reactivos en un solo factor con un alfa de .89 (véase Tabla 7).

TABLA 7
Cargas factoriales de la escala de separación de residuos sólidos

Núm.	Reactivo	Carga factorial (λ)	Error estándar
1	Residuos de comida	0.60	0.06
2	Latas	0.77	0.03
3	Botellas de vidrio blancas y de colores	0.74	0.04
4	Residuos de café	0.69	0.04
5	Revistas, libros, cuadernos, correspondencia	0.77	0.03
6	Cosméticos	0.71	0.04
7	Vidrio	0.78	0.03
8	Pilas	0.67	0.05

Nota: Tabla de creación original.

Compra de productos ecológicos

Como se puede observar en la Tabla 8, los índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la escala de compra de productos ecológicos resultaron adecuados.

TABLA 8
 Índices de ajuste para el análisis factorial confirmatorio de la escala de compra de productos ecológicos

X ₂	p	X ₂ /gl	CFI	RMSEA	IC 90%	PCLOSE	SRMR
X ₂ (26)=33.68	0.143	1.29	0.98	0.031	[0, 0.05]	0.901	0.032

Nota: Tabla de creación original.

Se conformó por dos factores: el primero, evaluación del impacto ambiental ($\alpha=.86$), compuesto por seis reactivos relativos a acciones que involucraban una valoración de las repercusiones ambientales; el segundo análisis crítico ($\alpha=.88$) agrupó tres reactivos cuya finalidad fue realizar un análisis crítico antes de adquirir algún producto (véase Tabla 9).

TABLA 9
 Cargas factoriales de la escala de compra de productos ecológicos

Núm. Reactivo		Carga factorial (λ)	Error estándar
Evaluación del impacto ambiental			
1	Evitar comprar productos con envoltura no biodegradable	0.503	0.067
2	Preferir comprar productos con envases reciclables antes que productos con envases desechables	0.799	0.034
3	Realizar algún cambio a favor del ambiente	0.749	0.037
4	Elegir productos al mayoreo (a granel) en lugar de comprarlos por pieza, para evitar empaques o envolturas	0.792	0.046
5	Pensar en cuidar el ambiente al hacer compras	0.833	0.030
6	Adquirir envases y papel reciclados	0.632	0.051
Análisis crítico			
7	Preferir los alimentos naturales a los procesados	0.801	0.049
8	Adquirir aparatos eléctricos con sistemas ahorradores de energía	0.891	0.028
9	Analizar si realmente se necesita un artículo antes de comprarlo	0.848	0.032

Nota: Tabla de creación original.

Análisis de correlación entre las escalas

Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los factores de las escalas y se determinaron relaciones que iban de bajas a moderadas (Downie y Heath, 1982), siendo las más altas entre los factores que conformaban las escalas de compra de productos ecológicos (véase Tabla 10). Resalta también la relación entre la conducta de separación de residuos sólidos y la evaluación del impacto de la escala de compra de productos ecológicos.

TABLA 10
Correlación entre los factores de las escalas

	1	2	3	4
Reutilización	1	.219**	.244**	.280**
Separación de residuos sólidos		1	.378**	.246**
Compra de PE. Evaluación del impacto			1	.540**
Compra de PE. Análisis crítico				1

**Correlaciones significativas a nivel de .01. Nota: Tabla de creación original.

DISCUSIÓN

El consumo desmedido del ser humano ha tenido un efecto altamente negativo en la capacidad de recarga de la Tierra. Los hábitos de consumo en los hogares contribuyen de manera importante a los gases de efecto invernadero y con ello al calentamiento global (Biswas y Roy, 2015; PNUMA, 2019). Diversos estudios en México y el mundo han demostrado que las personas están ecológicamente sensibilizadas (Palacios y Bustos, 2012) y a la vez realizando acciones a favor del ambiente (Bustos et al., 2012; Corral et al., 2010; Salgado-Beltrán, 2009; Salgado-Beltrán y Beltrán-Morales, 2011). Sin embargo, dichas acciones aún se encuentran desarticuladas. El concepto de consumo sustentable representa un paradigma de actuación que engloba tanto las conductas de minimización como de un consumo más razonado y,

por tanto, resulta una posible herramienta efectiva de acción. Como lo señalan Figueroa-García et al. (2018), consumir de manera sustentable no significa dejar de consumir, sino consumir mejor, y agregan que el factor crítico no es el consumo por sí mismo, sino la cantidad de energía y recursos en general que se utilizan en las actividades humanas. La sustentabilidad es un paradigma para pensar en un futuro en el que las consideraciones ambientales, sociales y económicas se equilibren en la búsqueda de desarrollo y de una mejor calidad de vida para las personas; ello representa una forma de organización de la sociedad que armoniza la producción de bienes con los recursos naturales existentes, y procura que en las actividades humanas se conserve el medio ambiente (Herrera y Bravo de Nava, 2013). No obstante, se considera necesario “hacer accesible” esa noción a la vida diaria de las personas; partiendo del diagnóstico de lo que ellas ya realizan, para que a partir de ello se puedan implementar nuevas acciones en su repertorio conductual; todo esto sin dejar de lado la sensibilización y la dotación de información. El objetivo del presente estudio consistió en evaluar las propiedades psicométricas de una escala para evaluar el consumo ambientalmente sustentable; para ello se realizó en primer lugar un análisis factorial exploratorio; posteriormente, a partir del mismo, un análisis factorial confirmatorio. Se construyó un inventario con tres escalas que abordaban los comportamientos de reutilización, separación de residuos sólidos y compra de productos ecológicos, los cuales son un componente importante del consumo sustentable (Dong et al., 2020; Geng et al., 2017; Leary et al., 2014; Quoquab et al., 2019). En virtud de la literatura antecedente, se consideró medir las tres acciones para realizar un análisis de correlación y determinar la cercanía entre cada una de las variables y con ello acercarse al constructo. Es importante señalar que las tres conductas evaluadas eran acciones que se realizaban dentro de los domicilios y sobre las cuales las personas tenían una importante capacidad de acción.

Se determinó que las propiedades psicométricas de la escala fueron satisfactorias. En primer lugar, se trabajó el comportamiento de reutilización que intrínsecamente implica la prevención de los residuos sólidos y que es

una de las acciones proambientales de mayor impacto (Tasaki y Yamakawa, 2009). En el primer estudio se construyó un autorreporte con ocho reactivos, el cual obtuvo una adecuada confiabilidad; no obstante, en la búsqueda de aclarar y concretizar el concepto en el segundo estudio, mediante un análisis confirmatorio se redujo a cinco ítems, los cuales abordaban la frecuencia con la que los participantes reutilizaban hojas de papel, botellas, ropa, cuadernos y cajas.

En la Ciudad de México, de acuerdo con la ley, los ciudadanos deben separar los desechos que se generan en el hogar en orgánicos e inorgánicos, a esto se le llama separación primaria. Para la medición de dicha acción en la primera etapa se construyó una escala de autorreporte, la cual se conformó de los factores inorgánicos, orgánicos, inorgánicos de tipo personal y especial. Sin embargo, en la segunda etapa del estudio y después de un análisis confirmatorio se estructuró en una sola dimensión con ocho reactivos que incluían a los residuos orgánicos e inorgánicos.

La compra de productos ecológicos es una conducta que se realiza cada vez más en México. En el primer estudio se construyó una escala con 25 reactivos, los cuales se agruparon en los factores productos durables y a favor del ambiente, análisis crítico y productos. En el segundo estudio, al realizar un análisis factorial confirmatorio, la escala se reestructuró en nueve reactivos, agrupados en las dimensiones evaluación del impacto ambiental y análisis crítico. Estos resultados confirman la necesidad de promover que las personas valoren tanto las consecuencias ambientales como personales asociadas a la adquisición de artículos (Carrete et al., 2012; Liu et al., 2016). Se encontraron relaciones positivas y significativas entre todos los comportamientos evaluados, por lo que se concluye que en su conjunto las correlaciones encontradas dan cuenta de un ciclo del consumo en el cual las personas deciden comprar un producto con base en sus características, reutilizarlo o no y posteriormente desecharlo de manera responsable. Y contradice lo afirmado por diversos autores (Clayton y Myers, 2009; Haytko y Matulich, 2008; Tonglet et al., 2004), para quienes los comportamientos de minimización de residuos representan una dimensión separada de la sustentabilidad.

Entre las principales aportaciones de esta investigación se encuentra el haber contribuido a la comprensión de las variables evaluadas. Representó un esfuerzo por favorecer la comprensión de los factores que conforman tres acciones a favor de la ecología que en su conjunto establecen un eslabón de la gestión integral de los residuos sólidos y que a su vez es parte integral de todas las estrategias promovidas a nivel gubernamental en México para el logro de la sustentabilidad (por ejemplo, Estrategia Nacional de Producción y Consumo Sustentable [Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT, 2013)]; Estrategia Nacional sobre la Biodiversidad [Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO, 2016)]). Adicionalmente, se resalta la construcción de escalas válidas, confiables y de ágil aplicación, a partir de lo cual se propone que los instrumentos aquí presentados puedan incorporarse a la evaluación de los mecanismos gubernamentales implementados en México con el objetivo de alcanzar un mayor rigor metodológico, con evaluaciones más rigurosas y resultados más objetivos. Es necesario promover un tipo de desarrollo cuyo eje sea el mejoramiento de la condición humana, basado en la conservación de la variedad y productividad de la naturaleza. Específicamente, a la vista de la creación de estrategias de intervención sobre los patrones de consumo, es importante que las personas reciban información sobre el impacto de su consumo, que parte de la adquisición de un determinado producto hasta el reciclaje, reutilización o eliminación segura de los residuos generados.

REFERENCIAS

- Barrientos, D. C. (2011). *Estrategia psicosocial para el desarrollo de conducta proambiental de separación de residuos en una institución de educación superior* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México].
- Barrientos, D. C. y Bustos, A. J. M. (2011). *El consumo ambientalmente responsable de adolescentes mexicanos*. Congreso Internacional de Psicología Ambiental, Universidad de Almería.

- Beck, U. (2006). *La sociedad del riesgo global*. Siglo XXI España.
- Barr, S., Gilg, A. W. y Ford, N. J. (2001). Differences between household waste reduction, reuse and recycling behaviour: A study of reported behaviours, intentions and explanatory variables. *Environmental & Waste Management*, 4(2), 69-82.
- Black, I. R. y Cherrier, H. (2010). Anti-consumption as part of living a sustainable lifestyle: Daily practices, contextual motivations and subjective values. *Journal of Consumerism Behavior*, 9(6), 437-453. DOI: 10.1002/cb.337.
- Biswas, A. y Roy, M. (2015). Green products: An exploratory study on the consumer behaviour in emerging economies of the East. *Journal of Cleaner Production*, 87, 463-468. DOI: 10.1016/j.jclepro.2014.09.075.
- Bulut, Z. A., Kökalan Çimrin, F. y Doğan, O. (2017). Gender, generation and sustainable consumption: Exploring the behaviour of consumers from Izmir, Turkey. *International Journal of Consumer Studies*, 41, 597-604. DOI: 10.1111/ijcs.12371.
- Bustos, A. J. M., Palacios, D. J., Barrientos, D. C. y Flores, H. L. M. (2012). Validez de la escala de consumo ambientalmente responsable. *Revista El Psicólogo Anáhuac*, 15, 11-17.
- Carrete, L., Castaño, R., Félix, R., Centeno, E. y González, E. (2012). Green consumer behavior in an emerging economy: confusion, credibility, and compatibility. *Journal of Consumer Marketing*, 29(7), 470-481. DOI: 10.1108/07363761211274983.
- Clayton, S., y Myers, G. (2009). *Conservation Psychology. Understanding and promoting human care for nature*. Wiley-Blackwell.
- Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO) (2016). *Estrategia nacional sobre la biodiversidad*. Recuperado de https://www.biodiversidad.gob.mx/pais/enbiomex/pdf/ENBIOMEX_baja.pdf.
- Corral, V. V., Frías, A. M. y García, C. C. H. (2010). Introduction to the psychological dimensions of sustainability. En V. V. Corral, C. García y M. Frías (Eds.). *Psychological approaches to sustainability*. Nova Science Publishers.
- Dong, X., Liu, S., Li, H., Yang, Z., Liang, S. y Deng, N. (2020). Love of nature as a mediator between connectedness to nature and sustainable consumption behavior. *Journal of Cleaner Production*, 242, 1-9. DOI: 10.1016/j.jclepro.2019.118451.
- Downie, N. y Heath, R. (1982). *Métodos estadísticos aplicados*. Harla.

- Figueroa-García, E. C., García-Machado, J. y Pérez-Bustamante, D. Y. (2018). Modeling the social factors that determine sustainable consumption behavior in the community of Madrid. *Sustainability*, 10(8) 1-16. DOI: 10.3390/su10082811.
- Flores, R. L. (2008). *Lo verde vende en México*. Recuperado de <http://expansion.mx/negocios/2008/03/07/el-verde-bfvende>.
- Geng, D., Liu, J. y Zhu, Q. (2017). Motivating sustainable consumption among chinese adolescents: an empirical examination. *Journal of Cleaner Production*, 141, 315-322. DOI: 10.1016/j.jclepro.2016.09.113.
- Gesualdo, G. y Bianchi, E. (2017). Consumo responsable y sustentable en los jóvenes universitarios de Santa Fe. *Ciencias Económicas*, 127-137. DOI: 10.14409/rce.v2i0.7242.
- Gilg, A., Barr, S., y Ford, N. (2005). Green consumption or sustainable lifestyles? Identifying the sustainable consumer. *Futures*, 37, 481-504. DOI: 10.1016/j.futures.2004.10.016.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. y Black, W. C. (1999). *Análisis multivariante*. Prentice Hall.
- Hanning, A., Abellsson, A. P., Lundqvist, U. y Svanström, M. (2012). Are we educating engineers for sustainability? Comparison between obtained competences and Swedish industry's needs. *International Journal of Sustainability in Higher Education*, 13(3), 305-320.
- Haytko, D. L. y Matulich, E. (2008). Green advertising and environmentally responsible consumer behaviors: linkages examined. *Journal of Management and Marketing Research*, 1, 5-14.
- Hernández, S. R., Fernández C. C. y Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Herrera, M. K. y Bravo de Nava, E. (2013). Perspectiva de la ecología en la comprensión de los comportamientos ambientales. *Omnia*, 3, 20-30.
- Hobson, K. (2004). Environmental justice: An anthropocentric social justice critique of how, where and why environmental goods and bads are distributed. *Environmental Politics*, 13(1), 474-481. DOI: 10.1080/0964401042000209667.
- Kenny, D. A. y Milan, S. (2012). Identification: a nontechnical discussion of a technical issue. En R. H. Hoyle (Ed.). *Handbook of Structural Equation Modeling*. Guilford Press.

- Leary, R. B., Vann, R. J., Mittelstaedt, J. D., Murphy, P. E. y Sherry Jr., J. F. (2014). Changing the marketplace one behavior at a time: Perceived marketplace influence and sustainable consumption. *Journal of Business Research*, 67(9), 1953-1958. DOI: 10.1016/j.jbusres.2013.11.004.
- Lee, K. M. (2014). Predictors of sustainable consumption among young educated consumers in Hong Kong. *Journal of International Consumer Market*, 3(26), 217-238. DOI: 10.1080/08961530.2014.900249.
- Lee, K. M. (2017). How emotional, politically civil and local aspects affect young adults' sustainable consumption in transition economies. *Consumption Markets and Culture*, 20(3), 258-274. DOI: 10.1080/10253866.2016.1224185.
- Leff, E. (2011). Sustentabilidad y racionalidad ambiental: hacia "otro" programa de sociología ambiental. *Revista Mexicana de Sociología*, 73(1), 5-46.
- Liu, W., Oosterveer, P. y Spaargaren, G. (2016). Promoting sustainable consumption in China: A conceptual framework and research review. *Journal of Cleaner Production*, 134, 13-21. DOI: 10.1016/j.jclepro.2015.10.124.
- Martínez-Alier, J. y Roca, J. J. (2016). *Economía ecológica y política ambiental*. Fondo de Cultura Económica.
- Masera, D. (2001). Hacia un consumo sustentable en América Latina y el Caribe, Industria y economía (Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente). Recuperado de <http://www.administracion.usmp.edu.pe/institutoconsumo/wp-content/uploads/2013/08/Consumo-Sustentable-en-AL-y-Caribe.pdf>.
- O'Rourke, D. y Lollo, N. (2015). Transforming consumption: From decoupling, to behavior change, to system changes for sustainable consumption. *Annual Review of Environmental Resources*, 40, 233-259. DOI: 10.1146/annurev-environ-102014-021224.
- Palacios, D. J. R. y Bustos, A. J. M. (2012). La teoría como promotor para el desarrollo de intervenciones psicoambientales. *Psychosocial Intervention*, 3(21), 245-257. DOI: 10.5093/in2012a22.
- Prastiwi, S. K. y Rabia, R. (2019). The determinant of sustainable consumption behaviour of Moslem woman in Sukoharjo. *Sustinere. Journal of Environment and Sustainability* 1(3), 24-38. DOI: 10.22515/sustinere.jes.v3i1.65.
- Peattie, K. (2010). Green consumption: Behavior and norms. *Annual Review of Environmental Resources*, 35, 195-228. DOI: 10.1146/annurev-environ-032609-094328.

- Peattie, K. y Collins, A. (2009). Guest editorial: perspectives on sustainable consumption. *International Journal of Consumer Studies*, 2(33), 107-112. DOI: 10.1111/j.1470-6431.2009.00758.x.
- Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) (2019). Perspectivas del medio ambiente mundial. Resumen para responsables de formular políticas públicas. *GEO 6*. Recuperado de <https://www.unenvironment.org/es/resources/perspectivas-del-medio-ambiente-mundial-6>.
- Quoquab, F., Mohammad, J. y Sukari, N. N. (2019). A multiple-item scale for measuring “sustainable consumption behaviour” construct development and psychometric evaluation. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 4(31), 791-816. DOI: 10.1108/APJML-02-2018-0047.
- Reyes-Lagunes, I. y García Barragán, L. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera-Aragón, R. Díaz-Loving, R. Sánchez-Aragón e I. Reyes-Lagunes (Eds.). *La Psicología Social en México*, XII. Asociación Mexicana de Psicología Social, pp. 625-636.
- Rodríguez, M. A., Antonio, A. J. y Ávalos, R. K. I. (2010). Cultura de reutilización y reciclaje en estudiantes de humanidades de primer y tercer grados. Universidad Veracruzana, 2009. Estudio exploratorio. *Sociogénesis, Revista Electrónica de Sociología*, 4, 1-25.
- Romero, C. B. A., Laroche, M., Aurup, G. M. y Ferraz, S. B. (2018). Ethnicity and acculturation of environmental attitudes and behaviors: A cross-cultural study with Brazilians in Canada. *Journal of Business Research*, 82, 300-309. DOI: 10.1016/j.jbusres.2017.09.009.
- Salgado-Beltrán, L. (2009). *Instrumentos de marketing aplicados a la compra de productos ecológicos: un caso de estudio entre Barcelona, España, y La Paz, México* [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona]. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/35375>.
- Salgado-Beltrán, L. y Beltrán-Morales, L. F. (2011). Factores que influyen en el consumo de productos orgánicos en el noroeste de México. *Universidad y Ciencia*, 27(3), 265-279.
- Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) (2013). *Estrategia nacional de producción y consumo sustentable*. Recuperado de <http://www.semarnat.gob.mx/sites/default/files/documentos/fomento/documentos/2014/ENPCS.pdf>.

- Sharma, R. y Jha, M. (2017). Values influencing sustainable consumption behaviour: Exploring the contextual relationship. *Journal of Business Research*, 76, 77-88. DOI: 10.1016/j.jbusres.2017.03.010.
- Schmuck, P. y Schultz, W. (2002). Sustainable development as a challenge for psychology. En P. Schmuck y W., Schultz (Eds.). *The psychology of sustainable development*. Kluwer Academic Publishers.
- Stolz, J., Molina, H., Ramírez, J. y Mohr, N. (2013). Consumers' perception of the environmental performance in retail stores: An analysis of the German and the Spanish consumer. *International Journal of Consumer Studies*, 37, 394-399. DOI: 10.1111/ijcs.12028.
- Tasaki, T. y Yamakawa, H. (2009). A review of research approaches for waste prevention and reuse of waste. *Sardinia 2009, twelfth international waste management and landfill symposium proceedings*.
- Thøgersen, J. y Ölander, F. (2002). Human values and the emergence of a sustainable consumption pattern: A panel study. *Journal of Economic Psychology*, 23(5), 605-630. DOI: 10.1016/S0167-4870(02)00120-4.
- Tonglet, M., Phillips, P. S. y Bates, M. (2004). Determining the drivers for household pro-environmental behaviour: Waste minimisation compared to recycling. *Resources, Conservation and Recycling*, 42, 27-48. DOI: 10.1016/j.resconrec.2004.02.001.
- West, S. G., Taylor, A. B. y Wu, W. (2012). Model fit and model selection in structural equation modeling. En R. H. Hoyle (Ed.). *Handbook of Structural Equation Modeling*. Guilford Press.
- Wolff, F. y Schönherr, N. (2011). The impact evaluation of sustainable consumption policy instruments. *Journal of Consumer Policy*, 1(34), 43-66. DOI: 10.1007/s10603-010-9152-3.
- World Commission on Environment and Development (WCED) (1987). *Our common future*. Oxford University Press.

EXPECTATIVAS PROAMBIENTALES DE FUTUROS EMPLEOS EN EGRESADOS UNIVERSITARIOS

María Cristina Vanegas Rico^{1*}

*José Marcos Bustos Aguayo**

Las consecuencias positivas derivadas de la realización de acciones proambientales han dado la pauta para la elaboración de múltiples estudios que se interesan en conocer la forma de incrementar dichas conductas (Gifford, 2014). Las conductas proambientales se definen como “el conjunto de acciones deliberadas y efectivas que responden a requerimientos sociales e individuales y que resultan en la protección del medio” (Corral, 2001, p. 40); su efectividad implica que deben tener un impacto directa o indirectamente en el entorno, el cual va desde el nivel micro (individual) al macro (gobiernos, instituciones internacionales, entre otros). A nivel micro existen muchas formas de contribuir; por ejemplo, al reducir el consumo de agua caliente para la ducha diaria se tendría una reducción anual de emisión de 80 kg de bióxido de carbono por hogar (Fujii y Taniguchi, 2013). Además, una gran parte de las investigaciones está dirigida a las acciones individuales en el ámbito cotidiano porque hay más posibilidad de intervención (Oskamp, 2000). El principal escenario en donde se estudia el comportamiento proambiental es el entorno doméstico (Poortinga et al., 2003; Saphores et al., 2012; Xu et al., 2015), pero también en el escolar (De Leeuw et al., 2015), el laboral (Leygue et al., 2017; Shivadas y Ganesh, 2014; Wesselink et al., 2017) y áreas públicas (Halpenny, 2010).

En el ámbito laboral, los estudios se centran en el comportamiento que se puede manifestar en un lugar de trabajo que posee alguna estructura organizacional (comúnmente ambientes de oficina), y evalúan variables que

¹ Contacto: ma.cristina.vanegas@gmail.com.

* Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.

pueden apoyar el desempeño proambiental como la satisfacción laboral, el rol del jefe o manager, y las normas formales e informales (Vargas-Martínez et al., 2017; Wessenlik et al., 2017); a la vez describen la disposición del empleado a partir de características personales como valores, creencias, compromiso, entre otras (Benn et al., 2015; Leygue et al., 2017), y proponen estrategias de intervención (Staddon et al., 2016). El presente trabajo, si bien se ubica en el escenario laboral, se dirige hacia una etapa previa a la consolidación dentro de un puesto de trabajo, buscando conocer si los egresados en busca de empleo tienen contemplado el aspecto proambiental dentro de sus expectativas de trabajo.

Una expectativa se define como “la probabilidad subjetiva de una acción o esfuerzo dirigido a un resultado o ejecución. Es, por lo tanto, la anticipación de eventos futuros” (Villa-George et al., 2011, 1011); en el área laboral, los estudios han indagado en las expectativas, principalmente desde el punto de vista del ajuste (o desajuste) que se da cuando las personas ingresan a un trabajo y comparan lo que esperaban con lo que viven dentro de su puesto de trabajo, pues encuentran que el desajuste puede llevar a una insatisfacción laboral, pobre rendimiento o generación de desgaste profesional, también conocido como burnout (Baskakova et al., 2017; Moreno-Jiménez et al., 2009; Villa, 2010), mientras que el ajuste iría en el sentido opuesto.

El estudio de las expectativas se ha apoyado en la teoría motivacional de Vroom (1964, 2005), y ha sido contrastada con teorías más recientes, mostrando relevancia explicativa (López et al., 2007; Savolainen, 2018). La teoría de las expectativas (TE) considera a las expectativas como un tipo de creencias que asocian los resultados y las acciones que más se relacionan con ellos. La teoría asume que la gente tiene algún grado de preferencia por el tipo de resultados o estados de la naturaleza que puede obtener, es decir, los resultados más esperados o preferidos son lo que tienen un valor positivo, en tanto los resultados más evitados tienen un valor negativo. Los resultados valorados impactan la conducta sólo si existe la expectativa de que hay una probabilidad de alcanzar el resultado valorado o de evitar un resultado de valor negativo. La expectativa puede adoptar un valor numérico como el porcen-

taje que va de cero a cien, que indicaría la posibilidad de que algo se efectúe. Es decir, si la persona valora ampliamente contar con un seguro médico en su próximo empleo, es viable que cree la expectativa de obtener ese beneficio laboral y realice la acción que le permita alcanzar dicho resultado. La cuestión que se plantea en este reporte es que los egresados durante sus estudios han creado expectativas de beneficios laborales, como un sueldo importante y condiciones para su mejoramiento profesional, entre otras. Asimismo, sobre todo en ciertas carreras y en función de la exigencia de protección ambiental creciente, es deseable que se desarrollen expectativas de realización de acciones proambientales en el empleo (Universidad del Valle de México, 2019) y que éstas tengan una confirmación subsecuente durante el tiempo que el egresado inicia su trabajo en una organización percibida como facilitadora de la conducta proambiental (Paillé y Meija-Morelos, 2019). La valoración de estas condiciones ambientales estará en función de la influencia precedente; por ello, en el caso de los egresados la formación académica profesional es central en relación con la importancia del cuidado ambiental durante el propio trabajo.

En México se creó un instrumento para evaluar las expectativas laborales (Villa-George et al., 2011) que mostró tres factores: 1) desarrollo profesional, que involucra la manifestación de habilidades, creatividad, libre organización y autonomía, 2) compensación, referente al salario, ascensos y estímulos económicos y 3) relación con el usuario o cliente, en cuanto a respeto, comunicación, solución de quejas y contacto. Esta estructura factorial podría estar relacionada con las características de la muestra, ya que se trató de personas en servicios administrativos de servicios de salud. Además, en la revisión no aparecen evaluaciones interesadas en las expectativas de lograr un impacto sobre el ambiente a partir de las actividades laborales, aun cuando no se trate de un trabajo con finalidad directamente ambiental como, por ejemplo, la creación de dispositivos que reduzcan la emisión de gases de efecto invernadero o el registro de especies en peligro de extinción, a pesar de que la sociedad actual hace cada vez más hincapié en la importancia de preservar el ambiente y que se ha encontrado que los jóvenes demuestran

mayor interés ambiental (Wiernik et al., 2013). Es por ello que el objetivo de este trabajo es evaluar las expectativas de egresados universitarios acerca de su futuro empleo, pues considera tanto la probabilidad de que ocurran ciertas características en lo laboral y en lo ambiental, como la importancia que le dan a éstas.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística de 637 egresados pertenecientes a dos universidades: Instituto Politécnico Nacional (IPN, $n=272$) y Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM, $n=365$); el criterio de inclusión fue que estuvieran en busca de trabajo, lo cual se cubrió al entrevistar a los asistentes en las ferias de empleo de cada institución. La edad promedio de la muestra fue de 25.83 años ($DE=4.93$; mín.=21; máx.=66), con una distribución de 366 hombres (57.5%) y 271 mujeres (42.5%). Mientras que la distribución en las áreas de conocimiento fue de 263 (41.3%) de área 1 (fisicomatemáticas e ingeniería), 133 (20.9%) de área 2 (ciencias biológicas y de la salud), 152 (23.9%) de área 3 (ciencias sociales) y 87 (13.7%) de área 4 (humanidades y artes).

Escenario

El levantamiento de datos se llevó a cabo en la XVIII Feria del Empleo de la UNAM, los días 12 y 13 de septiembre de 2018, en las instalaciones del Centro de Exposiciones y Congresos de la UNAM; la Feria del Empleo y Servicio Social IPN 2018, los días 18 y 19 de octubre de 2018, en el Centro Cultural Jaime Torres Bodet.

Instrumentos

El formato de aplicación estuvo constituido –además de los ítems para datos de edad, sexo y carrera– por cinco escalas que evaluaban diferentes variables psicológicas pertenecientes a un proyecto más amplio sobre factores vinculados al impacto ambiental en el empleo. El presente documento se centra en la escala de Expectativas laborales-ambientales, la cual se elaboró exprofeso para la investigación en curso a partir de la literatura sobre las expectativas laborales (Villa-George et al., 2011) y el comportamiento proambiental en escenarios laborales (Shivadas y Ganesh, 2014). Se generaron 20 reactivos que inician con la sentencia “Qué tan probable es que la empresa que más te ha interesado...” y tienen como complemento a los reactivos, los cuales aluden a cosas que la empresa poseerá o brindará al empleado. Se plantearon seis reactivos sobre expectativas vinculadas a prácticas proambientales (ejemplo: Tenga un manejo responsable de residuos en sus instalaciones), y 12 sobre aspectos laborales (ejemplo: Otorgue capacitación a sus empleados). La forma de respuesta es tipo Likert con cinco opciones que van de 1, que equivale a “Nada probable”, a 5, que corresponde a “Muy probable”. Adicionalmente, se colocó una columna al final y se les dio la instrucción de que leyeran de nuevo las frases y las ordenaran del 1 al 20, de acuerdo con la importancia que concedieran a cada aspecto nombrado, de forma que otorgaran el valor 1 a lo más importante y así hasta el 20 que sería lo menos importante; esta modalidad fue de jerarquización de la respuesta.

Procedimiento

Se solicitó el permiso a la Dirección General de Orientación y Atención Educativa (DGOAE) de la UNAM y al departamento de Apoyo, Seguimiento y Vinculación de Egresados en el IPN para la aplicación de los formatos durante las ferias de empleo. Ambas instituciones facilitaron un espacio dentro de las sedes para convocar a los asistentes a formar parte de la investigación y responder a los formatos impresos.

Se capacitó a aplicadores para invitar a los asistentes a participar voluntariamente en el estudio, describiendo brevemente en qué consistía y explicando las instrucciones de respuesta; aquellos que aceptaban participar eran conducidos al salón o *stand* donde se les entregó un formato impreso, un lápiz y, en caso de ser necesario, una tabla para recargar el formato. Cualquier duda fue atendida y se les aseguró la confidencialidad de sus respuestas. El tiempo promedio de respuesta fue de 15 minutos.

Análisis de datos

Se realizó un análisis factorial exploratorio para conocer la estructura de la escala, así como uno más de alfa de Cronbach para observar su confiabilidad por consistencia interna. Posteriormente, se realizaron análisis descriptivos para la muestra total, por área de conocimiento y por institución; aunque no formaron parte del objetivo de este estudio, se hicieron análisis de comparación con las pruebas t de Student y ANOVA de una vía.

Para la modalidad de las respuestas de jerarquización de cada expectativa se realizó el análisis de porcentaje relativo de prioridad (PRP) propuesto por Martínez y Sánchez (1981), el cual consiste en asignar un peso de acuerdo con la posición del reactivo (la primera posición tiene el peso más alto) que se multiplica por la frecuencia con que se le asignó esa posición; después, se suman todos los productos y se dividen entre un valor obtenido al multiplicar la cantidad total de participantes por el peso máximo posible para cualquier reactivo; el cociente obtenido se multiplica por 100 para obtener el PRP. El análisis PRP se realizó para la muestra total y por institución.

RESULTADOS

Para el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de componentes principales con rotación Promax al considerar que los factores están relacionados. Las pruebas KMO y de esfericidad de Bartlett indicaron que los reactivos podían ser reducidos a factores (KMO=.931; $X^2_{(171)}=5748.294$, $p=.000$).

TABLA 1
Análisis exploratorio de la escala de Expectativas laborales-ambientales

<i>Reactivos</i>	1	2	3
Qué tan probable es que la empresa que más te ha interesado...:			
Factor 1. Expectativa laboral-ambiental alfa=.883			
R5. Respete las normas ambientales	.902	-.113	.004
R3. Tenga manejo responsable de residuos en sus instalaciones	.791	-.178	.160
R6. Respete las normas de seguridad	.697	.035	.093
R7. Tenga un ambiente con áreas verdes	.687	.056	-.023
R8. Sea una empresa socialmente responsable	.654	.076	.105
R11. Realice acciones para el cuidado del agua en sus instalaciones	.630	.209	-.007
R14. Realice medidas de protección del medio ambiente como parte de sus actividades	.621	.298	-.089
Factor 2. Condiciones laborales alfa=.874			
R17. Respete medidas para reducir el ruido	.125	.818	-.260
R16. Mantenga limpia las áreas de trabajo	.002	.788	-.152
R19. Me permita crecer profesionalmente	-.142	.730	.235
R18. Esté acondicionada para ahorrar energía eléctrica en sus instalaciones	.276	.662	-.175
R13. Recompense el desempeño de sus empleados	-.092	.653	.206
R20. Se preocupe por la salud de sus empleados	.035	.638	.191
R15. Otorgue capacitación a sus empleados	-.041	.630	.210
R9. Te pague un salario de acuerdo con tus expectativas	-.006	.447	.378
Factor 3. Prestaciones alfa=.751			
R2. Cotice en el Seguro Social	.018	-.138	.879
R1. Te pague el seguro médico	.069	-.098	.812
R10. Te pague vacaciones	-.002	.215	.596
R4. Te contrate por un año o más	.163	.045	.512

Nota: Tabla de creación original.

El análisis presentó una estructura de tres factores que explican 58.06% de la varianza después de retirar un reactivo que presentaba una baja relación con el resto de los ítems. El primer factor (siete reactivos) reunió los reactivos de expectativas de prácticas ambientales (por ejemplo: Tenga manejo responsable de residuos en sus instalaciones), nombrado Expectativa laboral-ambiental; el segundo factor (ocho reactivos) llamado Condiciones laborales (por ejemplo: Me permita crecer profesionalmente), y el tercer factor (cuatro reactivos) nombrado Prestaciones (por ejemplo: Cotice en el Seguro Social). En la Tabla 1 se presentan los reactivos con su carga factorial y el índice de consistencia interna por factor, el índice para la escala completa fue $\alpha = .927$.

En el análisis descriptivo (véase Tabla 2) se observa que los tres factores tuvieron puntuaciones medias apenas por encima de la media teórica (que correspondería al valor 3.00), siendo las ambientales las más bajas ($M = 3.52$); la calificación se interpreta como una evaluación de los participantes respecto a que es ligeramente probable que sucedan las prestaciones, condiciones laborales y condiciones de cuidado del ambiente. En el análisis por escuela se muestra que el IPN presenta en cada factor un puntaje más alto en los tres factores, diferencia estadísticamente significativa. En el caso de las áreas de conocimiento, la número 1, correspondiente a fisicomatemáticas e ingeniería, obtiene los puntajes más altos en cada factor, mientras que el área 4 de Humanidades y artes es la más baja en cada caso. Al utilizar la prueba de homogeneidad de varianzas se apreciaron diferencias significativas en la expectativa laboral-ambiental ($F = 3.20$, $p = .023$) y prestaciones ($F = 4.61$, $p = .003$); por lo tanto, se empleó la prueba Post Hoc de Games-Howell para confirmar que las diferencias ocurren, principalmente, entre el área 1 y 4, en comparación con las demás.

Finalmente, se llevó a cabo el análisis de porcentaje relativo de prioridad (PRP) por cada reactivo, el cual permitió conocer cuál es el mayor interés en cuanto a las expectativas que se generan respecto a un próximo empleo. Como se observa en la Figura 1, en la muestra total se aprecia que 40% con el mayor porcentaje corresponde a expectativas exclusivamente laborales, de

modo que es la más alta la que se refiere a la posibilidad de que la empresa pague el seguro médico, seguida de la expectativa de que pague un salario acorde a lo que espera el postulante. Las expectativas referentes a un impacto positivo ambiental aparecen hasta la novena posición, la más alta de ellas fue la expectativa de que sea una empresa socialmente responsable, y la más baja, que realice acciones para el cuidado del agua. Se destaca, además, que los últimos lugares en general corresponden a expectativas vinculadas a un ambiente saludable, como el mantener las áreas limpias, ahorrar energía eléctrica y respetar las medidas para reducir el ruido.

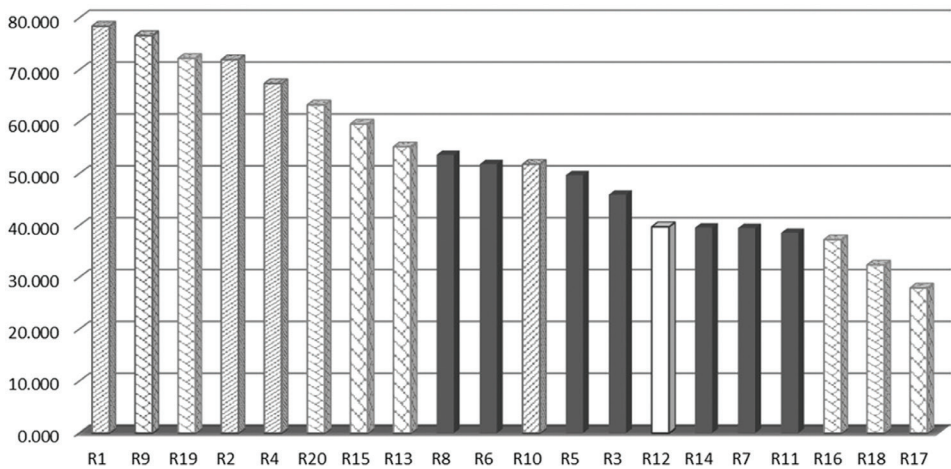
TABLA 2
Análisis descriptivo y comparativo de los factores de la escala de Expectativas laborales-ambientales

	n	Expectativa laboral-ambiental		Condiciones laborales		Prestaciones	
		Media	DE	Media	DE	DE	
Muestra total	637	3.53	0.76	3.65	0.69	3.64	0.76
IPN	272	3.70	0.68	3.80	0.67	3.84	0.65
UNAM	365	3.39	0.79	3.53	0.69	3.49	0.79
Prueba t de Student		$t_{(621,67)} = -5.27,$ p=.000		$t_{(635)} = -4.90,$ p=.000		$t_{(628,51)} = -6.06,$ p=.000	
Área 1	263	3.70	0.68	3.79	0.67	3.81	0.63
Área 2	133	3.51	0.82	3.55	0.69	3.57	0.76
Área 3	152	3.43	0.74	3.65	0.69	3.64	0.79
Área 4	87	3.19	0.78	3.64	0.69	3.24	0.87
Prueba ANOVA		$F_{(3,631)} = 11.83,$ p=.000		$F_{(3,631)} = 10.786,$ p=.000		$F_{(3,631)} = 13.63,$ p=.000	
Post hoc		1 - 3, p=.001		1 - 2, p=.007		1 - 2, p=.010	
Games-Howell		1 - 4, p=.000		1 - 4, p=.000		1 - 4, p=.000	
		2 - 4, p=.024		3 - 4, p=.003		2 - 4, p=.024	
						3 - 4, p=.003	

Nota: Tabla de creación original.

Aunque en el análisis factorial se eliminó el reactivo 12 (exija puntualidad a sus empleados), se consideró para este análisis y se encontró que se ubica en la posición 14, es decir, en el último tercio de los porcentajes de prioridad.

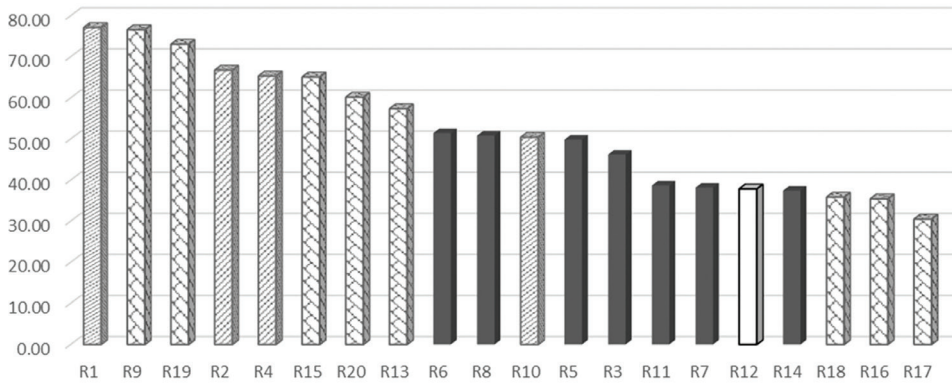
FIGURA 1
Porcentaje relativo de prioridad de los 20 reactivos de la escala de Expectativas laborales-ambientales



Los números corresponden con los reactivos en la Tabla 1. Las barras en tono liso corresponden al factor Expectativa laboral-ambiental; las barras con trama tipo ladrillo son del factor Condiciones laborales, y las barras con trama de diagonales corresponden a Prestaciones. Nota: Figura de creación original.

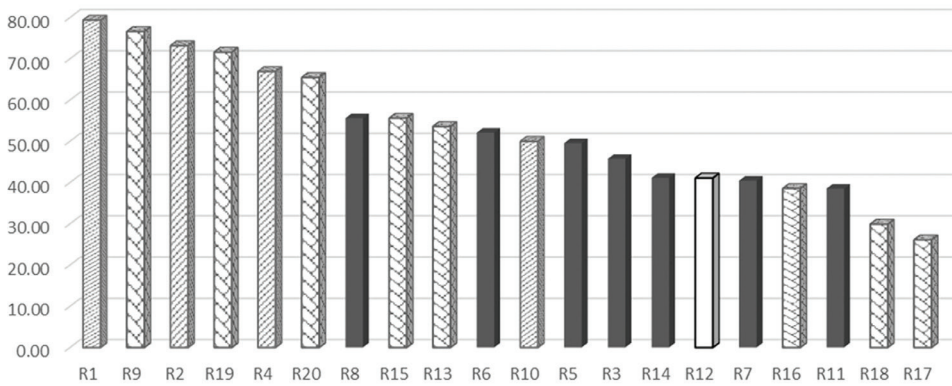
El resultado del análisis de PRP por institución universitaria presenta conclusiones muy similares a la muestra total (véanse las figuras 2 y 3), con los mismos reactivos de prioridad más alta ya mencionados. Una diferencia a resaltar sería que en la UNAM las expectativas referentes a impacto ambiental parecen más distribuidas al intercalarse con las laborales; además, avanza un lugar la expectativa ambiental más alta (que sea una empresa socialmente responsable), mientras que en el IPN la expectativa ambiental más alta retrocede un lugar, que es respetar normas de seguridad. Aunque esta expectativa no sería propia y directamente de impacto ambiental, el análisis factorial lo incorporó a esta dimensión.

FIGURA 2
Porcentaje relativo de prioridad del IPN



Nota: Figura de creación original.

FIGURA 3
Porcentaje relativo de prioridad de la UNAM



Nota: Figura de creación original.

DISCUSIÓN

De acuerdo con los datos, se cumplió el objetivo de evaluar las expectativas de los universitarios en lo referente a resultados laborales y ambientales.

Esto se logró a partir de la elaboración de una escala que conjuntó tres factores de expectativas válidos y confiables denominados expectativas laboral-ambiental, condiciones laborales y prestaciones. Para ello se empleó un análisis factorial de componentes principales. Los reactivos agrupados muestran congruencia conceptual; sin embargo, se observó que en los primeros dos factores mencionados se agruparon dos reactivos que podrían formar parte de una estructura ligeramente diferente, en particular cuando se refieren al tema de respetar las normas de seguridad en la empresa y el caso de una empresa socialmente responsable, cuyos tópicos involucran tanto la cuestión laboral como la ambiental. De modo similar, para el segundo factor, denominado condiciones laborales, dos elementos del factor se refieren claramente a aspectos ambientales: la regulación del ruido y el cuidado de la energía eléctrica en una empresa. Estos temas son parte del ambiente de trabajo y, por ello, quizá se agruparon de ese modo, ya que en el presente estas normas son parte de lo que una empresa requiere atender de acuerdo con las especificaciones de la ley federal del trabajo (Secretaría del Trabajo y Previsión Social [STPS], 2019).

En los resultados generales de la escala se obtuvo para cada factor de expectativas un valor ligeramente superior a la media, lo que indicaría que, de acuerdo con lo propuesto por la TE, dichas expectativas representadas por cada reactivo se interpretan como un valoración ligeramente superior; es decir, metas regularmente deseables indicarían que para los egresados entrevistados es medianamente probable que ocurran –como resultado de la contratación– las condiciones laborales esperadas, las prestaciones en el empleo y las acciones ambientales presentes en la organización. Al considerar la muestra total, estas valoraciones cuentan con promedios similares; sin embargo, presentan diferencias estadísticamente significativas al contrastarse por institución universitaria y por área de conocimiento. En consecuencia, la muestra general prefirió asignar valores superiores a la media para la mayoría de los temas y, luego, al ser graficados con su PRP se mostraron con los valores más altos los que se refieren a las prestaciones de salud (reactivo “Te pague el seguro médico”) y de condición laboral (reactivos “Te pague un

salario de acuerdo con tus expectativas” y “Me permita crecer profesionalmente”). La TE predice que si la persona considera probable obtener un resultado valorado positivamente, su conducta se verá impactada por ello. Esto podrá reflejarse en la búsqueda del empleo por parte del egresado, quien dará preferencia a dichos aspectos.

Los contrastes entre universidades respecto a la posición ocupada por cada expectativa muestran que en seis de ellas (R1, R9, R4, R10, R5, R3 y R17) el PRP es idéntico, lo que corresponde a 35%; en tanto que 65% difiere en siete reactivos (R19, R15, R13, R6, R11, R7 y R18), que ocupan una posición más alta en los egresados del IPN, y son seis los reactivos (R2, R20, R8, R12, R14 y R16) en los que los egresados de la UNAM ocupan una posición de mayor cuantía.

Las expectativas ambientales, como se dijo, muestran en la Figura 1 una posición relativa del lugar noveno hacia abajo y corresponden a la idea de que la institución sea una empresa socialmente responsable; la siguiente expectativa se refiere a que la empresa respete las medidas de seguridad en sus actividades. Al comparar los resultados de las dos universidades se destaca que los reactivos de expectativas R5 y R3 (normas ambientales y manejo responsable de residuos, respectivamente), muestran un PRP idéntico, es decir, una prioridad similar, y en ambos casos las expectativas se ubicaron en la mitad inferior de los porcentajes, si acaso, con una mejor valoración por parte de los egresados de la UNAM en el caso de la expectativa que hace referencia a una empresa socialmente responsable.

La valoración más baja de PRP incluyó cuestiones del contexto físico y cuidado del ambiente (R16, R18, R17, áreas limpias, ahorro de energía y menor ruido), y puede interpretarse como una adaptación a condiciones que son comunes al contexto de la ciudad, lo cual es un llamado de atención no sólo para el aspecto ambiental, sino de salud, puesto que se da prioridad al salario o crecimiento profesional a costa de un ambiente sano.

Por otra parte, las diferencias estadísticamente significativas entre instituciones significan que los egresados del IPN presentan expectativas más altas; esto se refleja también en las comparaciones por medias escalares de los

tres factores por área de conocimiento que muestran expectativas más altas en el área 1, donde se agrupan carreras de las ciencias fisicomatemáticas y de las ingenierías; es decir, los egresados de dichas carreras cuentan con expectativas de mayor probabilidad de obtención de los rubros de salud, salario y crecimiento profesional. Los resultados de la Encuesta Nacional de Egresados de la Universidad del Valle de México (2019), derivada de entrevistar a egresados de universidades públicas y privadas, va en concordancia con este dato del área 1, respecto de un mayor ingreso salarial reportado.

La ubicación relativa de las expectativas ambientales y las laborales, al priorizar estas últimas, muestra que el egresado del IPN y la UNAM jerarquiza su seguridad laboral primero y enseguida el cuidado del medio ambiente. La comparación realizada en este trabajo abarca carreras de las cuatro áreas de conocimiento, dato que también señala la tendencia similar de valoración de las expectativas laborales y ambientales, lo que nos muestra que en estas instituciones educativas que constituyen las más grandes del país, la ambientalización curricular apenas tiene una presencia moderada. Este hallazgo es importante, ya que la exigencia de cuidar el medio ambiente ha visto aumentar la demanda de creación de empleos verdes, un currículo más apegado a la meta de sustentabilidad en estos años de mitigación y adaptación al cambio climático (Wiernik et al., 2013).

Este trabajo representa una primera exploración del tema y, posiblemente, un primer esfuerzo por abordar el asunto de las expectativas ambientales en los egresados. Es claro que se requiere ampliar el número de universidades participantes y ajustar la escala para contar con una perspectiva más completa sobre la disposición de los egresados cuyas expectativas no dejan de lado atender y esperar empleos que satisfagan la necesidad planteada por una sociedad que busca ser sustentable.

REFERENCIAS

- Baskakova, D. Y., Belash, O. Y. y Shestopalov, M. Y. (noviembre, 2017). *Graduate's employment: Expectation and reality*. Trabajo presentado en 2017, IEEE VI Forum Strategic Partnership of Universities and Enterprise of Hi-Tech Branches. Resumen recuperado de <https://ieeexplore.ieee.org/document/8246070>.
- Benn, S., Teo, T. T. S. y Martin, A. (2015). Employee participation and engagement in working for the environment, *Personnel Review*, 44, 492-510. DOI: 10.1108/PR-10-2013-0179.
- Corral, V. V. (2001). *Comportamiento proambiental*. Resma.
- Fujii, S. y Taniguchi, A. (2013). Promoting pro-environmental intentions. Theoretical background and practical applications of travel feedback programs for car use reduction. En V. Corral-Verdugo, C. H. García-Cadena y M. Frías-Armenta (Eds.), *Psychological Approaches to Sustainability* (pp. 141-160). Nova Science Publishers.
- Gifford, R. (2014). Environmental psychology matters. *Annual Review of Psychology*, 65, 541-579. DOI: 10.1146/annurev-psych-010213-115048.
- Halpenny, E. A. (2010). Pro-environmental behaviours and park visitors: The effect of place attachment. *Journal of Environmental Psychology*, 30, 409-421. DOI: 10.1016/j.jenvp.2010.04.006.
- De Leeuw, A., Valois, P., Ajzen, I. y Schmidt, P. (2015). Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. *Journal of Environmental Psychology*, 42, 128-138. DOI: 10.1016/j.jenvp.2015.03.005.
- Leygue, C., Ferguson, E. y Spence, A. (2017). Saving energy in the workplace: Why, and for whom? *Journal of Environmental Psychology*, 53, 50-62. DOI: 10.1016/j.jenvp.2017.06.006.
- López Chánez, C. F., Casique Guerrero, A. y Ferrer Guerra, J. (2007). La satisfacción hacia el trabajo. Un análisis basado en las teorías de expectativa y equidad. *Entelequia: Revista Interdisciplinaria*, 3, 219-234.
- Martínez, G. J. y Sánchez, S. J. J. (1981). Intervalidación social de estrategias docentes en la Facultad de Psicología. *Métodos docentes*, UNAM, 3, 9-48.
- Moreno-Jiménez, B., Villa, G. F. I., Rodríguez, C. R. y Villalpando, U. J. (abril/junio, 2009). Consecuencias positivas y negativas en el trabajo: el rol de las

- expectativas laborales en el proceso de desgaste profesional. *Ciencia & Trabajo*, 11(32), 80-84.
- Oskamp, S. (2000). A sustainable future for humanity? How can psychology help? *American Psychologist*, 55(5), 496-508.
- Paillé, P. y Meija-Morelos, J. H. (2019). Organisational support is not always enough to encourage employee environmental performance. The moderating role of exchange ideology. *Journal of Cleaner Production*, 220, 1061-1070. DOI: 10.1016/j.jclepro.2019.02.192.
- Poortinga, W., Steg, L., Vlek, C. y Wiersma, G. (2003). Household preferences for energy-saving measures: A conjoint analysis. *Journal of Economic Psychology*, 24, 49-64. DOI: 10.1016/S0167-4870(02)00154-X.
- Saphores, J. D. M., Ogunseitan, O. A. y Shapiro, A. A. (2012). Willingness to engage in a pro-environmental behavior: An analysis of e-waste recycling based on a national survey of U.S. households. *Resources, Conservation and Recycling*, 60, 49-63. DOI: 10.1016/j.resconrec.2011.12.003.
- Savolainen, R. (2018). Self-determination, expectancy-value, comparison of cognitive psychological approaches to motivators for information seeking about job opportunities. *Aslib Journal for Information Management*, 70(1), 123-140. DOI: 10.1108/AJIM-10-2017-0242.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) (2019). Ley Federal del Trabajo. Recuperado de http://www.stps.gob.mx/bp/secciones/junta_federal/secciones/consultas/ley_federal.html
- Shivadas, T. R. y Ganesh, M. P. (2014). Understanding pro-environmental behaviours at workplace: Proposal of a model. *Asia-Pacific Journal of Management Research and Innovation*, 10(2), 137-145.
- Staddon, S. C., Cyclic, C., Goulden, M., Leygue, C. y Spence, A. (2016). Intervening to change behaviour and save energy in the workplace: A systematic review of available evidence. *Energy Research & Social Science*, 17, 30-51. DOI: 10.1016/j.erss.2016.03.027.
- Universidad del Valle de México (2019). Centro de Opinión Pública. Encuesta Nacional de Egresados. Recuperado de <https://opinionpublicaavm.mx/estudios/encuesta-nacional-de-egresados-2019>.
- Vargas-Martínez, E., Olivares-Linares, A. A., Tamayo-Salcedo, A. L. y Santos-López, A. (2017). Comportamientos proambientales de los empleados de la hotelería. El caso de un hotel certificado en Huatulco, México. *Gestión*

- y Ambiente*, 20(1), 9-21. DOI: 10.15446/ga.v20n1.58681.
- Villa, G. F. I. (2010). *El desgaste profesional en trabajadores mexicanos de la salud: el papel de las expectativas laborales y el significado del trabajo* [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid].
- Villa-George, F. I., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A. y Villalpando, U. J. (2011). Factorial validity of the job expectations questionnaire in a sample of Mexican workers. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 1010-1017. DOI: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.46.
- Vroom, V. H. (1964). *Work and motivation*. Wiley.
- Vroom, V. H. (2005). On the origins of expectancy theory. En K. G. Smith y M. H. Hitt (Eds.), *Great minds in management. The development of theory* (pp. 239-258). Oxford University Press.
- Wesselink, R., Blok, V. y Ringersma, J. (2017). Pro-environmental behaviour in the workplace and the role of managers and organization. *Journal of Cleaner Production*, 168, 1679-1687. DOI: 10.1016/j.jclepro.2017.08.214.
- Wiernik, M. B., Ones, S. D. y Dilchert, S. (2013). Age and environmental sustainability: A meta-analysis. *Journal of Managerial Psychology*, 28, 826-856. DOI: 10.1108/JMP-07-2013-0221.
- Xu, X., Arpan, L. M. y Chen, C. (2015). The moderating role of individual differences in responses to benefit and temporal framing of messages promoting residential energy saving. *Journal of Environmental Psychology*, 44, 95-108. DOI: 10.1016/j.jenvp.2015.09.004.



