











TÓPICOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO







TÓPICOS DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL ÁMBITO UNIVERSITARIO

JUAN CARLOS SÁNCHEZ SOSA
MARÍA ELENA VILLARREAL GONZÁLEZ

Compiladores

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN





UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE NUEVO LEÓN

Secretaría de Extensión y Cultura

Jesús Áncer Rodríguez
Rector

Rogelio G. Garza Rivera
Secretario General

Rogelio Villarreal Elizondo
Secretario de Extensión y Cultura

Celso José Garza Acuña
Director de Publicaciones

José Armando Peña Moreno
Director de la Facultad de Psicología

Padre mier 909 poniente, esquina con Vallarta,
Centro, Monterrey, Nuevo León, México, C.P. 64000
Teléfono: (5281) 8329 4111 / Fax: (5281) 8329 4095
e-mail: publicaciones@seyc.uanl.mx
Página web: www.uanl.mx/publicaciones

Primera edición, 2011

© Universidad Autónoma de Nuevo León

© Consorcio de Universidades mexicanas

© Juan Carlos Sánchez Sosa / María Elena Villarreal González

ISBN: 978-607-433-571-2

Impreso en Monterrey, México
Printed in Monterrey, Mexico



PRÓLOGO

La transición del concepto biologicista de la salud hacia una concepción integral que involucra factores sociales y psicológicos ha propiciado una participación multidisciplinar en este ámbito. El compromiso ético y disciplinar que conlleva el planteamiento psicológico tanto en la promoción de la salud, así como en las etapas de la enfermedad y los niveles de prevención de la misma, ha generado un arduo trabajo de investigación en las instituciones universitarias de nuestro país.

El Consorcio de Universidades Mexicanas (CUMex) fiel a su visión de “*construir un espacio común de educación superior de buena calidad, flexible y socialmente pertinente a los grandes problemas de México y frente a los retos que nos imponen la globalización y la sociedad del conocimiento en el siglo XXI*”, a través de su Cátedra en Psicología “Julietta Heres Pulido” ha logrado plasmar en este proyecto editorial diversos trabajos de investigación, así como de opinión y divulgación de siete instituciones universitarias pertenecientes al CUMex, Además de contar en dos de los capítulos con colaboración internacional, al participar investigadores de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España.

Este libro, caracterizado por la pluralidad tanto en las temáticas tratadas como en las concepciones teóricas plasmadas, representa





un marco de respeto a la diversidad de opiniones. Sin embargo, resulta preciso aclarar que esta condición no es más que un reflejo del carácter pre paradigmático de nuestra disciplina, la cual no ha podido establecer aun un objeto de estudio consensuado.

Si pretendemos que la Psicología de la Salud desarrolle entre sus profesionales competencias pertinentes que le permitan en el plano terapéutico pasar de un nivel de asistencia meramente consultiva (en donde la responsabilidad del paciente sigue siendo del médico) a un nivel de colaboración interdisciplinaria que implique la responsabilidad compartida respecto al estado de salud del paciente, es necesario trascender el plano de las conciliaciones convenientes, cuyo único resultado ha sido la generación de hibridaciones conceptuales espurias.

La Psicología contemporánea enfrenta el riesgo de convertirse en una disciplina ecléctica cuya característica principal es no tomar en cuenta o bien confundir los lineamientos científicos en la construcción de sus postulados teóricos, así como en el diseño y aplicación de sus técnicas terapéuticas. Como corolario de esta práctica ecléctica la Psicología actual se está convirtiendo en un menú casi infinito de ensaladas conceptuales las cuales son producto de hibridaciones teóricas endebles lo que ocasiona que la actividad profesional del psicólogo se oriente hacia la practica terapéutica empírica de una orientación eminentemente pragmática en vez de basar la práctica profesional fundamentada en el quehacer científico.

La Psicología de la Salud inmersa en un marco interdisciplinar tiene el compromiso de adoptar modelos teórico-metodológicos que permitan por un lado, una delimitación precisa de lo psicológico, y por otro la determinación de categorías analíticas que expliquen y evalúen en estricta relación con las medidas biológicas y sociales pertinentes a la salud y la enfermedad.

Este libro, representa un esfuerzo en la construcción de una Psicología que en el ámbito de la salud, cubra las expectativas éticas y profesionales que demanda una sociedad en constante evolución. El libro se divide en dos secciones, la primera que corresponde a los primeros seis capítulos en los que se hace referencia a investigaciones empíricas realizadas con adolescentes y jóvenes universitarios





en donde se analizan diversas problemáticas relacionadas con el campo de la salud. Los escritos que conforman la segunda parte son reseñas de tópicos relevantes en la Psicología de la Salud.

En el primer capítulo, investigadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España, estiman y contrastan mediante la técnica estadística de ecuaciones estructurales un modelo explicativo de la ideación suicida en adolescentes escolarizados que integra factores familiares, escolares y personales, encontrando una relación directa entre la victimización escolar, la sintomatología depresiva y las conductas alimentarias de riesgo con la ideación suicida.

En el segundo Capítulo de la Universidad de Colima, se muestran los resultados de la validación y confiabilidad del Eating Attitudes Test (EAT-26) en estudiantes universitarios, mismos que sugieren que la adaptación realizada posee propiedades psicométricas adecuadas y una estructura factorial tridimensional al igual que en el estudio original.

Los altos índices de divorcio así como las dificultades relacionales de pareja motivaron el estudio presentado en el tercer capítulo por la Universidad Autónoma de Nuevo León sobre las características dimensionales, estructurales y de significado en el esquema relacional de pareja en jóvenes universitarios encontrando que los jóvenes utilizan un modelo de algebra cognitiva similar al de un ideal romántico.

Investigadores de la Universidad de Tamaulipas, muestran en el cuarto capítulo, una investigación sobre la salud mental y los estilos de vida en estudiantes universitarios con el objetivo de evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios y determinar los estilos de vida como factor de riesgo o protección de la misma. Los resultados muestran, que uno de cada cinco alumnos universitarios participantes, presenta alteraciones de salud mental; el consumo de tabaco y/o drogas, aparece como un factor de riesgo en las alteraciones de la salud mental, mientras que la actividad física, destaca como un factor de protección.

La Universidad Autónoma de Ciudad Juárez en el quinto capítulo presenta un cuestionario de ejercicio basado en el modelo





transteórico de cambio de la conducta. A través de un análisis factorial confirmatorio se obtuvo una solución de cuatro factores. Para el cuestionario final se eligieron los cinco reactivos con más saturación por factor para un total de 20 reactivos.

En el sexto capítulo, la Universidad Autónoma de Yucatán realiza una investigación sobre la validación de la escala auto informada de inteligencia emocional (EAIE) en Universitarios. Los resultados de este trabajo reportan que la EAIE cumple adecuadamente los criterios tanto de validez como de confiabilidad, teniendo como prueba final un instrumento de escala likert de autoinforme que mide las habilidades de la inteligencia emocional en 185 reactivos distribuidos en once factores.

El séptimo capítulo de la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España, es el primer trabajo de la segunda sección en el que se plantea una perspectiva teórica general sobre la violencia escolar que contempla variables individuales, familiares, escolares y sociales para explicar la conducta violenta. Las ideas que aporta este capítulo tienen el propósito de coadyuvar en la práctica profesional del psicólogo así como en la elaboración de programas de intervención en la escuela, con el fin de proporcionar a los adolescente escolarizados, los recursos necesarios que le ayuden a disminuir la probabilidad de implicación en actos de violencia escolar, al tiempo que se promueve el desarrollo de una experiencia escolar más satisfactoria.

En el octavo capítulo de la Universidad Autónoma de Coahuila se hace un análisis de la relación trabajo y estrés y su influencia en la salud mental. Producto del rápido desarrollo de la tecnología, la expansión, que implica auge de la mercadotecnia, y a los rápidos cambios sociales, económicos y políticos, las organizaciones actuales se encuentran inmersas en un ambiente de inestabilidad con lo cual se convierten en generadoras de estrés. En este capítulo se examinan los efectos positivos y negativos del estrés y como estos inciden en la salud integral de las personas. El noveno capítulo titulado Indicadores personales presentes en el estudiante universitario de la Universidad Autónoma de





Zacatecas describe una de las principales áreas psicosociales en el estudiante universitario denominada por sus autores como el área personal, la cual tiene como principales indicadores: la satisfacción con la figura corporal, el auto concepto, el estado de ánimo, así como sus metas y objetivos.

Finalmente, el decimo capítulo a cargo de la Universidad Autónoma de Nuevo León aborda el tema de la conducta sexual, realizando un análisis de los diversos factores de riesgo a la vez que, se realizan algunas recomendaciones generales de intervención, basadas en la teoría cognitivo-social de Bandura y la terapia focal.

Juan Carlos Sánchez Sosa
Universidad Autónoma de Nuevo León
Febrero 2011





IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES: UN MODELO EXPLICATIVO

*Juan Carlos Sánchez-Sosa**
*María Elena Villarreal-González**
*Gonzalo Musitu Ochoa***
*Belén Martínez Ferrer***

**Universidad Autónoma de Nuevo León*

***Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España*

Desde una perspectiva psicosocial se especificó y contrastó un modelo explicativo de efectos directos e indirectos para predecir ideación suicida en adolescentes escolarizados que integre variables contextuales y personales, mediante un estudio explicativo de tipo trasversal. Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior seleccionada de cuatro instituciones educativas dos de nivel secundaria y dos de educación media superior de la zona norte del País. Los instrumentos empleados reportaron índices adecuados de fiabilidad. Se contrastó el modelo con la técnica de ecuaciones estructurales utilizando el paquete estadístico EQS 6.1. Los resultados muestran que el modelo obtuvo un 33.10 % de varianza explicada y niveles adecuados de bondad de ajuste tanto en los tres índices de bondad de ajuste absoluto (RMSEA=.41; GFI=.953; AGFI=.939) como en los cuatro índices de ajuste comparativo (NFI=.925; NNFI=.943; CFI=.951; IFI [Δ] =.952). Se concluye que el Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS) se ajusta bien a los datos y es compatible con el modelo teórico, al integrar una estructura contextual que presenta una relación indirecta y significativa del contexto familiar y escolar, así



como una relación causal significativa de las variables personales con la ideación suicida.

El suicidio es, sin duda un comportamiento complejo producto de una multiplicidad de factores que la investigación en el tema aun no termina de precisar y que sin embargo representa el punto culminante y fatal en la vida de muchas personas. El suicidio representa la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo (Suk, et al. 2009; World Health Organization, 2001). La Organización Mundial de la Salud (2006) informa que aproximadamente un millón de personas murieron por suicidio en el año 2000, y que las tasas de suicidio global han aumentado en un 60% en los últimos 45 años. La mayoría de los países en todo el mundo están reportando un aumento en las tasas de suicidio entre los adolescentes.

En México, entre 1990 y 2000 la tasa de mortalidad por suicidios se duplicó en el grupo de 11 a 19 años, con un incremento todavía más marcado entre las mujeres (Puentes-Rosas, López-Nieto & Martínez-Monroy, 2004). Además, el impacto psicológico y social que genera el suicidio afecta directamente a otras personas. La OMS en el 2000, señala que en promedio, un suicidio individual afecta íntimamente al menos otras seis personas y en caso de ocurrir en una institución educativa o en el sitio de trabajo, el impacto se extiende.

Pérez (1999) define el suicidio como un continuo que va desde la ideación en sus diferentes expresiones (preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal, deseo de muerte) pasando por el intento suicida, hasta el suicidio consumado. La investigación en ideación suicida, así como la identificación de factores asociados a esta, resultan de particular importancia en la prevención del suicidio.

La ideación suicida es un fenómeno multifactorial, complejo e interrelacionado en donde intervienen factores familiares, escolares y personales (Cheng, et al. 2009). En relación al contexto familiar, Lai & Shek (2009) en una investigación de 5557 estudiantes de secundaria de Hong Kong reportan correlaciones significativas ($r = -.460$) entre funcionamiento familiar y la ideación suicida. Por su parte, Van Renen & Wild (2008) en un estudio comparativo encontraron que el grupo que reporto ideación suicida también





informo una menor comunicación y conflictos con sus padres. En un estudio de prevalencia realizado en la Ciudad de México, Pérez- Amezcua, et al (2010) concluyeron que los estudiantes que refirieron tener poco apoyo familiar tienen un 69% más posibilidad de presentar ideación suicida.

La escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo, Sánchez-Sosa (2009) encontró una relación negativa y significativa entre el ajuste escolar y la ideación suicida. Por su parte, Perez-Amezcua, et al, (2010) refieren que los adolescentes con poco reconocimiento escolar son más proclives a manifestar ideación suicida. Por otra parte, Bonanno & Hymel (2010) determinaron mediante un análisis de regresión que la victimización escolar es un factor predictivo de ideación Suicida. El factor personal o psicológico representa el grupo de variables con una mayor relación con la ideación suicida. Diversas investigaciones sobre el tema reportan que la depresión es la variable más relacionada (Au, Lau, & Lee, 2009; Garlow, S. et al. 2008; McLaren, & Challis, 2009 Sánchez-Sosa, 2009), inclusive se plantea que un estado de ánimo depresivo se debe de considerar como una condición previa necesaria para la presencia de ideación suicida (Hintikka, et al, 2009).

Estudios recientes han encontrado una relación importante entre variables asociadas a problemas alimentarios y la ideación suicida. Goldney, Dunn, Air, Dal Grande, & Taylor, (2009) realizaron un estudio para determinar la relación entre índice de masa corporal, salud mental e ideación suicida en el cual concluyen que no existe relación entre valores altos de índice de masa corporal e ideación suicida. En una investigación con adolescentes coreanos, Don-Sik, Youngtae, Sung-Il & In-Sook (2009) encontraron una relación significativa entre valores bajos de índice de masa corporal, conductas alimentarias de riesgo y la ideación suicida. Estos hallazgos sugieren que más que una relación con índices antropométricos, la ideación suicida está asociada a trastornos de conducta alimentaria.

La autoestima, es también una variable relacionada con la ideación suicida. Miranda, Cubillas, Román & Valdez, (2009)





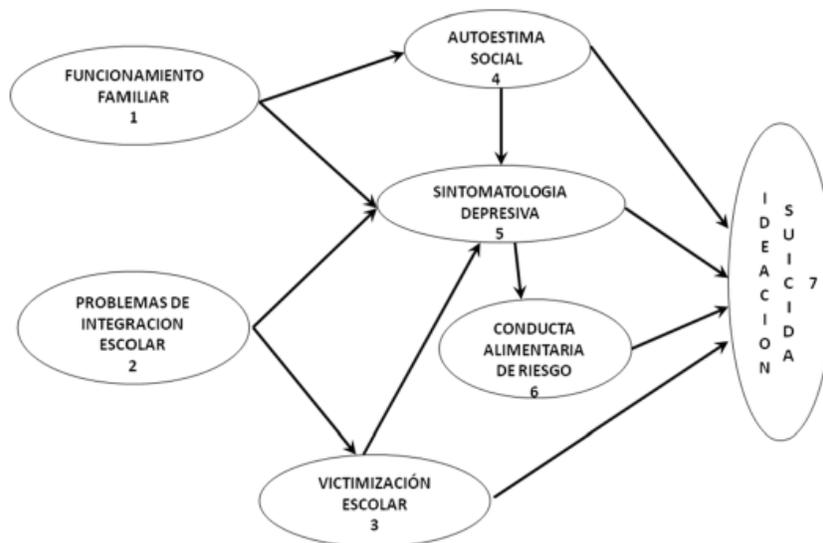
encontraron diferencias significativas en donde observaron que el grupo con ideación presenta una autoestima más baja en comparación con el grupo sin ideación, por otra parte, Au, Lau, & Lee, (2009) encontraron correlaciones significativas con medidas de auto concepto social.

La multiplicidad de factores de diversa índole relacionados con la ideación suicida motivo el presente estudio, el cual tiene como objetivo especificar y contrastar un modelo de efectos directos e indirectos para explicar ideación suicida en adolescentes escolarizados, que integre variables personales (autoestima social, sintomatología depresiva, conducta alimentaria de riesgo) y variables contextuales familiares (funcionamiento familiar) y escolares (ajuste y victimización escolar) desde una perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 2002).

Es en esta multiplicidad y complejidad de factores y contextos relacionados con la ideación suicida donde se enmarca el presente trabajo. El objetivo es contrastar un modelo explicativo hipotético en adolescentes escolarizados en el que se analizan los efectos directos e indirectos en la ideación suicida a partir de variables personales (autoestima social, sintomatología depresiva, conducta alimentaria de riesgo) y variables contextuales familiares (funcionamiento familiar) y escolares (ajuste y victimización escolar). El interés de este objetivo radica en el hecho de que en la literatura sobre el tema existen muy pocas investigaciones en las que se hayan analizado la influencia conjunta de diversos contextos y variables personales (Sun, Hui & Watkins 2006; Yoder & Hoyt, 2005). Se considera que con este análisis se coadyuvará en la explicación de este problema y servirá de base para el diseño de programas de prevención de la ideación suicida. La representación grafica del modelo teórico denominado Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS), se presenta en la Figura 1.



Figura 1. Modelo Hipotético de Ideación Suicida



Método

Participantes

Se utilizó una muestra probabilística estratificada de 1285 estudiantes mexicanos de escolaridad media y media superior. Los adolescentes de la muestra tienen edades comprendidas entre los 12 y los 21 años, con una media de edad de 15.07 y una desviación estándar de 1.5. La muestra presenta porcentajes equivalentes en género con 645 mujeres y 640 hombres.

El tamaño de muestra se estimó con el programa n Query Advisor 6.0. En el nivel de secundaria la muestra de 634 (49.5%) sujetos quedó conformada por 305 alumnos de una selección de 12 grupos de una secundaria. Para la otra institución educativa de nivel secundaria se seleccionó una muestra de 329 alumnos extraídos también de 12 grupos seleccionados al azar.



Los 651 (50.5%) sujetos seleccionados de la muestra del nivel de educación media superior quedo integrada por 348 alumnos seleccionados de 10 grupos del plantel ubicado en uno de los municipios conurbados, de la preparatoria del otro municipio se seleccionaron también 10 grupos con una muestra de 304 alumnos.

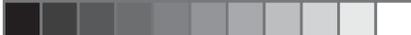
Instrumentos

El análisis de los predictores de ideación suicida se dividió en dos grupos: variables contextuales y variables personales. Las variables contextuales fueron funcionamiento familiar, ajuste escolar y victimización escolar, utilizando las siguientes escalas:

Cuestionario de Funcionamiento Familiar, APGAR Familiar. Smilkstein, Ashworth & Montano (1982). El Cuestionario Family APGAR mide las siguientes características familiares de las cuales toma su nombre (APGAR): Adaptación (utilización de recursos para la procuración del bien común y la ayuda mutua para la resolución de problemas familiares) Participación (distribución solidaria de responsabilidades familiares se comparten y resuelven los problemas), Gradiente de Crecimiento (autorrealización de los miembros de la familia), Afecto (relación afectiva entre los miembros de la familia) y Resolución (compartir tiempo y recursos en la resolución de problemas).

Esta escala fue adaptada al castellano por Bellon, Luna & Lardelli (1996). La escala original mostró una consistencia interna de $\alpha = .84$. Se obtuvo la misma consistencia en una muestra chilena (Caqueo & Lemos, 2008). Es una escala unifactorial tipo likert de tres opciones de respuesta (casi nunca, a veces, casi siempre) que consta de 5 reactivos y proporciona un nivel general de funcionamiento familiar (por ejemplo, «¿Estás satisfecho con la ayuda que recibes de tu familia cuando tienes algún problema?», «¿Sientes que tu familia te quiere?»). En el presente estudio la escala obtuvo una consistencia interna de $\alpha = .79$. Este cuestionario se ha utilizado en diversos estudios, para la valoración familiar en casos de alcoholismo, sida, depresión y embarazos en adolescentes



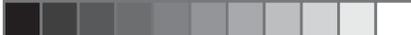


(Rangel, Valerio, Patiño & García, 2004). Para su codificación se estiman valores de > 6 como funcional y < 6 como disfuncional. En algunos casos, se valora de 0 a 3 como disfunción grave y de 3 a 6 como leve y la funcionalidad familiar se contemplan las puntuaciones de 7 a 10. En la validación española de Bellon, Delgado, Luna & Lardelli (1996) la fiabilidad test-retest Pless-Satterwhite Family Function Índice. El análisis factorial de la validación española reveló la existencia de un único factor en la escala integrado por los 5 ítems, que explicó el 61.9% de la varianza. El índice de Kaiser-Mayer-Olkin fue de .82 y el test de esfericidad de Bartlett de 1.315.2 ($p < 0.000050$). Sánchez-Sosa, Villarreal-González & Musitu (2010) Al igual que en la escala original reportan mediante un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por componentes principales una estructura unifactorial que explica el 55.14% de la varianza, obteniendo también un índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin con un valor mayor a .70 ($MSA = .817$) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(10) = 1734$ $p = .000$).

Escala breve de ajuste escolar (Moral, Sánchez-Sosa & Villarreal-González 2010). La escala breve de ajuste escolar es una escala multidimensional para evaluar el grado en que el adolescente está integrado a su medio escolar, en la que se contemplan diversos factores relacionados con la adaptación psicosocial del adolescente en el medio educativo, así como el rendimiento escolar y las expectativas académicas de los alumnos. Moral, Sánchez-Sosa & Villarreal-González (2010) al factorizar por Componentes Principales, con base en el criterio Káiser, definieron tres factores que explican el 59.597% de la varianza total: 1. Problemas de integración escolar: Está constituida por cinco reactivos que reflejan problemas de adaptación al medio escolar («creo que la escuela es aburrida»); 2. Rendimiento escolar: Está constituida por tres reactivos («disfruto realizando mis tareas escolares») y, 3. Expectativa académica: Está constituida por dos reactivos («Estoy interesado/a en asistir a la Universidad »).

Escala tipo likert con un recorrido de respuesta de 1 a 6 (que van de completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo).





El rango de la escala va de 10 a 60.

Problemas de integración escolar (6, 7, 8, 9 y 10)

Rendimiento Escolar (1, 2 y 5)

Expectativa Académica (3 y 4)

Para la determinación de cada uno de los factores todos los reactivos son considerados positivos. Sin embargo, para una estimación general de la escala que integre los factores en el constructo denominado Ajuste Escolar será necesario invertir los ítems de la dimensión problemas de integración Escolar.

Se emplea la sub escala de problemas de integración escolar que consta de cinco reactivos y presenta una consistencia interna de $\alpha=.84$.

Escala de conductas predelictivas de Rubini y Pombeni. Escala de conductas predelictivas de Rubini & Pombeni (1992). Consta de 23 reactivos dicotómicos con una consistencia interna de $\alpha=.87$. Para el presente estudio se utilizó la adaptación al castellano (Cava, Musitu & Murgui, 2006) que consta de 19 reactivos tipo likert de cinco opciones de respuesta (nunca, casi nunca, algunas veces, bastantes veces y muchas veces). La escala presenta dos factores: el primero de ellos mide conductas agresivas o predelictivas («he pintado o dañado las paredes de la escuela», «he insultado a compañeros/as de clase») y, el segundo, victimización («Algún compañero me insultó o me pegó», «Se burlaron de mí en clase o me hicieron daño»). La escala global de la adaptación española reporta una fiabilidad $\alpha= .92$ que es similar a la obtenida en el presente estudio $\alpha=.93$). Para la presente investigación se utilizó la subescala de victimización que consta de seis reactivos y un coeficiente Alpha de Cronbach de $\alpha .84$. La dimensión victimización muestra correlaciones positivas con la presencia de sintomatología depresiva y de estrés percibido. La dimensión conducta violeta correlaciona negativamente con la actitud positiva hacia la autoridad, la autoestima familiar y el apoyo familiar.

Para medir las variables personales de sintomatología depresiva, autoestima social, y conducta alimentaria de riesgo se utilizaron las siguientes escalas.

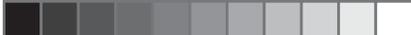




Cuestionario de evaluación de la sintomatología depresiva de Radloff (1977). La versión original muestra una consistencia interna de $\alpha = .85$ con una muestra aleatoria, y $\alpha = .90$ con una muestra clínica. La fiabilidad de la escala global de la adaptación Española es de $\alpha = .83$. La escala original está integrada por 20 reactivos, con un rango de 0 a 3 y un recorrido de 0 a 60. Los reactivos de la escala fueron seleccionados por Radloff de otras escalas de depresión. De los 20 reactivos, 16 están redactados de forma directa (1,2,3,5,6,7,9,10,11, 13,14,15,17,18,19,20) y 4 en forma inversa (4,8,12, 16). En el instrumento adaptado, la escala tipo likert se amplía de 4 a 5 posibilidades de respuesta (nunca, pocas veces, algunas veces, muchas veces, siempre). Por lo que a diferencia de la escala original el recorrido de la adaptación va de 20 a 100. Este instrumento, evalúa la sintomatología asociada normalmente con la depresión, pero no evalúa la depresión en sí misma por ejemplo, («Creí que mi vida había sido un fracaso», «Me sentí solo/a», «Tenía ganas de llorar»). Tanto la adaptación al castellano como la escala original reportan una estructura mono factorial. La estimación de la escala se obtiene mediante la suma de todos los reactivos por que se tienen que invertir los valores de los reactivos redactados en sentido inverso (4,8,12,16). A mayor puntaje mayor ánimo depresivo. Para el presente estudio la escala mostró un coeficiente Alpha de Cronbach de $\alpha .82$.

Cuestionario de evaluación de autoestima en adolescentes AF5 de García y Musitu (1999). Es un instrumento de 30 reactivos formulados en términos positivos y negativos que miden el autoconcepto de los sujetos en cinco dimensiones: académica («mis profesores me estiman»), familiar («me siento querido por mis padres»), física («Soy una persona atractiva»), social («soy una persona amigable») y emocional («me asusto con facilidad»). La estructura pentadimensional se fundamenta en el modelo teórico de Shavelson, Hubner & Stanton (1976), quienes, entre otras características como la organización jerárquica a partir de una dimensión general, consideran que el autoconcepto presenta diversos aspectos relacionados (no ortogonales) pero distinguibles, que pueden encontrarse diferencialmente relacionados con





diversas áreas del comportamiento humano (Musitu, García & Gutiérrez, 1994). Cuenta con un rango de respuestas que oscila entre 1 (nunca) a 5 (siempre). A mayor puntuación en cada uno de los factores mencionados, corresponde mayor autoconcepto en dicha dimensión. La versión original reporta una consistencia interna de $\alpha = .81$ para la escala general. En cuanto a su validez, la escala discrimina entre hombres y mujeres; los hombres muestran mayor nivel de autoestima emocional y física que las mujeres, mientras que éstas muestran mayor nivel de autoestima académica. En relación con la autoestima académica y física los adolescentes de 12-14 años expresan, mayores niveles que los adolescentes de 15-17 y 18-20. Todas las dimensiones de la autoestima correlacionan positivamente con la dimensión de socialización de apoyo, y negativamente con las de coerción, sobreprotección y reprobación (Musitu, García & Gutiérrez, 1994). En este estudio se utilizó la subescala de autoestima social que consta de cinco reactivos. La consistencia interna obtenida para esta subescala es de $\alpha = .78$ y para la escala global $\alpha = .85$.

Cuestionario breve de conducta alimentaria de riesgo (Unikel-Santocini, Bojorquez-Chapela y Carreño-García 2004). El cuestionario fue elaborado a partir de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Consta de 10 preguntas sobre 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 auto inducido, uso de laxantes y de diuréticos). En la determinación de Conducta Alimentaria de Riesgo es factible recurrir a la sumatoria simple de los ítems ya que se considera como conducta de riesgo tanto la sobre ingesta como la restricción alimentaria, por lo que no es necesaria la conversión de ítems. Por otra parte, la estructura factorial permite también la especificidad analítica de acuerdo a características particulares de la CAR (sobre ingesta y dieta restrictiva [Purgativa y compensatoria]) mediante la sumatoria directa en cada uno de los factores. Todos los reactivos son positivos. La escala consta de 4 opciones de respuesta: nunca o casi nunca, algunas veces, frecuentemente (dos veces en una semana) o





muy frecuentemente (más de dos veces en una semana). La mayor puntuación en el cuestionario corresponde a mayor cantidad de anomalías en la conducta alimentaria.

Escala de Ideación Suicida. Se utilizó la adaptación para población mexicana (Mariño, Medina-Mora, Chaparro & González-Forteza) La escala consta de cuatro reactivos: «no podía seguir adelante», «tenía pensamientos sobre la muerte», «sentía que mi familia estaría mejor si yo estuviera muerto», y «pensé en matarme». Las opciones de respuesta permiten conocer la ocurrencia de los síntomas en la última semana: 1= “0 días”; 2= “1-2 días”; 3= “3-4 días”, y 4= “5-7 días”. El rango de la escala varía de 4 a 16. Todos los reactivos están redactados en sentido directo y la puntuación en la escala se obtiene por la suma simple de reactivos. Se suman todos los ítems y su recorrido es de 4 a 16 puntos. A mayor puntaje mayor ideación suicida.

La escala adaptada presenta una solución unifactorial que mide la ideación suicida en adolescentes que explica el 64.5% de varianza. En un estudio reciente, Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez-Ferrer (2010) reportan que el índice de adecuación de la muestra de Káiser-Meyer-Olkin toma un valor mayor a .70 ($MSA=.786$) y el test de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(6)=1725$ $p=.000$) rechaza la hipótesis nula de variables independientes, encontrando una estructura unifactorial que explica el 64.49% de varianza.

Procedimiento

Se aplicó el cuestionario de auto informe a cuatro centros educativos dos escuelas preparatorias y dos escuelas secundarias de la zona norte de México. En cada aula, se entregaron a cada alumno los cuestionarios a contestar asignándose dos encuestadores para cada grupo. Se solicitó la colaboración voluntaria garantizándoles la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. Para evitar el efecto de fatiga y la posibilidad de obtener respuestas falseadas se hicieron dos versiones de cuestionario.





Análisis de los Datos

Para el análisis estadístico de los datos se emplearon los paquetes estadísticos SPSS15 y EQS 6.0. En el análisis de las variables el nivel de significación estadística se fijó en .05. Se utilizó el Modelo de Ecuaciones Estructurales (SEM) con la finalidad de probar un modelo explicativo de la variable desadaptativa estudiada.

El Modelo SEM es una combinación de análisis factorial confirmatorio con regresión lineal múltiple que se utiliza para someter a prueba modelos de relaciones causales postuladas teóricamente entre variables observadas y variables latentes. Sin embargo es conveniente hacer hincapié en que esa relación causal no es del tipo llamada necesaria (cuando todos casos podrían ser prevenidos si la causa fuera removida) sino probabilística (Paneth & Susser, 2002). Por lo que la causalidad contenida en los modelos estructurales debe entenderse en el sentido de control estadístico y no en el sentido determinista de la manipulación experimental.

Es decir de lo que se trata es de obtener una estructuración causal de las relaciones teóricas como una manera de resumir el conocimiento de un fenómeno a través de un abordaje racional lógico en su estudio, si no existe una teoría consistente y explícita poco sentido tiene analizar o interpretar ni tan siquiera una correlación.

El Modelo SEM tiene su base en el análisis correlacional ya que parte del supuesto de que toda teoría implica un conjunto de correlaciones, si esta teoría es válida debe ser posible reproducir estos patrones de correlación en datos empíricos. (Dillon & Golstein, 1984). El Modelo SEM no es un método para descubrir causas, sino más bien es un método aplicado a modelos causales ya formulados con base en un conocimiento y consideración teórica (Quiroga, 1992).

Para el contraste del modelo estructural se contemplaron. Tres índices de bondad de ajuste absoluto:



- 1) El error medio cuadrático de aproximación a valores de la población (RMSEA) cuyo valor ideal es $\leq .5$, sin embargo se consideran favorables valores inferiores a 1
- 2) El índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI) el cual se interpreta como una proporción de varianza explicada análoga a R^2 en regresión múltiple, por lo que un GFI de 1.0 indicaría ajuste perfecto y que el modelo explica el 100% de la varianza en los datos observados. Por lo que entre más cercano a uno sea el valor mejor bondad de ajuste en este indicador. El criterio más comúnmente aceptado es de $\geq .90$.
- 3) El índice de bondad ajustado de Joreskog (AGFI) que ajusta el GFI tomando en cuenta los grados de libertad en el modelo a prueba. El criterio que se asigna regularmente a este indicador es $\geq .90$.

Asimismo se tomaron en cuenta cuatro índices de ajuste comparativo los cuales contrastan un modelo hipotetizado con el modelo de independencia que por definición tiene el peor ajuste. El modelo de independencia o modelo nulo es aquel en donde todas las correlaciones son próximas a cero, siendo el modelo saturado el otro lado del continuo (correlaciones perfectas).

Los índices de ajuste comparativo tomados en cuenta son:

- 1) El índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI) se interpreta como un porcentaje de incremento en la bondad de ajuste sobre el modelo nulo. Por lo que un valor reportado de .90 implica que el modelo hipotetizado ajusta 90% mejor que el nulo.
- 2) El índice no normado de Bentler-Bonett (NNFI) toma valores inferiores menores a cero se considera que con puntuaciones superiores a .90 se asume un adecuado ajuste.
- 3) El índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI) Toman valores entre 0 y 1. La regla práctica para el CFI es que valores de .90 o mayores son indicativos de ajuste razonable



- 4) Índice de ajuste de incremento de Bollen (IFI). Reintroduce un factor de escala para que los valores se mantengan en el rango de 0 a 1. Los valores comparativamente más altos que otros indican mejor ajuste

A continuación se presenta una tabla con los valores que reflejan un adecuado o inadecuado ajuste de cada uno de estos índices. Entre ambos se hallarían los valores aceptables (Moral, 2006a; Schermelleh-Engel, Moosbrugger & Muller, 2003).

RESULTADOS.

Mediante el empleo de la técnica de ecuaciones estructurales se contrastó el modelo explicativo previamente especificado para analizar la influencia directa e indirecta de factores contextuales y personales sobre ideación suicida. El modelo propuesto presenta un buen ajuste a los datos en los siguientes índices de ajuste: los indicadores prácticos de bondad de ajuste de Joreskog, comparativo de Bentler, delta de Bollen así como el índice normado de Bentler-Bonnet y el índice no normado de ajuste de Bentler-Bonnet (GFI=.953, CFI=.951 y Δ =.952, NFI=.925, NNFI=.943). Asimismo, el índice ajustado de Joreskog, (AGFI=.939) y el error cuadrático medio de aproximación de Steiger-Lind se ajustan a los valores considerados como pertinentes (RMSEA=.041).





Tabla 1. Bondad de ajuste modelo explicativo ideación suicida

Índices de ajuste	Valores		Modelo
	No Adecuado	Adecuado	Explicativo
Error cuadrático medio de aproximación (RMSEA)	>.099	≤.05	.041
Índice de bondad de ajuste de Joreskog (GFI)	<.85	≥.95	.953
Índice de bondad ajustado de Joreskog (AGFI)	<.80	≥.90	.939
Índice de ajuste normado de Bentler-Bonett (NFI)	<.80	≥.90	.925
Índice de ajuste no normado de Bentler-Bonett (NNFI)	<.85	≥.95	.943
Índice comparativo de ajuste de Bentler (CFI)	<.85	≥.95	.951
Índice de Ajuste de Incremento o Δ de Bollen (IFI)	<.80	≥.90	.952

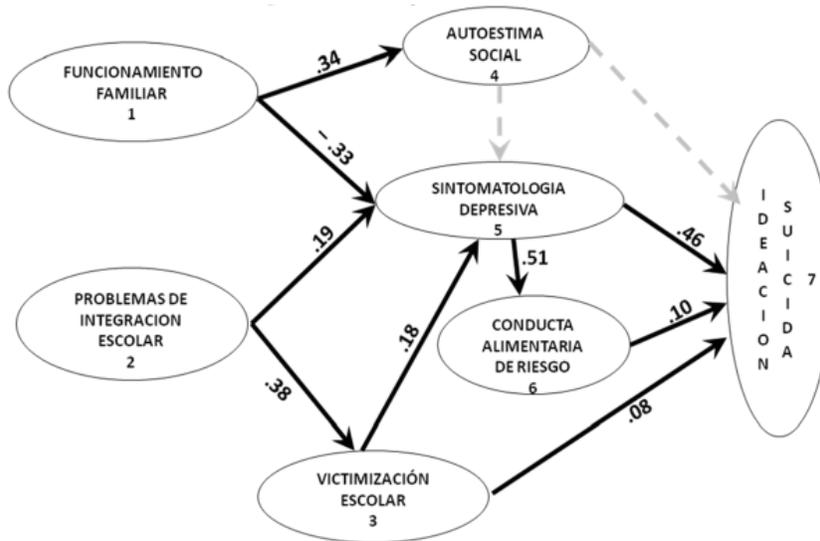
En la figura 2 se especifica el modelo estructural el cual cuenta con un 33.10% de la varianza explicada. Los resultados confirman una influencia indirecta de las variables familiares y escolares. Asimismo las variables personales de sintomatología depresiva, conducta alimentaria de riesgo y victimización escolar muestran efectos directos con la variable dependiente. Sin embargo, la relación directa e indirecta de la autoestima social con la ideación suicida resulto no ser significativa.

El efecto indirecto de las variables contextuales con la variable dependiente se muestra en la figura 2, en donde funcionamiento el familiar y los problemas de integración escolar tiene una relación directa con la sintomatología depresiva ($\alpha = -.33$; $\alpha = .19$). A su vez, la sintomatología depresiva es la variable que mejor explica la ideación suicida al presentar una relación causal directa y positiva ($\alpha = .46$) y una relación indirecta a través del efecto directo con la conducta alimentaria de riesgo ($\alpha = .51$) la cual reporta también



una asociación directa y positiva con la variable dependiente ($\alpha = .10$). El contexto escolar presenta una segunda trayectoria de efectos indirectos y directos al observarse un efecto directo y positivo de los problemas de integración escolar y la victimización la cual a su vez presenta un doble efecto sobre la ideación suicida, indirecto a través de la sintomatología depresiva ($\alpha = .18$) y su influencia directa y positiva explicando la ideación suicida ($\alpha = .08$).

Figura 2. Modelo explicativo de Ideación Suicida



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ideación suicida caracterizada como trastorno es considerada como el inicio o primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumir el suicidio. Esta concepción reduccionista ha limitado la investigación de este grave problema a la simple identificación factores asociados entre los que se destaca a la depresión sin que se establezcan relaciones causales o de direccionalidad de las di-



versas variables asociadas. La literatura disponible sobre el tema al destacar su carácter multifactorial pone de manifiesto la necesidad de plantear modelos explicativos que coadyuven a la prevención de este problema, que deberá de ser considerado no como causa o síntoma sino más bien como consecuencia de una serie de factores de riesgo que potencian el desarrollo de conductas desadaptativas en los adolescentes y que a su vez propician la ideación suicida.

El Modelo Explicativo Psicosocial de Ideación Suicida (MEPIS), establece una serie de efectos directos e indirectos sobre la ideación suicida que permita plantear soluciones preventivas como de intervención. Específicamente el modelo plantea una trayectoria de efectos directos e indirectos sobre la ideación suicida que involucra variables contextuales y personales. Este modelo nos indica que cuando los adolescentes reportan un buen funcionamiento familiar y una adecuada integración familiar estos, pueden ser considerados como factores protectores indirectos de ideación suicida puesto que la condición de ajuste propiciaría que los adolescentes no se vean involucrados en conductas desadaptativas (victimización escolar, sintomatología depresiva y conducta alimentaria de riesgo) relacionados directamente con la ideación suicida.

Consideramos que una de las aportaciones más relevantes de este estudio es la implementación de modelos explicativos que incluyan contextos de interacción. Esto permite la planeación de programas específicos que favorezcan contextos promotores de salud. Por otra parte, la relación directa y significativa de las variables personales que impactan a la ideación suicida, facilitara el diseño de estrategias de intervención directamente relacionadas con las variables personales del modelo.

Si bien es cierto que diversos autores han señalado que existe una relación entre depresión e ideación suicida, no se especifica ni la direccionalidad ni el tipo de efecto o relación (Dies, et al, 2010; Pérez- Amezcua, et al, 2010). La trayectoria especificada y confirmada empíricamente en este estudio que señalan a la sintomatología depresiva como la variable que mejor predice la ideación suicida concuerda con los datos reportados por Park, et al. (2010) quienes en una investigación realizada en Corea con una muestra



de 11, 393 adolescentes, también reportan un efecto directo sobre la ideación suicida. Otro aspecto en el que se concuerda con el trabajo de estos investigadores es en lo referente a la varianza explicada ya que mientras el estudio coreano reporta un 39% de varianza explicada el nuestro explica un 33.10 % de varianza.

La diversidad de variables que inciden directamente con la ideación suicida (sintomatología depresiva, victimización escolar y conducta alimentaria de riesgo) es otro hallazgo a destacar de la presente investigación. Este hecho nos lleva a plantear la integración de otras variables relacionadas con la finalidad de construir modelos con mayor poder heurístico.

REFERENCIAS

- Au, A., Lau, S., & Lee, M. (2009). Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept *Adolescence*, 44(176), 851 – 868.
- Bellon, J., Delgado, A., Luna, J. & Lardelli, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*, 186, 289-96.
- Bonanno, R. & Hymel, S. (2010). Beyond Hurt Feelings: Investigating Why Some Victims of Bullying Are at Greater Risk for Suicidal Ideation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 420-440. doi: 10.1353/mpq.0.0051.
- Bronfenbrenner, U. (2002). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Caqueo, A. & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema*, 20, 577-582.
- Cava, M., Musitu, G. & Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18, 367-373.
- Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J. & Che, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior. *Child: care, health and development*. 35(3), 313–322. doi:10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x
- Dies, L., Azevedo, R., Jansen, K., Peretti, R., Lessa, B. & Tavares, R. (2010). Suicidal ideation in adolescents aged 11 to 15 years: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32(1), 37 – 41.
- Don-Sik, K., Youngtae, C., Sung-Il, C. & In-Sook, L. (2009). Body Weight Perception, Unhealthy Weight Control Behaviors, and Suicidal Ideation Among Korean Adolescents. *Journal of School Health*, 79(12), 585 – 592.
- García, F. & Musitu, G. (1999). *Autoconcepto Forma 5*. Madrid: TEA.
- Garlow, S. et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: results from the American foundation for suicide prevention college screening project at emory University. *Depression And Anxiety* 25, 482–488. doi 10.1002/da.20321



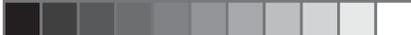
- Goldney, R., Dunn, K., Air, T., Dal Grande, E. & Taylor, A. (2009). Relationships between body mass index, mental health, and suicidal ideation: population perspective using two methods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 652-658.
- Hintikka, J. et al. (2009). Are factors associated with suicidal ideation true risk factors? A 3-year prospective follow-up study in a general population. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 44, 29-33. doi 10.1007/s00127-008-0401-6.
- Lai, S. & Shek, D. (2009). Social Problem Solving, Family Functioning, and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents. In Hong Kong. *Adolescence*. 44(174). 391 - 406.
- McLaren, S & Challis, Ch.(2009). Resilience among men farmers: the protective roles of social support and sense of belonging in the depression-suicidal ideation relation. *Death Studies*. 33, 262-276. doi: 10.1080/07481180802671985.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R. & Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Revista Salud Mental*. 32, 495-502.
- Moral, J., Sánchez-Sosa, J.C. & Villarreal-González, M. (2010). Desarrollo de una Escala Multidimensional Breve de Ajuste Escolar. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*. 15(1), 1-11.
Disponible en: <http://www.psico.uniovi.es/REMA/v15n1/vol15n1a1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del Suicidio. Un Instrumento para Médicos Generalistas*, Ginebra, Suiza. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf.
- Pérez- Amezcu, B., Rivera-Rivera, L., Atienzo, E., de Castro, F., Leyva-López, A. & Chávez-Ayala, R. (2010) Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52(4), 324 - 333.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*. 15(2), 196 - 217.
- Puentes-Rosas, E., López-Nieto, L. & Martínez-Monroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-200. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 16(2), 102 - 109.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad Familiar en la Adolescente Embarazada. *Revista de la facultad de Medicina UNAM*, 47(1), 24-27.
- Rubini, M. & Pombeni, M.L. (1992). Cuestionario de conductas delictivas. Mimeo. Universidad de Bolonia. Facultad de Ciencias de la Educación
- Sánchez-Sosa, J.C. (2009). Un Modelo explicativo de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes escolarizados. (Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León).
Disponble en: <http://www.uv.es/lisis/gonzalo/tesis-rey.pdf>
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González M. & Musitu G. (2010). *Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un modelo de Campo Psicococial*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.
- Smilkstein, G., Ashworth, C. & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*, 15, 303-11.
- Suk, E. et al. (2009). Adolescent suicidal ideation: a comparison of incarcerated and school-based samples. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 18(6), 377-383. DOI 10.1007/s00787-009-0740-1.
- Sun, R., Hui, E. & Watkins, D. (2006). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of adolescence*, 29, 209-224.





- World Health Organization (2001) *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization, Geneva, Suiza.
- Van Renen, L. & Wild, L. (2008) Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: a pilot study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 20(2),111-121
- World Health Organization (2006). *Suicide Prevention (SUPRE)*. New York, USA Recuperado de http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
- Yoder, K. & Hoyt, D. (2005). Family economic pressure and adolescent suicidal ideation. Application of the family stress model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 251-264.





LA ACTITUD HACIA LA COMIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL EATING ATTITUDES TEST (EAT-26)

*Sergio Gabriel Ochoa Alcaraz
Universidad de Colima*

En los últimos años se ha incrementado el diagnóstico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y de acuerdo con las investigaciones realizadas la aparición de esta enfermedad fluctúa entre los 11 y los 23 años de edad, siendo las mujeres las más afectadas; sin embargo, se ha propagado a la población masculina e infantil lo cual es significativo, dado que la infancia como la adolescencia son etapas en las que el individuo tiene un desarrollo fisiológico considerable, y las conductas alimentarias inadecuadas así como el consumo insuficiente de nutrientes pueden limitar el desarrollo físico y cognoscitivo de la persona, a largo plazo pueden provocar la muerte, ya sea por el suicidio o deterioro corporal. La edad de los estudiantes que participaron en esta investigación osciló entre los 14 y los 18 años de edad y la media de edad fue de 16.23. De acuerdo al género, se obtuvo que 219 (57%) fueron mujeres y 156 (43%) hombres. Los resultados de la presente investigación proporcionan información suficiente para afirmar, que la adaptación realizada del EAT-26 posee propiedades psicométricas suficientes para ser aplicada en la población mexicana. La escala ha mostrado tener buena consistencia interna, tanto en su totalidad, como en cada una de las subescalas.





Los trastornos de conducta alimentaria se han generalizado hasta el punto de que se estima que un 4.5% de las mujeres adolescentes y jóvenes puede estar afectadas por alguno de ellos: anorexia, bulimia o trastornos de conducta alimentaria no especificados (Pérez, Gual, Irala et al. 2000 citado en Baile, 2005)

A pesar de que los porcentajes de personas con bulimia y anorexia no son muy elevados, los especialistas coinciden en que estas estadísticas no son del todo confiables pues hay muchos casos que no llegan a intervención clínica y por lo tanto no se tiene reporte de ellos.

En el caso de México no hay datos sobre la incidencia y prevalencia de los TCA en adolescentes debido a la ausencia de estudios con muestras representativas de la población, pero se ha detectado que 0.9% de los hombres y 2.8% de las mujeres en edad estudiantil (12 a 19 años), presentan alto riesgo de padecer un TCA; la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México destacó, que la población mayor de 18 años tuvo una prevalencia de bulimia de 0.6% en hombres y 1.8% en mujeres. La anorexia y la bulimia están relacionadas con una tasa de morbilidad de 33% después de casi 12 años de la primera admisión en servicios hospitalarios; se han reportado tasas de mortalidad estandarizada de 9.6, siendo las principales causas de muerte las arritmias y enfermedades infecciosas (Rivera, Parra & Barriguete, 2005).

En una cultura como la Mexicana, en donde el culto por la delgadez es valorado, las adolescentes se ven fuertemente influenciadas por los medios de comunicación social (Gómez-Peresmitré, 1993; en Acosta & Gómez-Peresmitré, 2003) para adoptar y mantener las normas que impone la sociedad; igualmente los hombres se encuentran sometidos a los diferentes efectos socializadores de su entorno. Gómez Peresmitré en 1997 realizó una investigación sobre “Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes”, encontró que los niños desde muy temprana edad y de forma cotidiana se exponen a modelos corporales que representan por ejemplo la famosa “*Barbie*” y el no menos famoso “*Ken*”; dichos modelos mediáticos van conformando de forma natural y a través del juego las figuras ideales que más





tarde en la pre adolescencia o en la adolescencia intentarán poner en práctica.

El origen de los TCA es multicausal, es decir: son producto de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, los cuales afectan varias áreas de la vida del individuo que lo padece, entre ellas las relaciones sociales, familiares, escolares, laborales, sexuales, pero sobre todo, la relación del individuo consigo mismo (Herscovici & Bay, 1990).

Debido a esto, las investigaciones actuales sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, no solamente se dirigen hacia el estudio de los cuadros clínicos, sino también a los comportamientos alimentarios desajustados (conductas alimentarias de riesgo) y variables cognitivas asociadas en relación a la percepción de la imagen corporal para determinar los factores de riesgo y detectar a los sujetos más vulnerables. En el marco de los trastornos alimentarios una variable importante es la imagen corporal, la cual se define como lo que caracteriza nuestro cuerpo como único y diferente de cualquier otro, y tienen componentes conductuales, sensoriales, cognoscitivos y afectivos. La imagen corporal tiene dos componentes que son: estima corporal e insatisfacción corporal. La estima corporal se refiere al gusto o disgusto que nos provoca nuestro cuerpo e incluye otros factores aparte del peso y la forma de cuerpo, como, por ejemplo, el pelo y la cara y la insatisfacción corporal se enfoca en la preocupación por el peso, la forma de cuerpo y la grasa corporal, que genera una preocupación exagerada, lo cual produce malestar hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física (Smolak, 2001 en Poyastro & Justo, 2006).

Íntimamente relacionada con a la insatisfacción corporal encontramos las denominadas conductas alimentarias de riesgo, que son conductas que pueden llevar al individuo que las practica al desarrollo del trastorno, se definen como manifestaciones que no cumplen con los criterios diagnósticos de los trastornos alimenticios, pero que son conductas características de los mismos, tales como práctica de dietas, atracones, conductas purgativas, miedo a engordar o distorsión en la imagen corporal (Baile, Guillén & Garrido, 2002).





Por lo tanto, detectar las conductas que llevan a las personas hacia un TCA es necesario, aproximadamente de un 25% a 33% de los pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, desarrollan un trastorno crónico y los estudios de seguimiento por periodos de entre 10 y 15 años de grupos de pacientes con anorexia nerviosa, han mostrado que los síntomas persisten en 12% a 14% de los casos; las tasas de recaída son elevadas entre 4% a 27% (Unikel, Bojorquez & Carreño, 2000).

Los siguientes estudios fueron realizados con adolescentes mexicanos y en general coinciden en que las conductas alimentarias de riesgo van en aumento y que la población más afectada son las adolescentes; por ejemplo, Unikel et al. (2004) encontraron que el 5% al 18% de mujeres estudiantes universitarias y de bachillerato de la Ciudad de México, muestran conductas alimentarias de riesgo; otro estudio realizado por el mismo autor en el periodo (1997-2003), señaló que hubo un incremento en la preocupación por engordar y el uso de métodos purgativos y restrictivos para bajar de peso, mientras que la sobrestimación del peso corporal disminuyó de forma general en los varones, pero se incrementó en las mujeres, junto con la práctica de atracones. En el caso de las mujeres, se encontró que si el nivel educativo del jefe de familia se incrementa, también se incrementa el porcentaje de sujetos que presentan conductas alimentarias de riesgo, por lo que se infiere que aunque las conductas alimentarias de riesgo están presentes en estudiantes de todos los niveles socioeconómicos, tienden a ser más mayor en el nivel socioeconómico media y alto.

En un estudio realizado con los estudiantes de las preparatorias oficiales de la Universidad de Guanajuato (Chávez et al, 2004), muestran que las mujeres presentan mayor preocupación por engordar y mayores porcentajes en todas las conductas de riesgo de los trastornos alimentarios, quizá debido a que la presión social es más fuerte hacia ellas, sin embargo, el grupo de los hombres tiene porcentajes que comienzan a ser significativos; los estudiantes que mantienen hábitos alimentarios de riesgo son: 15% nunca desayuna y más del 28%, sólo hace dos comidas al día; comparando el Índice de Masa Corporal reportado y el percibido, fue frecuente





encontrar alteraciones en la percepción del propio cuerpo, los adolescentes se sienten cada vez más obesos a pesar de tener un IMC normal. Las mujeres tienden a percibirse gordas y a tener mayor preocupación por engordar, mientras que los hombres se perciben delgados. Entre los factores de riesgo, está el hecho de que dos de cada diez alumnos han tenido atracones y uno de cada diez, se ha provocado el vómito con el fin de no subir de peso.

Aunque las investigaciones ya comprobaron que existe una relación entre la insatisfacción corporal y las conductas alimentarias de riesgo, este tipo de investigación no ha sido muy explorada en el estado de Colima; sin embargo, de acuerdo con la Encuesta Medica Automatizada (EMA) aplicada en el 2005 por la Universidad de Colima, se detectó que el 0.34% de los alumnos que cursan la enseñanza media superior, están en alto riesgo de padecer un trastorno alimenticio (reportaron estar realizando alguna acción para bajar de peso), estos datos demuestran que este es un problema latente y aunque el índice no es tan elevado, no hay ningún estudio que nos permita comparar si existe un incremento de este trastorno en la población estudiantil, ni de cuáles son las conductas de riesgo más comunes en los jóvenes de Colima, tampoco hay datos sobre el grado de satisfacción corporal. Por otra parte aunque dentro de los bachilleratos ya se han detectado casos de riesgo e incluso de TCA, no se han realizado acciones para prevenir las conductas alimentarias de riesgo.

METODO

Participantes

La edad de los estudiantes que participaron en esta investigación osciló entre los 14 y los 18 años de edad y la media de edad fue de 16.23. De acuerdo al género, se obtuvo que 219 (57%) fueron mujeres y 156 (43%) hombres. El total fue de 385 alumnos pertenecientes a la preparatoria 1, 2 y 4 de la Universidad de Colima. Ninguno de los estudiantes participantes, tenía un diagnóstico clínico o subclínico de anorexia.





Procedimiento

Durante el proceso de la realización de dicha investigación se solicitaron los permisos correspondientes, se aplicó el EDI-2 en las aulas de los diferentes grupos, según en el área del bachillerato correspondiente, los participantes fueron informados y tuvieron conocimiento sobre el objetivo de la investigación.

El instrumento se aplicó de forma individual y sólo una vez dentro del grupo correspondiente al que pertenecía cada participante, en un tiempo no mayor a 60 minutos.

Instrumento

El EAT fue elaborado por Garner & Garfinkel en el año de 1979, contiene 40 reactivos (EAT-40), agrupados en siete factores: conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. Posteriormente, diseñaron una versión corta con 26 reactivos (EAT-26), en el que se suprimieron 14, ya que se consideró que eran redundantes y no aumentaban la capacidad predictiva del instrumento. Los reactivos del EAT se contestan a través de una escala de seis puntos tipo Likert. El EAT-40 ha sido validado en mujeres mexicanas por Álvarez y colaboradores en el año 2002, sugiriendo un punto de corte de más de 28 puntos. Para fines de esta investigación se utilizó la versión corta de 23 reactivos validados y confiabilizados en una muestra española por Jorquera et al. (2006).

RESULTADOS

Primero se realizó una estadística descriptiva de la variable edad y sexo. Para obtener la confiabilidad y validez del Instrumento, se





hizo un análisis discriminante de los reactivos, después, se llevo a cabo un Análisis Factorial con rotación Varimax y así conseguir los factores de la escala. El procedimiento estadístico de los datos fueron analizados a través del SPSS14.0 en español.

Los resultados encontrados respecto a la variable Edad: tenemos que la media obtenida fue de 16,23 años y una D.T. = .8999 (ver tabla 1).

Tabla 1. Estadística descriptiva para la variable EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
14,00	1	,3
15,00	83	21,6
16,00	161	41,8
17,00	105	27,3
18,00	35	9,1
Total	385	100,0
Media	16,23	
Desv. Típica	.8999	

En el análisis discriminante de los reactivos de la escala que se llevo a cabo, se observa que la correlación total de los ítems fue superior a .3000 para todos los ítems; de los 23 reactivos originales al momento del análisis quedaron 20 (ver tabla 2).



Tabla 2. Análisis Discriminante de los reactivos del EAT-23

ITEM	SCALE MEAN IF ITEM DELETED	SCALE VARIANCE IF ITEM DELETED	CORRECTED ITEM- TOTAL CORRELATION	ALPHA IF ITEM DELETED
R1	39.0519	231.2265	.6157	.8980
R2	40.7195	244.2805	.6608	.8976
R3	40.1740	237.6702	.6144	.8978
R4	40.4078	251.1900	.3608	.9043
R5	40.2312	245.2094	.4066	.9041
R6	40.3974	242.6307	.5717	.8990
R9	40.8000	240.5198	.6879	.8964
R10	39.9429	232.5696	.6704	.8960
R11	39.5870	230.5764	.5979	.8988
R13	39.7351	229.5650	.7038	.8949
R14	39.9610	251.8240	.3039	.9063
R15	40.6597	243.9647	.6161	.8983
R16	40.6805	242.3221	.6560	.8973
R17	40.8857	250.2577	.4378	.9023
R18	40.8649	254.0546	.3522	.9041
R19	40.6675	252.9725	.3608	.9040
R20	40.7221	241.4147	.6321	.8976
R21	40.6078	240.2182	.6462	.8972
R22	41.0130	247.1014	.5823	.8993
R23	41.2052	254.6948	.4086	.9029

Una vez que se validó y confiabilizaron los reactivos, cumpliendo con el criterio de correlación superior a .3000, se realizaron un Análisis Factorial Exploratorio (AFC) con rotación ortogonal, con el objetivo de encontrar los factores principales que componen la escala, así como Alfa de Cronbach por factor. Los resultados arrojados por dicho análisis, indica que se encontraron 3 factores, los cuales explican el **52,527%** de la varianza total del EAT-23 (ver

tabla 3). Los criterios que se tomaron en cuenta fueron los citados por Yela (1999, cit. Álvarez, 2000):

1. El ítem debe tener una saturación igual o mayor a .4000.
2. Un ítem, sólo se incluye en un factor, aquél en el que presenta mayor saturación.
3. Debe existir congruencia conceptual entre todos los ítems que se incluyen en un factor.
4. Un factor para ser considerado como tal, debe comprender al menos tres ítems.

Tabla 3. Análisis Factorial EAT-23

ÍTEM	FACTORES		
	1	2	3
R1	.670		
R2	.583		
R3	.488		
R9	.718		
R10	.800		
R11	.716		
R13	.727		
R16	.522		
R20	.608		
R21	.648		
R22	.590		
R23	.451		
R4		.608	
R5		.583	
R6		.643	
R14		.540	
R15		.716	
R17			.674
R18			.677
R19			.686
Valor Propio	7,529	1,617	1,360
% Varianza explicada por factor	37,644	8,084	6,798
Alfa de Cronbach por factor	.9007	.6974	.6291
Alfa Total del EAT-23	.9044		



Al factor 1 se le denominó “Dieta”; consta de 12 ítems (1, 2, 3, 9, 10, 11, 13, 16, 20, 21, 22, 23), se mantuvo el mismo nombre que en la escala original, puesto que el contenido de los ítems que lo componen hacen referencia a cuestiones relacionadas con la evitación de ingerir alimentos de alto contenido calórico, así como con la preocupación por estar delgado/a.

El segundo factor se le llamo “Bulimia y preocupación por la comida”; cuenta con 5 ítems (4, 5, 6, 14, 15). Las variables que componen este factor, hacen referencia a conductas relacionadas con el impulso de comer, conductas de cortar la comida en pequeños trozos, tener preocupación por la ingesta de calorías y preocupación por la grasa en el cuerpo.

Por último, el tercer factor se le denominó “Control Social”; compuesto por 3 ítems (17, 18, 19). En este caso, se decidió cambiar el nombre, en relación al original, dado que el contenido hace referencia al control que tiene el sujeto respecto a la comida así como a la presión que ejercen los demás sobre la persona a la hora de comer.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede afirmar, que la adaptación realizada del EAT-26 posee propiedades psicométricas suficientes para ser aplicada en la población mexicana. La escala ha mostrado tener buena consistencia interna, tanto en su totalidad, como en cada una de las subescalas, así mismo de acuerdo con Jorquera, et al. (2006), se pueden diferenciar dichas propiedades tanto en población femenina, como masculina.

Respecto a la estructura factorial, se obtuvieron al igual que en el estudio original y de Jorquera, et al. (2006) tres factores: los dos primeros fueron llamados de la misma manera “Dieta, Bulimia y Preocupación por la Comida”, no obstante, hubo algunas diferencias en cuanto a la composición de estos factores, así que, nuestra estructura cuenta con 3 ítems menos (7, 8, 12) porque en el estudio no cargaron en ningún factor.





El factor tres que se denominó “Control Social”, difiere al propuesto por Jorquera, et al. (2006), al cual le llamaron “Presión Social Percibida”. En este factor se incluyen variables que hacen referencia al control que tiene el sujeto respecto a la comida así como a la presión que ejercen los demás sobre la persona a la hora de comer.

En general se puede señalar que hubo diferencias encontradas entre este estudio y la validación que hicieron Jorquera, et al. (2006), ellos utilizaron una muestra más grande de 2081 estudiantes Educación Secundaria Obligatoria como de Bachillerato (1069 mujeres y 1012 varones). Dichas diferencias puedan deberse, en gran medida a las muestras empleadas: para nuestro estudio la muestra fue de 385; 219 (57%) fueron mujeres y 156 (43%) hombres; alumnos reclutado de la población general, cuyas edades oscilaron entre los 14 y los 18 años de edad y en el estudio original de Garner (1982) fueron mujeres de las cuales en su mayoría, se trata de pacientes con trastornos alimentarios.

Otro punto importante a destacar como lo mencionan Jorquera, et al. (2006), son las diferencias culturales, esto es, estamos hablando de una muestra española y mexicana perteneciente a una cultura en la que el acto de comer se trata de un acontecimiento social de gran relevancia. Además de la diferencia generacional: en el estudio citado anteriormente emplearon una muestra inmersa en un entorno social y en una cultura 23 años posterior a la existente cuando se realizó la validación del cuestionario original, al igual que este estudio.

Finalmente se está de acuerdo con estos autores en que de cara a investigaciones futuras, sería conveniente analizar las propiedades psicométricas de la escala para rangos de edad y separado por sexos (por ejemplo grupos de edad de 12 a 14 años, de 15 a 17 años) con objeto de homogeneizar las muestras y obtener datos mucho más específicos. Asimismo, sería conveniente analizar la validez convergente del EAT con otras medidas de trastornos alimentarios.



REFERENCIAS

- Acosta-García, M. & 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
- Bayle, J., Guillén, F. & Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes, medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
- Baile, J., Monroy, K. & Garay, F. (2005). Alteración de la imagen corporal en un grupo de usuarios de gimnasios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(1), 16-169.
- Chávez, A., Macías, L., Gutiérrez, R., Martínez, C. & Ojeda, D. (2004). Trastornos alimentarios en jóvenes Guanajuatenses. *Acta Universitaria. Universidad de Guanajuato*, 14(2), 17-24.
- Garner, D., Olmsted, M. & Garfinkel, P. (1982). The Eating Attitude Test: Psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, 12, 873-893.
- Herscovici, C. & Bay, I. (1990). *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós.
- Paniagua, R., García, C. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabria. *Rev. Esp. Salud Pública*, 77(3), 411-422.
- Poyastro, P. & Justo, E. (2006). Body dissatisfaction in Brazilian schoolchildren: prevalence and associated factors. *Revista de Saúde Pública*, June, 40(3), 489-496.
- Rivera, M., Parra, M. & Barriguete, J. (2005). Trastornos de la Conducta Alimentaria como factor de riesgo para la osteoporosis. *Salud Publica de México*, 47(4), 308-318.
- Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, E. & Hernández R. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito Federal. *Revista de Investigación Clínica*, 52(2), 140-147.
- Unikel, C., Bojorquez, L. & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46(6), 509-515.
- Yela, M. (1963). Los tests y el análisis factorial. En Bela Szekely (ed.), *Los test*. (Tomo I. Cap. IV). Buenos Aires: Kapeluz.



SIGNIFICADO DEL AMOR DE PAREJA EN JÓVENES UNIVERSITARIOS

*María Elena Urdiales Ibarra
Ernesto Octavio López Ramírez
Universidad Autónoma de Nuevo León*

El estudio del amor de pareja bajo parámetros científicos es una necesidad inminente en una sociedad con altos índices de divorcio y dificultades relacionales asociadas al desgaste emocional producido por rupturas de pareja sumamente lastimosas. El presente capítulo expresa los resultados de una investigación ubicada en la Teoría de Representación del Conocimiento en Ciencia Cognitiva. El objetivo central consiste en describir las características dimensionales, estructurales y de significado implicados en el esquema relacional de pareja en una muestra de jóvenes universitarios entre 18 y 25 años de edad. Dos estudios fueron medulares para el desarrollo de la presente investigación. El primero se realizó mediante la técnica de Redes Semánticas Naturales en un primer momento para posteriormente realizar simulaciones computacionales a través del modelo de Esquema y Pathfinder. Añadidamente a los participantes se les solicitó participar en un estudio de álgebra cognitiva para determinar el esquema compensacional de amor. El significado de amor que se pretende emerja se realizó a través de significar conceptos de intimidad, pasión y compromiso; aspectos considerados como medulares en el amor según la teoría triangular del Robert Sternberg. Los resultados muestran que los jóvenes usan





un modelo de álgebra cognitiva similar al de un ideal romántico. De igual forma se encuentran elementos de amor romántico al significar el esquema de pareja. Se discute el impacto que tiene el representar la relación amorosa de una forma estereotipada para el establecimiento de relaciones de pareja a largo plazo en la población de jóvenes en estudio.

El amor en la relación de pareja es considerado un tema que se encuentra inmerso en todos los ámbitos de la sociedad, en los pasillos de la escuela, dentro de las aulas escolares, en la oficina, en un restaurante o en el hogar; es decir, es un área en el contexto de las relaciones humanas que es trascendental ya que circunscribe una parte elemental del ser, la esfera socio afectiva.

De manera particular resultan alarmante los casos de divorcios en los primeros 7 años de relación de pareja. El desarrollo de una relación íntima culmina en la mayoría de los casos con el matrimonio; aunque en México de cada 100 parejas 10 están unidas libremente (INEGI, 2005). Esto viene a mención debido a que el desarrollo de una relación amorosa, desde la etapa de cortejo inicial hasta el amor verdadero suceden distintos niveles de intimidad, los cuáles van adquiriendo sentido y significado para las personas que interactúan.

En el proceso de intercambio interpersonal a lo largo de toda relación de pareja ocurren experiencias que forman patrones o parámetros de conducta dentro de la misma; ocasionando relaciones fructíferas y felices, o en su defecto lastimoso y lleno de conflictos. En general, sea exitosa o conflictiva existen diferentes enfoques teóricos que se han dedicado a explicar el fracaso o éxito en la relación de pareja, identificando variables internas o externas en dicho proceso relacional.

Por ejemplo, desde una perspectiva componencial de la relación amorosa entre dos personas Sternberg (1989, 2000) postula que es el balance entre la intimidad, la pasión y el compromiso lo que lleva a establecer una relación consumada entre dos personas. Por otro lado, Beck (1998) describe que el contenido emocional que acompaña al desarrollo de una relación amorosa no llega a revelar las causas de éxito ante contextos complejos a los cuales se enfrentan las parejas, sino más bien son los propios esquemas





cognitivos los que interpretan las necesidades y satisfacciones personales y del otro a través de una serie de evaluaciones.

Las experiencias que surgen de la interacción entre los miembros de la pareja a lo largo de los años son importantes en el sentido que pueden mostrar una vía de análisis del curso de la relación de pareja. Por ejemplo, cuando una pareja ha vivido experiencias de celos, rompimientos o constantes violaciones de las expectativas de uno al otro surgen emociones negativas que pueden producir relaciones infructuosas o muy lastimosas (Knobloch & Solomon, 2003). Dichas consecuencias negativas se maximizan cuando no existen recursos cognitivos que permitan afrontar violaciones a las expectativas de uno de los compañeros.

En el transcurso de la relación de pareja se puede ubicar distintas etapas. Al inicio los integrantes de la pareja definen su relación generalmente como muy satisfactoria y plena debido a que la forma de evaluar la relación es mediante un bienestar generalizado y global en donde de manera uniforme existe evaluación positiva del comportamiento del otro; de hecho es por eso que la mayoría de las parejas definen su relación como amor verdadero. Sin embargo, al pasar de los años la valoración ya no se hace de manera general sino más bien específica, en donde la percepción de las opiniones varían de acuerdo a lo que ambos estiman sobre el apoyo de uno al otro, las sensaciones de control, el grado de intimidad expresado, entre otros (Neff & Karney, 2005).

Cuando los jóvenes experimentan al inicio de la relación comprensión, entendimiento, armonía, atracción e inclusive deseo, ternura, arrebatos, sexo; se encuentran en el plano de una relación amorosa que está en el proceso de acercamiento hasta poder convertirse en una relación amorosa mantenida y de alta satisfacción; por tanto está muy alejado de cumplir con un ciclo de amor completo (Díaz-Loving & Sánchez Aragón, 2004).

Por otra parte; Barrón; Martínez-Íñigo; Paúl & Yela (1999) han señalado que las valoraciones negativas se forman a lo largo del tiempo debido a la importancia percibida de satisfacción-insatisfacción. La valoración se puede hacer sobre lo global de la relación o sobre el comportamiento específico, existiendo una tendencia en las opi-





niones positivas sobre todo en las nuevas relaciones de noviazgo y/o matrimonio (aproximadamente 3 años de relación) a diferencia de las negativas, dando como resultado la satisfacción en la relación.

Desde la perspectiva relacional y cognitiva la información que se organiza y almacena de forma significativa en la memoria de un individuo con respecto a su pareja puede llegar a ser desde muy sencilla hasta compleja. Se dice que el procesamiento es simple cuando el sujeto posee conceptos muy pobres y de definición sencilla, mientras que en el procesamiento es complejo cuando la organización de los esquemas son guiones de información.

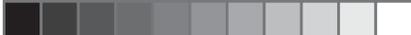
Un guión demanda una especificación detallada de patrones de comportamiento en diferentes contextos. Por ejemplo, alguien puede comportarse de forma amable en una situación social de fiesta o convivencia; pese que el mismo comportamiento social puede interpretarse como coqueteo si el contexto sugiere probabilidades de infidelidad. En este sentido, la interpretación debe provenir de un escenario muy claro y específico para evitar ambigüedades.

En general, el esquema relacional contiene información que puede ser muy elaborada y que contiene parámetros de gran valor para la comprensión entre la pareja. En Cognición Social se distingue el término esquema relacional para referirse a las unidades de información organizada en almacenes de memoria y que actúan como depósitos de creencias y expectativas al mirar el desarrollo de relaciones (Honeycutt & Cantrill, 2001).

En el caso de lo que nos ocupa en el presente estudio, las características del esquema de pareja ideal deberán impactar según la definición anterior en las actitudes, valoraciones y conductas realizadas; lo cual se relaciona directamente con cierto grado de satisfacción o placer entre ellos. Sin embargo, al momento no es claro cuáles son las dimensiones y procesos involucrados en el procesamiento y estructura en la memoria relacional en parejas íntimas.

Al respecto Fitness & Fletcher (1993) consideran que el amor dentro de la pareja debe estar conformado por conceptos medulares como seguridad, honestidad, cuidado y respeto; además de





contener conductas como euforia, sonrisas, miradas, mariposas en el estómago y períodos de incertidumbre. Interesante es según los autores antes citados que el atributo pasión en una relación amorosa, fue descrito de manera secundaria en el concepto de amor.

Estudios más centrados en la dimensionalidad y estructura de lo que es un esquema relacional pueden ser observados en el modelo de esquemata compensacional amoroso de Falconi & Mullet (2003). En este modelo obtenido de un estudio sobre 400 participantes franceses los autores hallaron que independientemente de la edad o género el factor *pasión* resulta como el elemento más relevante dentro de la relación amorosa de una pareja, seguido por *intimidad*, y finalmente *compromiso*. Dicho orden se mantiene a través de la edad y se observan declives de *pasión* y un incremento en el *compromiso* conforme la edad avanza.

Como se mencionó anteriormente, la dimensionalidad amorosa parece ser un aspecto importante en la significación y representación de la relación amorosa, la cual impacta positiva o negativamente en la evaluación sobre la satisfacción experimentada en la relación. Por lo tanto, es de relevancia tratar de determinar cuál es la naturaleza de la representación conceptual que los individuos poseen sobre las potenciales parejas y/o sus parejas, ya que es sobre esta información que los individuos tienden a elegir estrategias de afrontamiento al mantenimiento de una relación formal o amorosa.

En seguida se analizarán algunos postulados teóricos que enmarcan el presente estudio.

El Enfoque Cognitivo de Representación del Conocimiento

Adentrarnos en el ámbito de la representación del conocimiento implica en un primer momento profundizar en el mundo de los conceptos y la forma en que se obtiene significado. Murphy (2002) describe la psicología de los conceptos como algo sumamente complejo ya que los conceptos varían con relación a cada persona, su experticia y dominio; sin embargo todos atraviesan por procesos





similares de representación y asimilación independientemente de su naturaleza.

Hull en su visión clásica aborda el concepto bajo el principio de necesidad y suficiencia para definir el significado de algo (Smith & Medin, 1981; Heit, 1993); sin embargo, evidencias empíricas y teóricas de la visión clásica de representación del conocimiento han ocasionado un decaimiento claro de sus postulados (Rogers & McClelland, 2004).

Aproximaciones complementarias a la visión clásica que marcan la pauta a nuevas formas de organización de la representación del conocimiento son la aproximación al prototipo. Éste se describe como el mejor ejemplo de una categoría, es decir, aquel que contiene las mayores características típicas del objeto o evento. En este sentido, el fenómeno de tipicalidad no es simplemente reconocer qué eventos son los más frecuentes al identificar un concepto, sino tiene que ver con lo de Rosch & Mervis (1975) llaman Resemblanza Familiar, esto es, aquellos ítems que tienen alta familiaridad de semejanza con los miembros de la categoría.

Como se describe a continuación, para que dichas posibilidades de organización conceptual puedan ser consideradas se necesita más que simples listas de atributos o representaciones conceptuales en niveles jerárquicos. Es preciso introducir dentro del planteamiento de la representación del conocimiento un nuevo concepto teórico, a tratar, el concepto de esquema de conocimiento.

El esquema es definido como una estructura cognitiva que representa conocimiento acerca de un concepto o tipos de estímulos, incluyendo sus atributos y las relaciones entre ellos. En Cognición Social se distingue el término esquemata relacional para referirse a las unidades de información organizada en almacenes de memoria, y que actúan como depósitos de creencias y expectativas al mirar el desarrollo de relaciones (Honeycut & Cantrill, 2001). Fitness & Fletcher (1993) asumen que las memorias, creencias, pensamientos, expectativas y atribuciones residen en las estructuras de conocimiento y enfatizan que típicamente las personas elaboran y desarrollan teorías, creencias y expectativas acerca de la relación. En particular, el esquema relacional involucra información que es

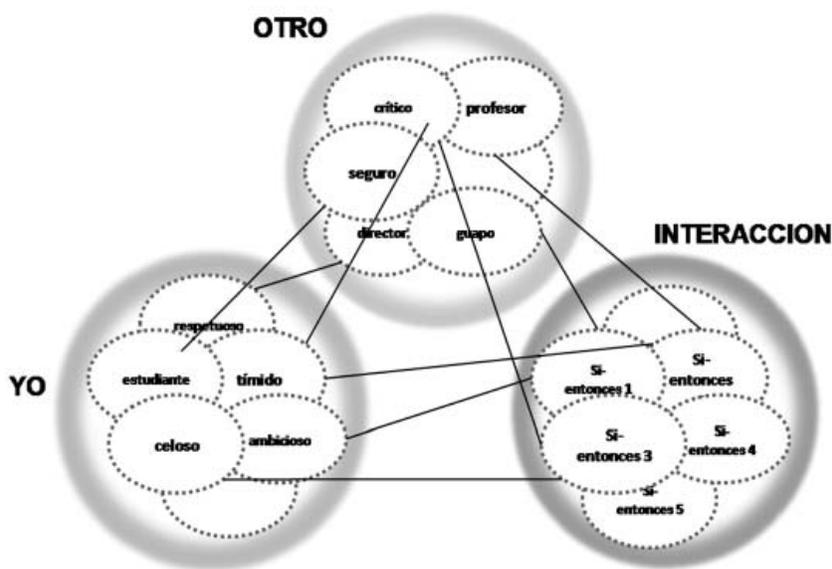




recolectada de la relación entre un individuo y su pareja, la cual influye en la búsqueda y recuperación de información basada en experiencias de esquemas específicos de conducta entre ambos. (Scott, Fuhrman & Wyer, 1991).

Baldwin (1992) conceptualiza el esquema relacional en tres componentes dinámicos: estructura de conocimiento del compañero, del sí mismo y de la interacción entre ambos. El conocimiento organizado sobre sí mismo (auto-esquema) y el esquema del otro consisten en estructuras declarativas del conocimiento, son hechos específicos, memorias y creencias abstractas organizadas de acuerdo a muchas teorías contenidas en una red asociativa (ver Figura 1).

Figura 1. Esquema Relacional en 3 componentes dinámicos según Baldwin (1992).



Estudios actuales al respecto sugieren que la pareja tiende a enjuiciar positivamente la relación y el comportamiento de su cónyuge





en comparación con lo real, recuerdan eventos de escenas de felicidad como punto de referencia de sus primeras experiencias, además de ver sus relaciones como mejores a otras (Boyes & Fletcher, 2007); lo cual significa que sus atribuciones tienden a ser similares respecto al status actual de su relación en parejas que se perciben como felices.

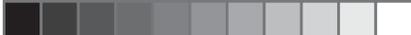
Medición del Esquema Relacional de Pareja

A mediados de la década de los 70's se introduce la teoría de las Redes Semánticas Naturales (RSN) bajo una doble perspectiva. Por un lado surge como una teoría de representación de conocimiento en humanos y por el otro como un medio específico para la obtención cuidadosa, ordenada y rigurosa de las redes semánticas que tienen las personas. Su uso y aplicabilidad en diferentes áreas del conocimiento ha sido evidenciado en distintos escritos en donde se precisa la potencialidad que tiene como procedimiento de aplicación.

La red semántica de un concepto es aquel conjunto de conceptos elegidos por la memoria a través de un proceso reconstructivo que se hace en base a la clase de propiedades de los elementos que integran la red. Desde una perspectiva Cognitiva de Representación del Conocimiento la técnica RSN hereda propiedades que permiten usarla como medio de análisis de organización conceptual en donde al parecer el significado que se pretende obtener a través de la técnica no es buscar una definición ideal y única, sino una individual y particular a los individuos (Figuroa, González & Solís, 1975, 1981).

Por otra parte, los valores obtenidos a través de los grupos generados con mayor valor (Grupo SAM) se constituye como el aspecto de mayor Resemblanza (Rosch, 1978) o prototypicalidad del evento en cuestión. En este sentido, es importante también hacer notar que en muchas ocasiones los definidores usados para significar un evento realmente no tienen nada que ver con una definición clásica sino con un resultado de la experiencia de algunos individuos en su cultura.





Hernández, Laga & Vera (1998) exploraron el significado connotativo de conceptos asociados a la relación de pareja en 720 participantes entre 15 y 55 años del estado de Sonora, considerando dos grupos de edad (15-31 y 32-55), tres niveles de escolaridad (secundaria, preparatoria y universidad) y sexo. Los conceptos fueron amor, satisfacción, relaciones sexuales, atracción, pasión, cercanía, apoyo, romance, responsabilidad, respeto y dependencia; los cuales surgieron de las tres dimensiones de amor de Sternberg (intimidad, pasión y compromiso).

Para la población antes descrita el grupo SAM de amor tanto en hombres como en mujeres se conformó por conceptos como cariño, pareja, comprensión, respeto, hijos, confianza, ternura, felicidad, pasión y felicidad; con valores M que oscilan entre 1178 y 136. Para el concepto de intimidad, en todos los grupos SAM (cercanía, romance, apoyo, respeto) arrojaron conceptos de amor y cariño. Finalmente, en la definidora pasión aparecen conceptos como amor, sexo, deseo, pareja, atracción y cariño; con valores M que oscilan entre 1700 a 300 en los varones y entre 2000 y 400 en las mujeres.

Como era de esperarse, los conceptos principales estuvieron ubicados dentro de las tres dimensiones del amor de Sternberg (1989,2000); además para las mujeres se encontró que el concepto de amor está más relacionado con hijos y fidelidad; y el concepto de intimidad presentó mayor riqueza de la red por el número de definidoras. En cambio, para los hombres la dimensión de intimidad, específicamente el concepto de cercanía tiene una connotación de amor; en cambio para las mujeres es comunicación, apoyo y pareja. En este sentido, pareciera ser que los hombres utilizan más conceptos de tipo instrumental mientras que las mujeres son más de tipo expresivo; así mismo, interesante es el hecho que aunque en la consigna se les pedía que escribieran conceptos relacionados a la pareja, en el caso de responsabilidad y compromiso lo vincularon más a la familia que a la pareja en sí.

Cabe mencionar que en el caso particular de la pasión, Sánchez (2007) menciona que en poblaciones como la nuestra (México) el significado para los hombres se asocia con amor, deseo, sexo,





entrega, atracción, cariño, romance y respeto; mientras que para las mujeres significa amor, deseo, atracción, cariño, besos, entrega, caricias y ternura con la pareja.

Hay que resaltar que los estudios de RSN parecen enfatizar solamente la naturaleza u organización conceptual del significado del amor de pareja. A este respecto no hay que olvidar que un esquema relacional implica no solamente la emoción envuelta dentro de una relación, sino más bien los roles de la diada dentro de su relación amorosa (Baldwin, Carrell & López, 1990; Baldwin, Fehr, Keedian, Seidel & Thomson, 1993; Baldwin, Granzberg, Pippus & Pritchard, 2003).

Por otro lado, basados en las ideas de Fechner sobre la manera de relacionar en forma matemática el cuerpo y la mente, la teoría funcional de la integración trata de definir las leyes y principios psico cognitivas de procesamiento de información e integración por los cuáles un sistema cognitivo tiende a comportarse (Falconi & Mullet, 2003).

En el área de la Ciencia Cognitiva se utiliza la teoría funcional de la integración haciendo uso de lo que se ha llamado álgebra cognitiva como un medio de integración de la información; fue desarrollada por la línea de trabajo de Anderson (1981); Anderson, Spiro y Montague (1984) al proponer que los organismos integran información de diferentes modalidades siguiendo un proceso que implica el seguimiento de algunas reglas algebraicas.

De la misma forma que se trata de establecer los elementos algebraicos que producen nociones concretas como la gravedad, así también interactúan dimensiones sobre aspectos sociales, emocionales y/o conductuales; tal es el caso de la relación de pareja, el amor (Villarreal, 2006), la ecología, entre otros.

En el marco de la teoría de Integración de la información de Anderson (1991) se describe cómo la forma en que combinamos información en nuestra arquitectura cognitiva para hacer un juicio tiene un aspecto funcional bajo reglas algebraicas muy simples. En particular, dichas reglas resultan de sumas, multiplicaciones y/o promedios que tipifican nuestra conducta como humanos. Desde una perspectiva del álgebra cognitiva, el amor puede



ser entendido como una función lineal matemática en donde la experiencia llamada amor es una variable dependiente de tres variables independientes (Intimidad, Pasión y Compromiso) y que formalmente puede ser entendido como se describe en la siguiente fórmula.

$$\text{AMOR} = w_i \text{INTIMIDAD} + w_i \text{PASIÓN} + w_i \text{COMPROMISO}$$

Desde una perspectiva de representación del conocimiento, cada concepto del esquema del amor ilustrado contiene a su vez redes semánticas de información que dan significado particular a cada componente amoroso. Pero desde la perspectiva de la teoría del álgebra cognitiva, lo que es relevante a dicha estructura de conocimiento del amor, es la regla que coordina los diferentes valores que se dan en cada slot del esquema. Esto es, los valores bien pueden ser dependientes los unos de los otros en ciertos valores. Pero de acuerdo a Sternberg, dichos componentes son ortogonales o no se relacionan.

Como hemos reiterado hasta este momento, uno de los principales intereses en el presente estudio es tratar de determinar la relación que existe entre una organización conceptual y el esquema compensacional del amor dentro de una perspectiva cognitiva relacional de pareja. Ahora bien, nótese que desde el Modelo Funcional de Atribución de Fletcher & Finchman (1991), esto implicaría hallar la relación directa entre un esquema conceptual tipo red semántica y su influencia dentro del aparato cognitivo para que un individuo se comporte en una relación amorosa.

Por otro lado, los índices cuantitativos y cualitativos que la técnica RSN posee son insuficientes todavía para explotar el potencial que el término organización conceptual tiene dentro de un esquema global de relación de pareja, por lo que se agregarán análisis de tipo cuantitativo para determinar la co-ocurrencia conceptual en grupos de definiciones son capaces de hacer explícito relaciones conceptuales que se encontraban implícitas en los contenidos del esquema y que la técnica RSN no es capaz de precisar. Además se



analizarán aspectos de cercanía semántica, distancia semántica y proximidad semántica (Heit, 1993, Medin, 1983); para determinar el tipo de estereotipo social y la función de un prototipo en la forma como significa un individuo (Fletcher & Finchman, 1991; Bodenhausen, Mussweiler, Gabriel & Moreno, 2001; Fletcher, Rosanowski, & Fitness, 1994; Honeycutt & Cantrill, 2001).

Dado lo anterior, el interés del presente estudio es describir el contenido conceptual de un esquema de relación amorosa de pareja en jóvenes universitarios. Traducido este interés en pregunta surge la siguiente interrogante: ¿Cuáles son los elementos estructurales y conceptuales que integran el esquema relacional de pareja amorosa en población de jóvenes universitarios del Área Metropolitana de Monterrey.

Los objetivos específicos que guiarán el trabajo se enfocan en (1) describir las características del esquema relacional en cuanto a índices de organización semántica, categórica y emocional de información almacenada en los jóvenes universitarios; (2) determinar si el esquema de relación amorosa obedece a Modelos de Resemblanza o Estereotipos que rigen guiones de comportamiento predeterminados por contextos culturales (3) e Identificar la naturaleza dimensional del esquema relacional a través de Modelos de Álgebra Cognitiva de Esquemas amorosos.

MÉTODO

La presente investigación se constituye como un estudio de ciencia cognitiva de la emoción relacionada al área de la memoria relacional de pareja. Se presentan dos tipos de estudios. El primero es un estudio de tipo representacional el cuál es descriptivo y exploratorio y que pretende determinar el tipo de esquemas y guiones de una relación amorosa en parejas dentro de una población de Monterrey. Posteriormente, un segundo estudio cuasi experimental de álgebra cognitiva para el estudio del esquema componencial del amor se llevó a cabo en la muestra de jóvenes universitarios.





En particular el primer estudio consistió en adquirir redes conceptuales de información de la memoria relacional de parejas sobre los arquetipos que estos individuos tienen con respecto a su pareja íntima. Además, estas redes de información relacional permiten obtener valores cuantitativos para implementar simulaciones neurocomputacionales del esquema de pareja, que a su vez darán pie a la selección de conceptos claves que regulan el proceso perceptual y de comportamiento del esquema de la pareja.

Por su parte, el estudio de álgebra cognitiva considera la manipulación de las tres dimensiones postuladas por el modelo tríadico del amor de Sternberg (1989, 2000) para determinar la forma en cómo individuos de los grupos comparativos perciben una relación amorosa. Aquí existen tres factores o variables independientes: intimidad, pasión y compromiso; y una variable dependiente que es el grado de percepción romántica.

El estudio de álgebra cognitiva permitirá a su vez determinar la función algebraica que usan los participantes para afrontar una situación de pareja.

Participantes

Los participantes fueron seleccionados a través de un muestreo intencional, por invitación. La muestra estuvo constituida por 47 estudiantes de psicología entre 18 y 25 años (20 hombres y 27 mujeres); los cuales participaron en los estudios por puntos.

Instrumentos

Sobre la técnica de Redes Semánticas

Para la obtención de las redes conceptuales de los esquemas relacionales se procedió a utilizar la técnica de redes semánticas naturales presentada por Figueroa, González y Solís (1975; 1981).



Se eligieron 10 conceptos principales a definir: *fidelidad, familia, sustento, compromiso, pasión, pareja, amor, intimidad, relación, apariencia*, los cuáles los llamaremos objetivo o target (en inglés). La técnica tradicional de aplicación de RSN fue aplicada usando un software denominado SEMNET (Sánchez, De la Garza & López, 2008) y fue desarrollado en las instalaciones del Laboratorio de Ciencia Cognitiva de la Facultad de Psicología de la UANL. La Figura 2 muestra la pantalla principal que arrojó las agrupaciones conceptuales.

Figura 2. Descripción de las definiciones conceptuales de un grupo de estudiantes en SAM

AMOR		APARIENCIA		COMPROMISO		FAMILIA		FIDELIDAD	
Definidor	M	Definidor	M	Definidor	M	Definidor	M	Definidor	M
RESPETO	117	FISICO	108	AMOR	139	AMOR	241	AMOR	218
RELACION	95	BONITA	70	RESPONSABLE	130	APOYO	164	CONFIANZA	151
PAREJA	79	PERSONALIDAD	64	CONFIANZA	91	CARINO	146	RESPETO	147
FELICIDAD	74	BUENA	62	PAREJA	83	RESPETO	102	COMPROMISO	101
CONFIANZA	73	ATRACCION	55	SEGURIDAD	71	UNION	100	PAREJA	93
PASION	64	IMPRESIONANTE	48	RESPETO	71	FELICIDAD	87	HONESTIDAD	90
FAMILIA	60	IMPRESION	43	RELACION	69	CONFIANZA	85	COMUNICACION	78
NOVIAZGO	56	BELLEZA	41	FIDELIDAD	66	HERMANOS	83	SEGURIDAD	69
SENTIMIENTO	56	SEGURIDAD	40	MUTUO	50	COMPRESION	68	LEALTAD	67
APOYO	53	ARREGLO	40	HONESTIDAD	48	SEGURIDAD	59	IMPORTANTE	65

INTIMIDAD		PAREJA		PASION		RELACION		SUSTENTO	
Definidor	M	Definidor	M	Definidor	M	Definidor	M	Definidor	M
PAREJA	134	AMOR	284	AMOR	198	AMOR	255	DINERO	135
AMOR	124	RESPETO	121	INTIMIDAD	107	RESPETO	147	TRABAJO	123
COMUNICACION	95	CARINO	116	PAREJA	93	PAREJA	131	APOYO	101
CONFIANZA	86	COMPANIA	102	SEXO	82	AMISTAD	107	NECESIDAD	94
NECESIDAD	78	COMPROMISO	102	DESEO	71	COMUNICACION	94	SEGURIDAD	82
RELACION	73	CONFIANZA	99	EROTISMO	61	COMPROMISO	91	RESPONSABLE	73
PASION	60	COMUNICACION	98	ATRACCION	57	CONFIANZA	91	COMIDA	61
RESPETO	57	APOYO	70	RELACION	57	NOVIAZGO	77	FAMILIA	54
SECRETOS	52	FELICIDAD	63	ENTREGA	55	UNION	61	SOPORTE	46
COMPARTIR	46	NOVIAZGO	58	SENTIMIENTO	52	APOYO	60	COMPROMISO	44

Total Conceptos	10	Total Definidores	2,983	Def. x Alum.	74.6
Total Alumnos	40	Def. x Concep.	298	Def. x Alum x Concep	7.5

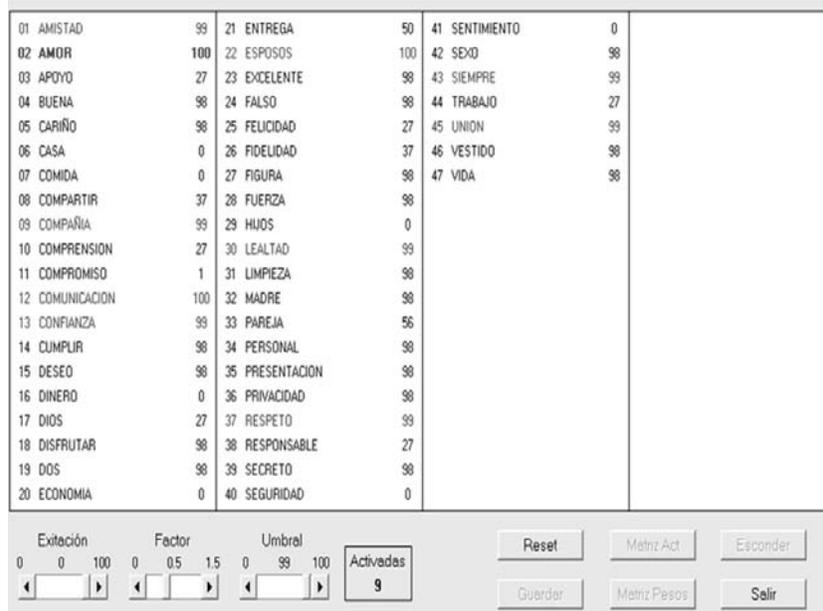
En general, el programa SEMNET permite procesar y generar las definiciones conceptuales e indicadores cuantitativos de la técnica de Redes Semánticas Naturales de forma automática, imprimir

resultados y almacenarlos.

Estudios Computacionales de Simulación del Comportamiento del Esquema

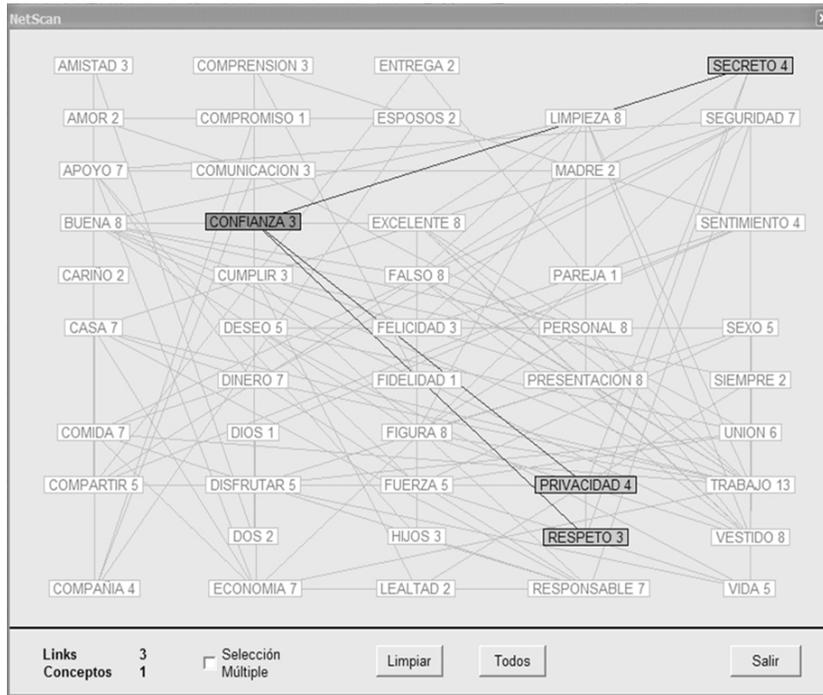
El mismo Software SEMNet permite además usar los grupos SAM para calcular la matriz de co-ocurrencia conceptual necesaria para implementar el Modelo Conexionista de Rumerhalt, Smolesnsky, McClelland & Hinton (1986). La matriz de conectividad que se usa al implementar este Modelo sirve también como la base de Proximidad Semántica necesaria para el Análisis Pathfinder. La Figura 3 y 4 muestran pantallas de ejemplo SEMNet para los análisis anteriormente mencionados.

Figura 3. Modelo Conexionista de Esquema bajo estudio en el que se activa el concepto amor.



Valores a la izquierda de los conceptos significa intensidad de estimulación, valores a la derecha intensidad de respuesta.

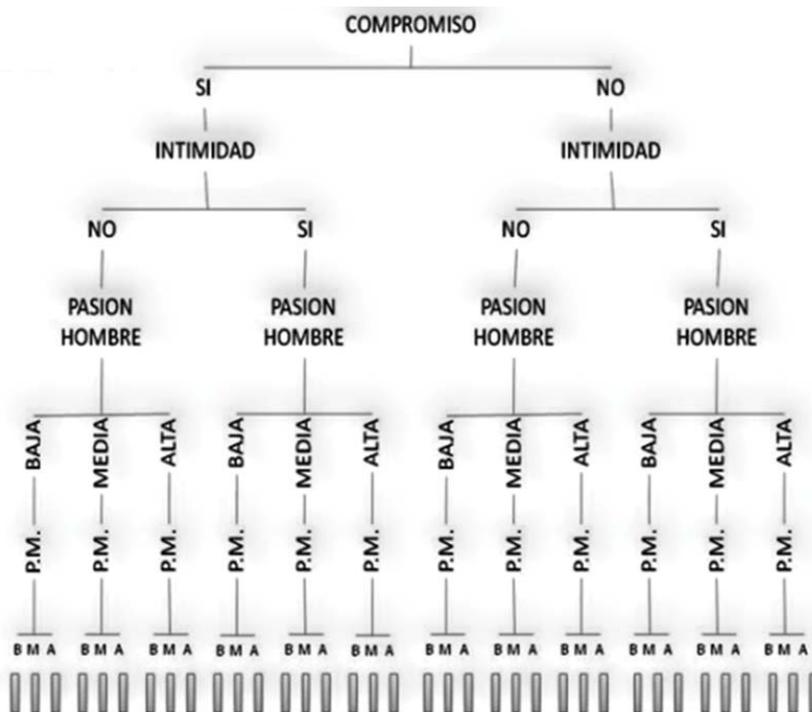
Figura 4. El concepto confianza activado y los tres conceptos de mayor proximidad semántica en pantalla Pathfinder.



Sobre el estudio del esquema compensacional de amor.

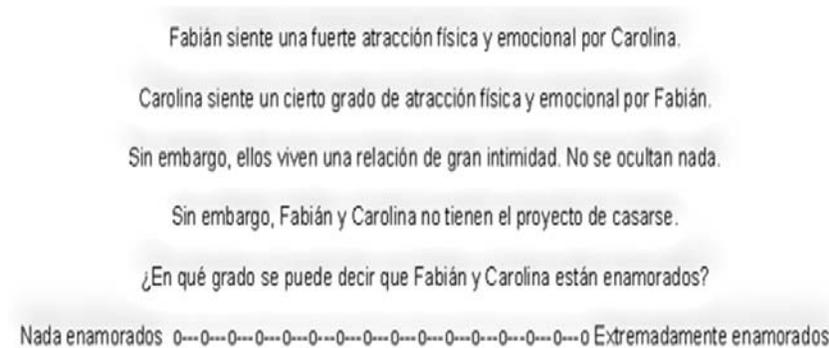
Para este estudio se construyeron 36 escenarios que combinan diferentes intensidades de los componentes del modelo Triádico de amor de Sternberg. La Figura 3.5 describe las posibles combinaciones cuando se consideran 3 niveles de intensidad de pasión del hombre hacia la mujer, 3 niveles de pasión de la mujer hacia el hombre y 2 niveles de intensidad de compromiso e intimidad entre ambos personajes del escenario amoroso (Ver Figura 5).

Figura 5. Se muestran 36 posibles combinaciones que resultan de 3 niveles de pasión hombre-mujer, mujer hombre y 2 niveles (bajo y alto) de intimidad y compromiso.



La estructura del escenario se puede observar en la Figura 6 en la que se observa que los dos primeros renglones se refieren a los niveles de pasión entre ambos personajes, mientras que los otros dos renglones se refieren a los niveles de compromiso e intimidad. La variable dependiente es uno de 16 posibles valores en un continuo que asigna el participante.

Figura 6. Estructura de uno de los 36 posibles escenarios románticos entre dos personas.



En total existen 45 escenarios que se le entregan al participante del estudio, ya que los primeros 9 constituyen una práctica. Existe además una hoja de datos personales en las que se incluye la edad del participante, ocupación; si actualmente está enamorado y desde hace cuánto tiempo; y si considera en caso de estar enamorado si es correspondido por su pareja.

Para cada participante se formó un paquete en el que cada escenario era presentado individualmente en una hoja tamaño 4.5 cm x 21.5 cm. Los 36 escenarios eran ordenados al azar para cada participante; éstos venían engrapados a una instrucción que les indicaba no regresar a un escenario ya realizado por ellos.

Procedimiento

Redes Semánticas Naturales

Para obtener las redes conceptuales de los participantes se procedió a citar al grupo de 47 individuos en una sala de computadoras. Se les sentó enfrente ellas y se les explicó la intención del estudio.



Posteriormente cada participante procedió a las definiciones de acuerdo a las demandas del programa SEMNET.

Cabe aclarar que de la información recabada por SEMNet se generan los análisis Pathfinder y Esquema Conexionista.

Esquema Compensacional de Amor

Se les citó de forma grupal en un aula en donde se les dio las instrucciones y se les aplicó la sesión de práctica. Previo consentimiento de que habían entendido se procedió a aplicar los 36 escenarios. Especial cuidado se puso en no permitir que se comunicaran entre ellos.

RESULTADOS

La Figura 7 muestra los grupos SAM obtenidos para los jóvenes sobre los 10 conceptos explorados sobre la relación de pareja. Así mismo, enseguida se muestran los análisis computacionales provenientes del Modelo de Rumelhalt et al (1998) y de Path Finder (Ver Figura 8), clarificando que solamente se realizaron para los conceptos de intimidad, pasión y compromiso; ya que fueron los que Sternberg considera en su esquema componencial del amor.

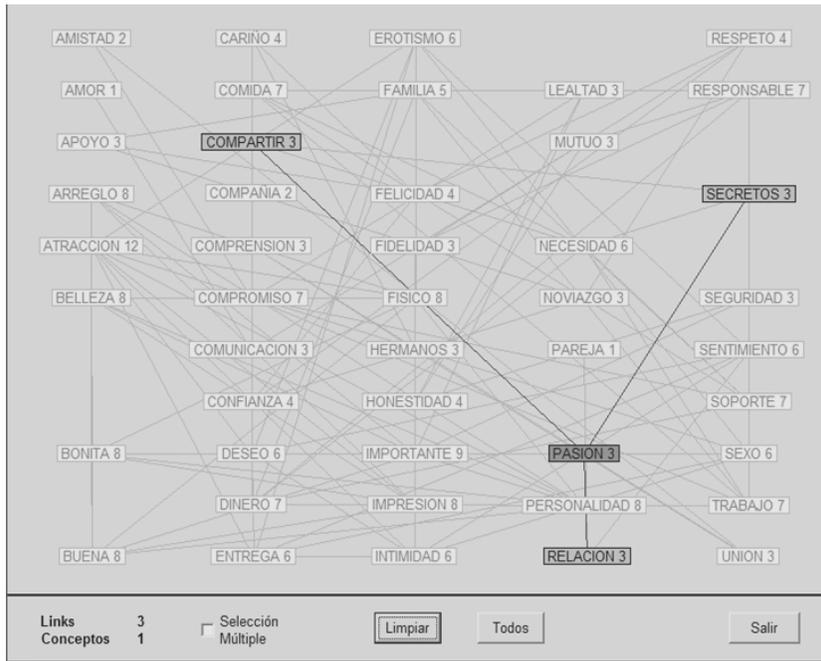


Figura 7. Definidores de los grupos SAM de la población de jóvenes para los 10 conceptos de relación de pareja bajo estudio

AMOR		APARIENCIA		COMPROMISO		FAMILIA		FIDELIDAD			
F	Definidor	M	F	Definidor	M	F	Definidor	M	F	Definidor	M
7	RESPECTO	117	1	FISICO	108	7	AMOR	139	7	AMOR	218
4	RELACION	95	1	BONITA	70	2	RESPONSABLE	130	5	APOYO	164
6	PAREJA	79	1	PERSONALIDAD	64	7	CONFIANZA	91	2	CARINO	146
3	FELICIDAD	74	1	BUENA	62	6	PAREJA	83	7	RESPECTO	102
7	CONFIANZA	73	2	ATRACCION	55	5	SEGURIDAD	71	2	UNION	100
2	PASION	64	2	IMPORTANTE	48	7	RESPECTO	71	3	FELICIDAD	87
2	FAMILIA	60	1	IMPRESION	43	4	RELACION	69	7	CONFIANZA	85
3	NOVIAZGO	56	1	BELLEZA	41	1	FIDELIDAD	66	1	HERMANOS	83
2	SENTIMIENTO	56	5	SEGURIDAD	40	1	MUTUO	50	1	COMPRESION	68
5	APOYO	53	1	ARREGLO	40	2	HONESTIDAD	48	5	SEGURIDAD	59
J = 153		J = 156		J = 127		J = 137		J = 109			
G = 6.4		G = 6.8		G = 9.1		G = 18.2		G = 15.3			
INTIMIDAD		PAREJA		PASION		RELACION		SUSTENTO			
F	Definidor	M	F	Definidor	M	F	Definidor	M	F	Definidor	M
6	PAREJA	134	7	AMOR	284	7	AMOR	198	7	AMOR	255
7	AMOR	124	7	RESPECTO	121	1	INTIMIDAD	107	7	RESPECTO	147
4	COMUNICACION	95	2	CARINO	116	6	PAREJA	93	6	PAREJA	131
7	CONFIANZA	86	1	COMPANIA	102	1	SEXO	82	1	AMISTAD	107
2	NECESIDAD	78	4	COMPROMISO	102	1	DESEO	71	4	COMUNICACION	94
4	RELACION	73	7	CONFIANZA	99	1	EROTISMO	61	4	COMPROMISO	91
2	PASION	60	4	COMUNICACION	98	2	ATRACCION	57	7	CONFIANZA	91
7	RESPECTO	57	5	APOYO	70	4	RELACION	57	3	NOVIAZGO	77
1	SECRETOS	52	3	FELICIDAD	63	1	ENTREGA	55	2	UNION	61
1	COMPARTIR	46	3	NOVIAZGO	58	2	SENTIMIENTO	52	5	APOYO	60
J = 109		J = 148		J = 128		J = 142		J = 118			
G = 8.8		G = 22.6		G = 14.6		G = 19.5		G = 9.1			
Total Conceptos	10	Def. x Concep.	298	Conceptos Diferentes	46	H.S 1	H.S 2	Compara	Predictor		
Total Alumnos	40.0	Def. x Alum.	74.6	Conceptos Comunes	21(75)						
Total Definidores	2,983	Def. x Alum x Concep	7.5	Conceptos Libres	25						
						DetallesSam		Esquemata		NetScan	

Obsérvese que en el caso del Path análisis “pasión” se relaciona solo a 3 conceptos: compartir, secretos y relación (Figura 8). En realidad, dicha activación se debe a que son los que parecen tener mayor proximidad semántica. Esto queda ilustrado cuando se realiza la simulación conexionista del esquema para este concepto tal y como se ilustra en la Figura 9.

Figura 8. Representación Pathfinder para el concepto “pasión” para el grupo de jóvenes.



Nótese que dicha simulación conexionista hay mayor activación de conceptos, mostrando así que en comparación a un análisis Pathfinder, los patrones de activación del Modelo Conexionista de Esquemata producen una activación más exhaustiva que el de una representación por proximidad semántica. Este concepto debe tomarse así de aquí en adelante. Nótese que lo mismo sucede cuando se activa el esquema conexionista de “intimidad”, en el Modelo de Esquemata como en el de Pathfinder se activa el concepto de amor, atracción, sentimiento, sexo, deseo, entrega, erotismo ante este definidor.

Figura 9. Se ilustra el patrón de activación conexionista cuando se activa el concepto de pasión en la población de jóvenes.

01 AMISTAD	2	21 FAMILIA	73	41 SEGURIDAD	1
02 AMOR	37	22 FELICIDAD	63	42 SENTIMIENTO	73
03 APOYO	50	23 FIDELIDAD	2	43 SEXO	2
04 ARREGLO	2	24 FISICO	2	44 SOPORTE	2
05 ATRACCION	1	25 HERMANOS	2	45 TRABAJO	2
06 BELLEZA	2	26 HONESTIDAD	1	46 UNION	1
07 BONITA	2	27 IMPORTANTE	1		
08 BUENA	2	28 IMPRESION	2		
09 CARIÑO	1	29 INTIMIDAD	2		
10 COMIDA	2	30 LEALTAD	2		
11 COMPARTIR	100	31 MUTUO	2		
12 COMPAÑIA	2	32 NECESIDAD	73		
13 COMPRENSION	2	33 NOVIAZGO	63		
14 COMPROMISO	1	34 PAREJA	99		
15 COMUNICACION	56	35 PASION	100		
16 CONFIANZA	99	36 PERSONALIDAD	2		
17 DESEO	2	37 RELACION	100		
18 DINERO	2	38 RESPETO	99		
19 ENTREGA	2	39 RESPONSABLE	1		
20 EROTISMO	2	40 SECRETOS	100		

Exitación	Factor	Umbrel	Activadas	Reset	Matriz Act	Esconder
0 0 100	0 0.5 1.5	0 99 100	6	Guardar	Matriz Pesos	Salir

Lo que llama la atención en el caso de la activación de pasión es que el concepto de amor se activa con valor mínimo y en el caso del Pathfinder no apareció, a diferencia del concepto de “intimidad”. Esto se corrobora nuevamente cuando se activa en sí el concepto de “amor” tanto para Pathfinder como en el Modelo Conexionista. Amor activa solamente el definidor *comunicación*, mientras que en el análisis Path activa conceptos como amistad, cariño, compartir, compañía, comprensión, comunicación, sexo, unión, lealtad, intimidad, fidelidad, secretos, erotismo, entrega, deseo, compañía.

Nótese que en el caso del análisis Pathfinder solamente el concepto de comunicación fue el que se consideró de proximidad semántica al concepto de amor, mientras que el patrón de activación conexionista señaló una gran variedad de activación y riqueza



como incluyentes en la formación del significado de lo que es el amor. Aquí cabe mencionar que el concepto pasión también fue incluido aunque con una activación menor.

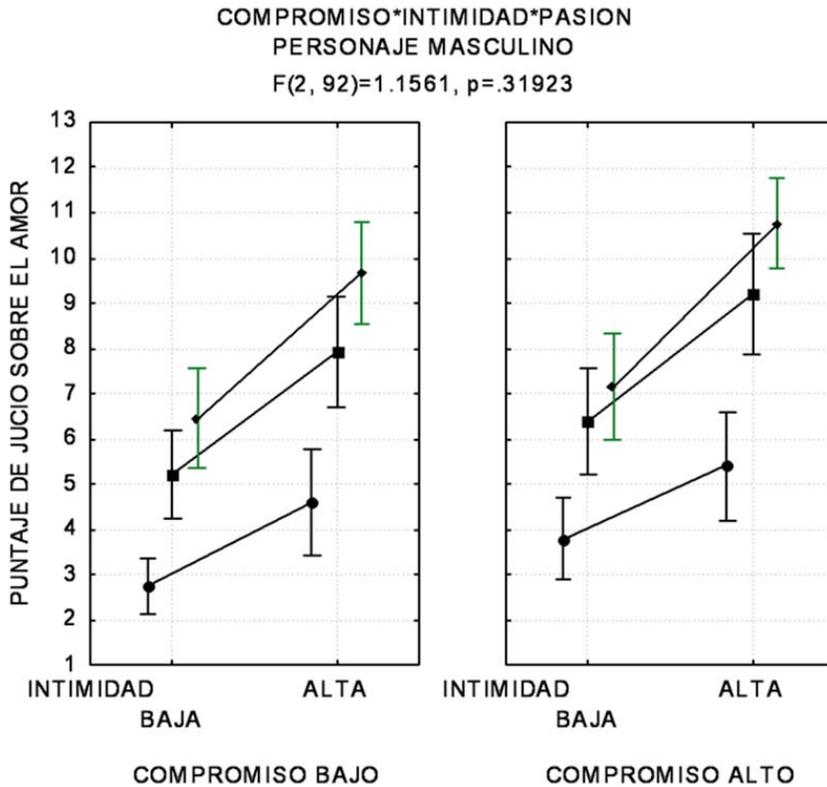
Como ya se reportó en el marco teórico (Falconi & Mullet, 2003), el concepto de *compromiso* es de relevancia para el significado del amor en la pareja. En el caso de la población que nos ocupa, la organización conceptual destaca conceptos como *compañía, trabajo, dinero, soporte, comida, lealtad*.

La Figura 10 muestra la gráfica de interacción resultante de un ANOVA de 2 x 2 x 3 de medidas repetidas de los valores de percepción de enamoramiento dado los escenarios construidos para el grupo de jóvenes.

Aquí el factor de mayor efecto fue de pasión, *pasión hombre*, $F(2, 92)=312.7$, $p=0.0000$; *pasión mujer*, $F(2, 92)=265.2$, $p=0.0000$, seguido por el factor de intimidad $F(1, 92)=146.6$, $p=0.0000$; con un efecto mucho menor pero significativo en el factor de compromiso $F(1, 92)=40.0$, $p=0.0000$. Esto emula el resultado de esquema de amor romántico (pasión e intimidad altos con compromiso bajo) reportado en la literatura en población de jóvenes.



Figura 10. Interacción entre los componentes de intimidad-pasión y compromiso-pasión para el personaje masculino de los escenarios amorosos.



La misma grafica de interacción pero para el caso de la pasión del personaje femenino es prácticamente idéntica a la ilustrada

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Desde una perspectiva de la Teoría Relacional entre individuos (Haslam, 2004), en particular desde el Enfoque Cognitivo de un esquema relacional de pareja (Baldwin, 1992, 1997; Baldwin, Carrell & López, 1990; Honeycutt & Cantrill, 2001), se enfatiza



que la organización conceptual que un individuo significa sobre la relación que tiene o pudiera llevar con un compañero romántico debe poseer al menos tres tipos de información causante de dicho significado: información sobre el sí mismo, información conceptual sobre un compañero romántico potencial e información sobre el tipo de relación que se establece entre ambos.

Es interesante observar que a este respecto de esquema relacional los resultados parecen señalar que los jóvenes considerados en esta muestra enfatizan más un significado centrado en la relación más que en aspectos de la autoestima (Devos & Banaji, 2003), autoconcepto (Valdez-Medina, 1998) o auto esquema (Greenwald, Banaji, Rudman, Farnham, Nosek & Mellott, 2002; Brunel, Tietje & Greenwald, 2004).

A este respecto, y tal vez la contribución más relevante de las definiciones conceptuales obtenidas con la técnica de redes semánticas es la evidencia que parece sugerir que el esquema que se trata de significar es un esquema de amor romántico, de acuerdo a la teoría triádica de amor de Sternberg (1989; 2000). Esto es así porque el concepto de amor resultó el de mayor conectividad a través de los grupos SAM.

Por otra parte, queda claro que del análisis de algebra composicional pasión siempre fue el componente que mayor efecto tuvo, ya sea que se tratara de la pasión que siente un hombre hacia una mujer o la de una mujer hacia un hombre en los escenarios presentados. Si a esto se agrega que el concepto de *intimidad* queda en segundo lugar y el concepto de *compromiso* queda en último lugar en términos de efecto parecieran sugerir la idea de un amor romántico, mostrando congruencia con los resultados de RSN.

En otras palabras, los dos análisis; uno muy estricto (Pathfinder) y otro más incluyente (Esquema Conexionista) permiten ver dos perspectivas sobre la estructura que rige la dimensionalidad del esquema romántico que parece emerger. Este esquema se puede ver matizado por la forma de evaluación y atribución que tiene al significar a un compañero potencial (Miell, 1987 en Honeycutt & Cantrill, 2001; Beck, 1998; Barrón López de Rosa, Martínez-Íñigo, de Paúl & Yela, 1999), en donde la importancia de estas





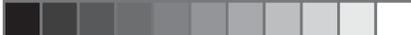
atribuciones sobre la conducta puede llevar a la persona a idealizar a una persona como respetuosa, cariñosa, amorosa, comprensiva, con buena comunicación, entregada y leal; siendo parte de un estereotipo de amor romántico en donde estas evaluaciones llevan a la persona en una verdadera sensación de estar enamorada.

Cuando el estereotipo es confrontado con lo que en realidad se viven en la pareja, y el cuál es influenciado por los valores dados desde lo social en los diferentes aspectos de la relación de pareja se puede llegar a tener la sensación de infelicidad cuando las expectativas no son cumplidas, pudiendo desembocar en estados de estrés, ansiedad e inclusive rompimiento; esto sin mencionar las implicaciones que sobre los hijos se tiene el convivir bajo estas circunstancias familiares.

REFERENCIAS

- Anderson, N. H. (1981). *Methods of information integration theory*. New York: Academic Press.
- Anderson, N. H. (1991). *Contributions to information integration theory*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Anderson, R. C., Spiro, R. J. & Montague, W. E. (1984). *Schooling and the acquisition of knowledge*. En Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
- Baldwin, M. W. (1997). Relational Schemas as a Source of If-Then Self-Inference Procedures. *Review of General Psychology*, 7(4), 326-335.
- Baldwin, M. W., Carrell, S. E. & López, D. F. (1990). Priming Relationships Schemas: My Advisor and the Pope are Watching Me from the Back of My Mind. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 435-454.
- Baldwin, M. W., Fehr, B., Keedian, E., Seidel, M. & Thomson, D. W. (1993). An exploration of the relational schemata underlying attachment styles: Self-report and lexical decision approaches. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 746-754.
- Baldwin, M. W., Granzberg, A., Pippus, L. & Pritchard, E. T. (2003). Cued activation of relational schemas: Self-evaluation and gender effects. *Canadian Journal of Behavioural Science*. Recuperado el 19 de febrero del 2006 de la base de datos FIND ARTICLES.
- Barrón López de Roda, A., Martínez-Íñigo, D., de Paúl, P. & Yela, C. (1999). Romantic beliefs and myths in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 2(1), 64-73.
- Beck, A. T. (1998). *Con el Amor No Basta*. México: Editorial Paidós.





- Bodenhausen, G., Mussweiler, T., Gabriel, Sh. & Moreno, K. (2001). Affective Influences on Stereotyping and Intergroup Relations. En J.P. Forgas (Ed.) *Handbook of Affect and Social Cognition*: Boston College.
- Boyes, A. D. & Fletcher, G. J. O. (2007). Metaperceptions of Bias in Intimate Relationships. *Journal of Personality of Social Psychology*, 92(2), 286-306.
- Brunel, F., Tietje, B. & Greenwald, A. G. (2004). Is the Implicit Association Test a valid and valuable measure of implicit consumer social cognition? *Journal of Consumer Psychology*, 14(4), 385-404.
- Devos, T. & Banaji, M. R. (2003). Implicit self and Identity. En M. R. Leary & J. P. Tangeney (Eds.). *Handbook of self and Identity*. New Yorks Guilford. 8, 153-175.
- Díaz-Loving, R. & Sánchez, A. R. (2004). *Psicología del amor: una visión integral de las relaciones de pareja*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Falconi, A. & Mullet, E. (2003). Cognitive Algebra of love through the adult live. *Int'l J. Aging and Human Development*, 57(3), 275-290.
- Figueroa, J. G., Gonzales, G. E. & Solis, V. M. (1975). An approach to the problem of meaning: Semantic networks. *Journal of Psycholinguistic Research*, 5(2), 107-115.
- Figueroa, J. G., Gonzales, G. E. & Solis, V. M. (1981). Una aproximación al estudio de las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 447-458.
- Fitness, J. & Fletcher, G. J. O. (1993). Love, hate, anger and jealousy in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 942-958.
- Fletcher, G. J. O. & Finchman, F. D. (1991). Attribution Processes in Close Relationships. En G. J. O. Fletcher & F.D. Finchman (Eds.), *Cognition in Close Relationships* (pp. 7-31). Lawrence Erlbaum Associates, London.
- Fletcher, G. J. O., Rosanowski, J. & Fitness, J. (1994). Automatic Processing in Intimate Contexts: The Role of Close-Relationship Beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(5), 888-897.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A. & Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109(1), 3-25.
- Haslam, N. (2004). *Relational models Theory. A Contemporary Overview*. Mahweah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Heit, E. (1993). Knowledge concept learning. En: Koen Lamberts & David Shanks (Eds.) *Knowledge, Concepts and Categories*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Hernández, F., Laga, A. & Vera, J. A. (1998). Semántica de los conceptos asociados con el amor en el estado de Sonora. *La Psicología Social en México*, 7, 163-169.
- Honeycutt, J. M. & Cantrill, J. G. (2001). *Cognition, Communication, and Romantic Relationships*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) 2005. *Estadística de Matrimonios y Divorcios 2005*. México: autor.
- Knobloch, L. K. & Solomon, D. H. (2003). Responses to changes in relational uncertainty within dating relationships: Emotions and communication strategies. *Communication Studies*, p10. Consultado el 5 de abril de 2006 de la base de datos FINDARTICLES.
- Medin, D. L. (1983). Structural principles of categorization. In T. Tighe & B. Shepp (Eds.), *Perception, Cognition, and Development: Interactional Analyses* (pp. 203-230). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Murphy, G.L. (2002). *The big book of concepts*. Cambridge, Massachussets: MIT Press.
- Neff, L. A. & Karney, B. R. (2005). To Know you is to love you: The implication of global Adoration and Specific Accuracy for Marital Relationships. *Journal of Personality*





- Rogers, T. T. & McClelland, J. L. (2004). *Semantic Cognition: A Parallel Distributed Processing Approach*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Rosch, E. (1978). Principles of categorization. En E. Rosch & B. B. Lloyd (Eds.), *Cognition and Categorization* (pp. 27-48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rosch, E. & Mervis, C. B. (1975). Family resemblance: Studies in the internal structure of categories. *Cognitive Psychology*, 7, 573-605.
- Rumelhart, D. E., Smolensky, P., McClelland, J. L., & Hinton, G.E. (1986). Schemata and sequential thought processes. En: McClelland, J.L., Rumelhart, D. E. & the PDP research group. *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition. Volume 2: Psychological and biological models*. Massachusetts: MIT Press.
- Sánchez, M.P., De la Garza, A. y López, R.E.O. (2008). Redes Semánticas Naturales y el vínculo entre investigación científica y desarrollo de tecnología. En López, R.E.O. & Morales, G. *El Enfoque Cognitivo de la formación de nuestros significados*. En prensa: Trillas.
- Sánchez, A. R. (2007). Significado psicológico del amor pasional: lo claro y lo oscuro. *Revista Interamericana de Psicología*, 41(3), 391-402.
- Scott, C., Fuhrman, R. & Wyer, R. (1991). Information Processing in Close Relationships. En G.J. Fletcher & F.F. Finchman (Eds.), *Cognition in Close Relationships* (pp. 37-64). Lawrence Erlbaum Associates, London.
- Smith, E. E., & Medin, D. L. (1981). *Categories and concepts*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Sternberg, R. J. (1989). *El Triángulo del Amor*. España: Editorial Paidós.
- Sternberg, R. J. (2000). *La Experiencia del Amor*. España: Editorial Paidós.
- Valdez-Medina, J. L. (1998). *Las redes semánticas naturales. Usos y aplicaciones en psicología social*. Estado de México, México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Villarreal T. A. I. (2006). El Aspecto componencial del amor: un estudio factorial acerca de la opinión sobre el amor en jóvenes en Monterrey, N.L. y su área metropolitana. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. U.A.N.L. Monterrey, Nuevo León, México.



SALUD MENTAL Y ESTILOS DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

José Luis Ybarra Sagarduy

Adriana Orozco Ramírez

Venustiano Guerra López

Silvia Aldape Uriega

Angélica Gemignani Alafita

Raquel Vázquez Lerma

Universidad Autónoma de Tamaulipas

Los estudiantes universitarios son los futuros profesionistas que integrarán la sociedad y juegan un importante papel como modelo de conductas saludables, en base a esto es necesario conocer el estado de salud mental de los estudiantes y detectar posibles factores predictores de una buena salud mental, con el fin de promocionarla. Los objetivos de este estudio son evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios y determinar los estilos de vida como factor de riesgo o protección de la misma. Se aplicó en una muestra de 535 alumnos universitarios, un instrumento que mide la salud mental: El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), y un instrumento que mide los estilos de vida, El FANTASTIC. Los resultados muestran, que uno de cada cinco alumnos universitarios participantes, presenta alteraciones de salud mental; el consumo de tabaco y/o drogas, aparece como un factor de riesgo en las alteraciones de la salud mental, mientras que la actividad física, destaca como un factor de protección, por tanto, en las universidades son necesarios programas de prevención de las adicciones, así como programas que promuevan la actividad física.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son dos temas de alta prioridad, que se ven reflejados en las políticas



y acciones de salud pública en el mundo actual (PAHO, 2006). La Organización Mundial de la Salud en 2001, dedicó su reporte anual a la Salud Mental, en un esfuerzo por colocar a este problema en el centro de la agenda de salud e invitó a los gobiernos a colaborar en la iniciativa de Salud Mental 2000, para recabar información que pudiera ser útil para orientar las políticas públicas en este campo (OMS, 2001).

La salud mental, según la definición propuesta por la OMS (2001) es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir positivamente en su familia y sociedad, esta definición nos indica la interacción de una serie de recursos personales, sociales, así como capacidades físicas, que interactúan en la vida cotidiana.

Los trastornos de la salud mental tienen un fuerte impacto sobre la vida de individuos, familia y la sociedad en conjunto; se calcula que más del 20% de la población mundial, padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico, en algún momento de su vida (Remick, 2002); el Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo, en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente (OMS, 2001).

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2003) encontró que uno de cada cinco individuos adultos (entre 18 y 65 años), presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida; los trastornos de ansiedad son los más prevalentes y los más crónicos, los trastornos individuales más comunes fueron la depresión mayor, la fobia específica, la dependencia al alcohol y la fobia social; entre los hombres la dependencia al alcohol es el problema más común, en tanto que entre las mujeres, la depresión mayor.

En el ámbito universitario existen una serie de factores estresantes, que pueden dar lugar a alteraciones en la salud mental de los estudiantes.





Los siguientes son algunos de estos factores: pruebas de evaluación académica, dificultad para dar cumplimiento a las expectativas que el estudiante tiene respecto a la universidad y su carrera, falta de apoyo económico para responder a las demandas como estudiante, problemas de adaptación a la universidad, a otra ciudad y a otras familias, separación de la familia de origen y asumir nuevas y complejas responsabilidades académicas y personales; por tanto, debido a que los estudiantes universitarios son los futuros profesionistas que atenderán las diversas necesidades de la comunidad, es importante evaluar su estado de salud mental.

La mayoría de las investigaciones centradas específicamente en la salud mental de los estudiantes universitarios se han focalizado en estudiar la presencia de síntomas emocionales, particularmente de sintomatología ansiosa y, especialmente depresiva (Cova, Alvial, Aro, Bonifetti, Hernández & Rodríguez, 2007). Un estudio reciente, en una muestra amplia de estudiantes de la Universidad de Chile, mostró que un 34,8% de ellos mostraba los signos inespecíficos de malestar emocional que mide el Cuestionario de Salud de Goldberg (GHQ) (Fritsch et al., 2006), en otro estudio realizado en una universidad venezolana, se aplicó el GHQ a 442 estudiantes universitarios (Feldman et al., 2008) y se encontró que los ítems reportados con mayor frecuencia fueron los relacionados con el factor de angustia y ansiedad (32%) y somatización (20%), a saber: aquellos que expresaban problemas de salud recientes y no sentirse en perfectas condiciones, la sensación de estar agobiado y en tensión, y que les costaba más tiempo hacer las cosas.

En México se realizó un estudio en 296 alumnos universitarios para demostrar la validez de la versión abreviada de 28 ítems del GHQ en población universitaria. Se encontró que el 39.32% de la población que se estudió, presentaba algún tipo de padecimiento que requería atención especializada (Romero & Medina-Mora, 1987). En otro estudio más reciente, realizado en el contexto de México, se aplicó el mismo instrumento a 176 estudiantes de Medicina y se encontró que el 27.6% de la muestra calificaron con un puntaje que los ubica como casos y el 2.4% de estos presentaron un nivel de severidad grave (Joffre, Maldonado, Lin & Cruz, 2007).



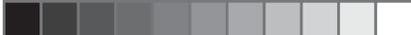


A pesar de que se han realizado estudios que han tratado de evaluar el estado de salud mental de los estudiantes universitarios, son escasas las investigaciones que han tratado de encontrar factores de riesgo o protección de la salud mental de los estudiantes, el conocer esos factores puede permitir el desarrollo de programas dirigidos a la población universitaria, con el fin de llevar a cabo una promoción de la salud mental.

Entre los factores que pueden estar relacionados con la salud mental de los estudiantes universitarios, se puede mencionar los estilos de vida: el término *estilo de vida* es definido y frecuentemente utilizado hoy en día, en el sentido de comportamientos específicos identificados como factores de riesgo para la enfermedad, como menciona Wilson (1984), son el conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre los cuales el individuo tiene un grado de control voluntario, Sanabria-Ferran, Gonzalez & Urrego (2007) los describen como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados; de esta manera, el llevar estilos de vida saludables ayudará a prevenir desajustes psicosociales y a mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano, impactando de manera directa en la salud mental (Maya, 2001). En resumen, un estilo de vida saludable es el conjunto de patrones conductuales o hábitos que guardan una estrecha relación con la salud, en un sentido amplio, es decir, con todo aquello que provee el bienestar y desarrollo del individuo a nivel bio-psico-social (Rodrigo et al. 2004).

Los estilos de vida en la población universitaria han sido objetos de diversos estudios en México, pero se han centrado principalmente en identificar la prevalencia del consumo de sustancias tóxicas como el tabaco, el alcohol y drogas sintéticas, en un estudio reciente (Díaz, et al., 2008) se trató de evaluar la prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol (CRDA) durante el último año y examinar los factores de riesgo y protección respectivos en estudiantes de primer ingreso a la licenciatura de la Universidad





Nacional Autónoma de México (UNAM). Se aplicó el instrumento de tamizaje Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) a 24921 estudiantes de primer ingreso. Usando un puntaje de corte en el AUDIT de ocho y de seis puntos, la prevalencia del CRDA durante el último año fue respectivamente de 11.1% y de 18.4%. Esta fue mayor en los hombres (AUDIT \geq 8: 17.3%; AUDIT \geq 6: 27.4%) que en las mujeres (AUDIT \geq 8: 6.2%; AUDIT \geq 6: 11.3%). Además del sexo masculino, aquellos estudiantes que trabajaban y que reportaron un mayor ingreso familiar mensual, tuvieron un mayor riesgo de experimentar el CRDA, en las mujeres, pero no en los hombres, un mayor nivel educativo tanto en el padre como en la madre también se relacionó con un incremento en el CRDA. Contrariamente, una mayor edad y el ser casado se asoció con una reducción en el riesgo del CRDA.

Referente al consumo del tabaco en estudiantes universitarios, el estudio de Valdés-Salgado, Micher, Hernández, Hernández & Hernández-Ávila (2002) calculó la prevalencia de consumo entre 103.582 alumnos de 14 a 25 años, de nuevo ingreso a la UNAM, en las conclusiones se subraya que en la última década se observa una tendencia ascendente, en el consumo del tabaco entre estudiantes universitarios, particularmente en edades menores de 18 años y entre las mujeres. Los estudiantes de mejor situación económica muestran una mayor incidencia de inicio del consumo. Durante los años de enseñanza media superior, en general, la incidencia de inicio del consumo es de 12% para las mujeres y de 19% para los varones, a mayor edad, ser varón y al final del periodo la probabilidad de fumar aumenta.

En lo que se refiere al uso de otras drogas Herrera-Vázquez, Wagner & Velasco-Mondragón (2004) mencionan que a los 19 años en promedio, las mujeres en un 5 % y los hombres en un 13 % han consumido algún tipo de droga, donde cada nueve de 100 estudiantes que consumieron drogas ilegales, se iniciaron en el consumo directamente antes de haber usado ni alcohol, ni tabaco.

Se han realizado pocos estudios sobre un factor relacionado con los estilos de vida, que puede ser un factor protector como es la actividad física, ha quedado demostrado que la actividad física,





está relacionada con la disminución de la ansiedad y la depresión, aumento de la autoestima y mejoría académica (Field, Diego & Saunder, 2001); que disminuye el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y ayuda a tener una percepción de una vida más satisfactoria (Valois, et al. 2004). Por lo tanto, la actividad física es decisiva en estos comportamientos que son determinantes para la calidad de vida del estudiante, en relación a estos estilos de vida saludables en estudiantes universitarios, el estudio hecho por López, González & Rodríguez (2006) menciona que en comparación con otros países, los estudiantes universitarios mexicanos, tienen una menor actividad física, sobre todo en las mujeres y algunas de las causas que mencionan para no practicarla, es la falta de tiempo y de recursos; según los autores, es necesario desarrollar programas de actividad física para la formación integral universitaria, principalmente en las mujeres y evitar la disminución conforme se avanza en los estudios.

Debido a que la formación académica de los futuros profesionales requiere de un estado óptimo de salud mental, es importante identificar los factores determinantes para posteriormente corregirlos, ofreciendo programas de atención psicológica eficaces e incluso programas destinados a desarrollar estilos de vida saludables, encaminándolos sobre todo a la prevención, por tal motivo, el objetivo de este trabajo será, el de evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios y determinar los estilos de vida como factor de riesgo o protección de la salud mental en los estudiantes.

METODO

Muestra:

El estudio sigue un diseño de tipo transversal descriptivo-correlacional, en una muestra no probabilística de 535 alumnos de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, campus Ciudad Victoria, procedentes de diferentes programas de estudio (Psicología,





Trabajo Social, Derecho, Ciencias de la Comunicación, Turismo, Relaciones Internacionales, Enfermería, Tecnología Educativa, Sociología, Telemática, Médico Veterinario, Agronomía).

La muestra presenta una edad media de 19.88 (rango 17-34 años) y $DT=2.45$ de la cual se desprende que hubo 45.1% mujeres y 54.9% hombres. Un 92.1% del total son solteros y el 63.5% viven con sus padres. En cuanto a las creencias religiosas el 78.1% son católicos y en lo referente a los niveles socio económicos están del orden del 66.4% con ingresos mensuales entre 1,500 y 5,000 pesos

Instrumentos

Cuestionario FANTASTIC. Es un instrumento genérico diseñado en el Departamento de Medicina Familiar de la Universidad McMaster de Canadá, con el fin de ayudar a los médicos de atención primaria a conocer y medir los *estilos de vida* de sus pacientes; es un cuestionario estandarizado con 25 ítems cerrados, que exploran nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida: familia-amigos (3 ítems); actividad física (2 ítems); nutrición (4 ítems); tabaco-toxinas (3 ítems); alcohol (2 ítems); sueño-cinturón de seguridad-estrés (3 ítems); tipo de personalidad (3 ítems); interior (ansiedad, preocupación, depresión) (3 ítems); carrera (labores) (2 ítems). Los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de cero a cuatro para cada una y se califican por medio de una escala tipo Likert, con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento.

El instrumento ha sido aplicado a grupos de estudiantes (Wilson & Ciliska, 1984; Kamien & Power, 1996), empleados (Sharratt, Sharratt, Smith, Howell & Davenport, 1984) y pacientes en la consulta general de medicina familiar (Kason & Ylanko, 1984). La versión en español del instrumento fue obtenida mediante traducción inglés-español y retraducción español-inglés por traductores expertos, independientes y sesgados, hasta obtener versiones similares en inglés; fue adaptado por un panel de profesionales de la salud para su mejor comprensión por los pacientes mexicanos





(López, Rodríguez, Munguía, Hernández & Casas, 2000). En México ha sido aplicado este instrumento en pacientes hipertensos y diabéticos, presentando en ambos casos una confiabilidad superior a 0.80 (López et al., 2000; Rodríguez, López, Munguía, Hernández & Martínez, 2003).

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ) (Goldberg & Hillier, 1979). Es una técnica elaborada por este autor, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70, con el fin de evaluar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas, posteriormente se han elaborado versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems respectivamente que han mostrado igual utilidad según diferentes estudios de validación efectuados. Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es la *salud mental* y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física.

Esta técnica fue concebida como un cuestionario autoadministrado dirigido a la situación actual del examinado. El origen de los ítems de esta escala se fundamenta en estudios previos sobre enfermedades mentales y la experiencia clínica del grupo de trabajo de Goldberg. Contiene cuatro subescalas con siete preguntas en cada una de ellas: para síntomas psicósomáticos (preguntas 1–7), ansiedad (preguntas 8–14), disfunción social en la actividad diaria (preguntas 15–21) y depresión (preguntas 22–28).

Esta escala, en cualquiera de sus versiones (60, 30, 28 ó 12 ítems), consta de proposiciones que deben ser respondidas escogiendo una de cuatro posibles respuestas planteadas al sujeto en escala Likert. Para la calificación del GHQ se usará el método original de Goldberg, que consiste en asignar un 0 a las 2 primeras respuestas de cada enunciado (p.e., “no, en absoluto”, “no más de lo habitual”) y un 1 a las 2 últimas (p.e., “bastante más que lo habitual”, “mucho más que lo habitual”). El puntaje total se obtiene por sumatoria simple de las calificaciones en cada uno de los ítems. Este puntaje total es indicativo de disturbios mentales más severos, mientras mayor sea su valor. En la versión de 28 ítems que será usada en





esta investigación, el valor máximo que puede tomar es 28 y el mínimo es 0. Se determinó que una puntuación ≥ 6 es indicativa de alteración en la salud mental, ya que con este punto de corte se obtiene la mayor especificidad del test (90,2%) con una buena sensibilidad (76,9%) (Lobo, Perez-Echevarria & Artal, 1986).

En un estudio se comprobó la validez de este instrumento en su versión de 28 ítems, al aplicarlo en población universitaria mexicana (Romero & Medina-Mora, 1987). La investigación se llevó a cabo en una muestra de 296 alumnos universitarios y se obtuvo una confiabilidad de 0.84.

Procedimiento

En cada una de las Unidades Académicas (U.A.M. Francisco Hernández García, U.A.M. Ciencias Educación y Humanidades, U.A.M. Agronomía y Ciencias) y Facultades (Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia “Dr. Norberto Treviño Zapata) y la Unidad Académica de Trabajo Social y Ciencias para el Desarrollo Humano se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos de manera colectiva, en grupos de 30 a 40 alumnos, mencionando el evaluador las instrucciones del caso, posteriormente se comenzó la aplicación del cuestionario Goldberg y luego con el FANTASTIC, en un mismo momento y sin límite de tiempo. El estudio se llevó a cabo al inicio del semestre con el fin de que no influyera la sobrecarga de tareas o la época de exámenes en la evaluación del estado de la salud mental de los participantes.

Análisis de datos

En un primer momento se analizaron de manera descriptiva los resultados obtenidos por la muestra de estudiantes en los dos instrumentos, Goldberg y FANTASTIC. A continuación, se realizaron análisis de correlación de Pearson entre las puntuaciones





total del Goldberg, y la puntuación total y las puntuaciones de las subescalas del FANTASTIC. También se crearon dos grupos, uno con salud mental alterada según el Goldberg y otro sin salud mental alterada y se compararon mediante pruebas tipo t en las diferentes subescalas del FANTASTIC. Por último, y con el fin de conocer las variables predictoras de salud mental alterada, se calculó un análisis de regresión logística con el método por pasos condicional hacia atrás. La variable dependiente en este análisis es la variable dicotómica resultante de dividir a los encuestados según las puntuaciones totales del Goldberg en personas con salud mental alterada y no alterada y las variables independientes son los resultados obtenidos en las diferentes subescalas del FANTASTIC.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran los datos descriptivos obtenidos por la muestra en las diferentes escalas y subescalas:



Tabla 1. Datos descriptivos obtenidos por la muestra en los instrumentos GHQ-28 y FANTASTIC y sus respectivas subescalas.

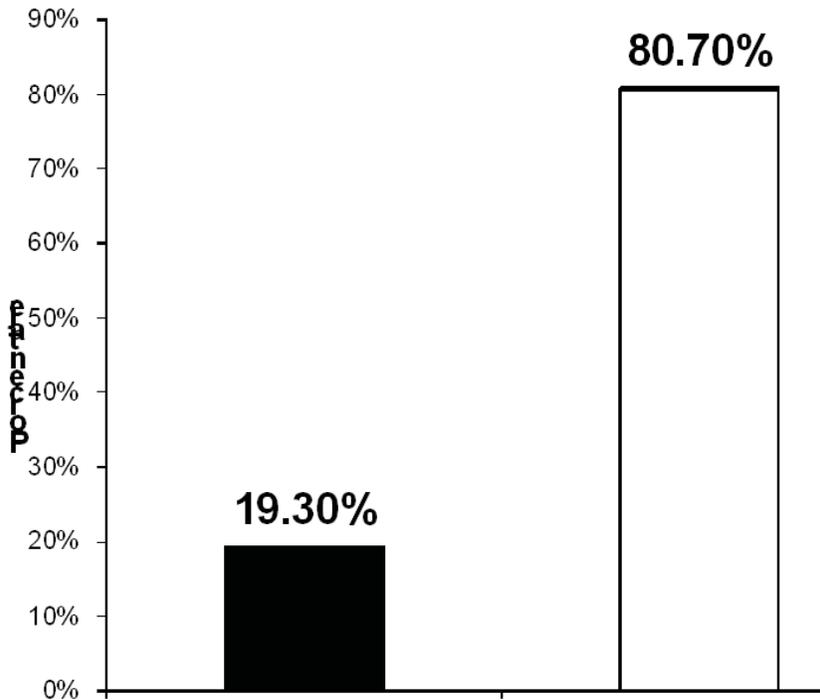
	RANGO	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR
PUNTUACIÓN TOTAL GOLDBERG	(0-28)	2.84	4.54
Ansiedad	(0-7)	1.02	1.73
Disfunción social	(0-7)	.56	1.21
Depresión	(0-7)	.40	1.15
Síntomas Psicosomáticos	(0-7)	.84	1.56
PUNTUACIÓN TOTAL FANTASTIC	(0-100)	72.1	13.64
Familia	(0-12)	8.68	2.48
Actividad	(0-8)	4.77	2.24
Nutrición	(0-16)	10.08	3.41
Toxinas	(0-12)	9.21	2.60
Alcohol	(0-8)	6.70	2.01
Sueño	(0-12)	7.83	2.68
Personalidad	(0-12)	8.96	2.71
Interior	(0-12)	9.08	2.60
Carrera	(0-8)	6.76	1.50

Como se puede observar en la Tabla 1 las subescalas del GHQ-28 donde los participantes obtienen mayores medias son las de Ansiedad ($X=1.02$) y Síntomas Psicosomáticos ($X=0.84$). Los resultados obtenidos en la puntuación total del Cuestionario de Salud Mental General de Goldberg (GHQ-28) indican que un 19.30% de los sujetos encuestados, es decir, uno de cada cinco presentan alteración en su Salud Mental (ver Gráfica 1).

En la Gráfica 1 se presentan los resultados de las subescalas del FANTASTIC convirtiendo las puntuaciones sobre diez para así facilitar la comparación de los valores. Los datos que arrojó el cuestionario FANTASTIC referente a estilos de vida, reflejan que los sujetos encuestados obtienen bajas puntuaciones en las subescalas de Actividad Física (6.7) y Nutrición (6.93).



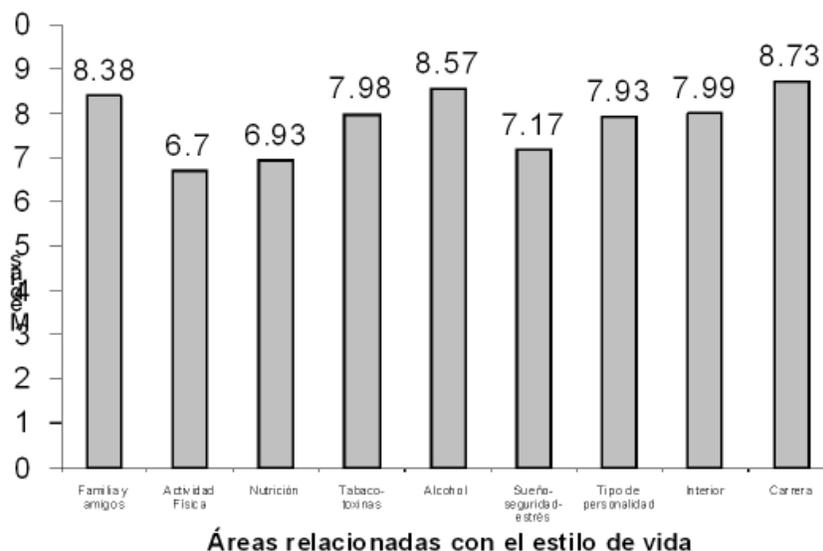
Gráfica 1. Presencia de alteración en la Salud Mental según el instrumento GHQ-28



En la grafica 2 se observan correlaciones negativas significativas, entre las puntuaciones totales de los dos instrumentos ($r = -.37$, $p < 0.0001$), así como entre la puntuación total del Goldberg y las subescalas del FANTASTIC: familia ($r = -.24$, $p < 0.0001$), actividad física ($r = -.24$, $p < 0.0001$), nutrición ($r = -.27$, $p < 0.0001$), sueño ($r = -.31$, $p < 0.0001$), tipo de personalidad ($r = -.34$, $p < 0.0001$), interior ($r = -.35$, $p < 0.0001$), carrera ($r = -.30$, $p < 0.0001$).



Gráfica 2. Resultados obtenidos en las diferentes subescalas del instrumento FANTASTIC



Se crearon dos grupos, 103 con Salud Mental alterada según el instrumento Goldberg GHQ-28 (Grupo 1) y 103 seleccionados aleatoriamente de los 452 alumnos con Salud Mental no alterada (Grupo 2). Se aplicó la prueba tipo t para contraste de grupos en la puntuación total del FANTASTIC y en las diferentes subescalas del mismo. Se obtuvieron diferencias significativas en ambos grupos tanto en la puntuación total del FANTASTIC ($t=5.97$, $p < 0.0001$) así como las subescalas familia ($t= 3.80$, $p < 0.0001$), actividad física ($t= 4.10$, $p < 0.0001$), nutrición ($t= 3.20$, $p < 0.0001$), sueño ($t= 5.10$, $p < 0.0001$), tipo de personalidad ($t= 5.00$, $p < 0.0001$), interior ($t=5.90$, $p < 0.0001$), carrera ($t= 6.26$, $p < 0.0001$).

Los resultados del análisis de regresión logística, muestran que las variables predictoras de una salud mental alterada son: actividad física [EXP(β)=.827, C.I.=0.790-0.963, $p<0.01$], tabaco-toxinas [EXP(β)=1.110, c.i.=1.019-1.209, $p<0.05$], interior [EXP(β)=.888,

C.I.=0.801-0.985, $p < 0.05$], carrera [EXP(β)=.824, C.I.=0.704-0.966, $p < 0.05$] y personalidad [EXP(β)=.896, C.I.=0.814-0.987, $p < 0.05$] (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Análisis de regresión logística con el método por pasos condicional hacia atrás

	B	Wald	Sig.	Exp(B)	95.0% I.C. para EXP(B)
Actividad física	-.136	7.291	.007	.872	.790 - .963
Toxinas	.104	5.713	.017	1.110	1.019 - 1.209
Personalidad	-.109	4.994	.025	.896	.814 - .987
Interior	-.119	5.093	.024	.888	.801 - .985
Carrera	-.193	5.725	.017	.824	.704 - .966

El modelo de regresión logística presenta un valor en el Test de Hosmer Lemeshow de 0.823 lo que indica una adecuada bondad de ajuste del modelo.

Se llevó a cabo el presente estudio con el objetivo de evaluar el estado de salud mental en estudiantes universitarios y determinar los estilos de vida como factor de riesgo o protección de la salud mental de estos estudiantes. Los resultados en el Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ-28 muestran que aproximadamente el 20% de la muestra participante de universitarios presenta una alteración de su salud mental. Estos resultados difieren de los obtenidos en estudios similares realizados en otros países como es el estudio de Fritsch, et al., (2006) o en México con el estudio de Romero & Medina-Mora (1987) que reportaron cifras de universitarios con problemas de salud mental superior a un 30%. La posible razón de que difieran las puntuaciones obtenidas con la de estos estudios previos, es que usaron otras formas de puntuación del GHQ-28. Además, no se indica en qué momento se realizaron estos estudios, pudiendo haberse realizado en fechas próximas a exámenes, esto podría ser la causa del incremento de alumnos que presentan alteración de su salud mental, por la proximidad de los exámenes.



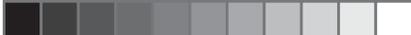
Un estudio más reciente realizado en México (Joffre, et al., 2007) se aproxima a las cifras obtenidas por la presente investigación, pues arrojó que el 27.6% de estudiantes universitarios eran casos. Además, los datos arrojados por la presente investigación vienen a coincidir con los obtenidos por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México, que encontró que uno de cada cinco individuos adultos presenta al menos un trastorno mental en un momento de su vida (Medina-Mora, Borges, Lara, Benjet, Blanco, Fleiz, et al., 2003).

Los datos mostraron y confirmaron una relación negativa entre las puntuaciones del GHQ-28 y el FANTASTIC, lo que nos indicaría que hay una relación entre estilos de vida menos saludables y una salud mental alterada. Concretamente, una salud mental más alterada estaría relacionada con presentar más problemas en el entorno familiar, con una menor actividad física, una mala nutrición, problemas de sueño, tipo de personalidad, problemas emocionales internos y con problemas en cuanto a la carrera académica.

En el estudio se encuentra que la única variable predictora que actuaría como factor de riesgo de una salud mental alterada, es el consumo de tabaco y/u otras drogas. Esto viene a subrayar la necesidad de llevar a cabo programas de prevención de las adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogas ilegales) en el ámbito universitario como indican otros autores (Londoño & Vinaccia, 2005; Vega & Aguaded, 2004).

Las variables que actuarían como factores de protección de la salud mental, serían la actividad física, el interior, la carrera y el tipo de personalidad. Entre estos destacaría la actividad física como un factor que puede ser sujeto a modificación. Sin embargo, como muestran los resultados los estudiantes participantes exponen las más bajas puntuaciones precisamente en actividad física; esto coincide con lo que López, et al., (2006) señalan de que los estudiantes universitarios mexicanos muestran una baja actividad física respecto a los de otros países, estos datos nos indican la necesidad de llevar a cabo programas de promoción de la actividad física en las universidades mexicanas, no solo para prevenir la aparición de graves enfermedades crónico-degenerativas como la





diabetes o la hipertensión, sino para que los alumnos no tengan alteraciones importantes en su salud mental.

CONCLUSIÓN

En resumen, son necesarios en las universidades programas dirigidos a los alumnos, centrados en la prevención de las adicciones y en la promoción de la actividad física. Con ello se conseguirá reducir los problemas de salud mental de esta población, que en el futuro serán profesionistas con importantes responsabilidades en la sociedad.

REFERENCIAS

- Cova, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M. & Rodríguez C. (2007). Problemas de Salud Mental en Estudiantes de la Universidad de Concepción, *Terapia Psicológica*, 25(2), 105-112.
- Díaz, A., Díaz, L. R., Hernández-Ávila, C. A., Narro, J., Fernández, H. & Solís, C. (2008). Prevalencia del consumo riesgoso y dañino de alcohol y factores de riesgo en estudiantes universitario de primer ingreso. *Salud Mental*, 31, 271-282.
- Elizondo, J. J., Guillén, F. & Aguinaga, I. (2005). Prevalencia de actividad física y su relación con variables socio-demográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona. *Revista Española de Salud Pública*, 79(5), 559-567.
- Feldman, L., Goncalves, L., Chacón-Puignau, G., Zaragoza, J., Bagés, N. & De Pablo, J., (2008). Relaciones entre estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Universitas Psychologica*, 7(3), 739-751.
- Field, T., Diego, M. & Saunders, C. E. (2001). Exercise is positively related to adolescent's relationships and academics. *Adolescence*, 36(141), 105-110.
- Fritsch, R., Escanilla, X., Goldsack, V., Grinberg, A., Navarrete, A., Pérez, A., Rivera, C., González, I., Sepúlveda, R. & Rojas, G. (2006). Diferencias de género en el malestar psíquico de estudiantes universitarios. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 22-30.
- Goldberg, D. & Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-45.
- Hera, T., García, A., Hernández, C., Ballestín, M. C. & Nebot, M. (1997). Tabaquismo en los estudiantes de enfermería de Catalunya: Hábitos, actitudes y conocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 11(6), 267-273.





- Herrera-Vázquez, N., Wagner, F. A. & Velasco-Mondragón, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Revista de Salud Pública de México*, 4(2), 132-140.
- Joffre, V., Maldonado, G., Lin, D. & Cruz, L. (2007). Evaluación del estado de salud mental en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13, 40-47.
- Kamien, M. & Power, R. (1996). Lifestyle and health habits of fourth year medical students a University of Western Australia. *Australian Family Physician*, 26-29.
- Kason, Y. & Ylanko, V. (1984). FANTASTIC life-style assessment: Part 5. Measuring lifestyle in family practice. *Canadian Family Physician*, 30, 2379-2383.
- Lobo, A., Perez-Echevarria, M. J. & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140.
- Londoño, C. & Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249.
- López, J., González, M. & Rodríguez, M. C. (2006). Actividad Física en estudiantes universitarios: prevalencia, características y tendencias. *Revista de Medicina Interna de México*, 22(3), 189-196.
- López, J. M., Rodríguez, R., Munguía, C., Hernández, J. L. & Casas, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento FANTASTIC para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención Primaria*, 26(8), 542-549.
- Maya, J. M. (2001) La formación en valores, una urgente necesidad de la Sociedad Colombiana. *Revista Ces. Med*, 15(1), 5-6.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (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.
- Mora-Ríos, J., Natera, G. & Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del consumo en jóvenes. *Revista de Salud Mental*, 28(2), 82-90.
- Mora-Ríos, J., Natera, G., Villatoro, J. & Villalvazo, R. (2000). Validez factorial del cuestionario de expectativas hacia el alcohol (CAEQ) en estudiantes universitarios. *Psicología Conductual*, 8, 319-328.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Pan American Health Organization. (2006). *Regional strategy and plan of action on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity and health*. Washington: Pan American Health Organization.
- Pan American Health Organization (2008). *Innovative mental health programs in Latin America and the Caribbean*. Washington: PAHO.
- Remick, R. A. (2002). Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ*, 167, 1253-1260.
- Rodrigo, M. J., Maiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., et al. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rodríguez, R., López, J. M., Munguía, C., Hernández, J. L. & Martínez, M. (2003). Validez y consistencia del instrumento FANTASTIC para medir estilo de vida en diabéticos. *Revista de Medicina del IMSS*, 41(3), 211-220.





- Romero, M. & Medina-Mora, M.E. (1987). Validez de una versión del cuestionario general de Salud, para detectar psicopatología en estudiantes universitarios. *Salud mental*, 10(3), 90-7.
- Sanabria-Ferran, P. A., González, L. A. & Urrego, D. Z. (2007). Estilos de Vida Saludables en Profesionales de la salud Colombianos, Estudio Exploratorio. *Revista Médica de la Facultad de Medicina*, 15(2), 207-217.
- Sharratt, J. K., Sharratt, M. T., Smith, D. M., Howell, M. J. & Davenport, L. (1984). FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo Employees. *Canadian Family Physician*, 30, 1869-1872.
- Valdés-Salgado, R., Micher, J. M., Hernández, L., Hernández, M. & Hernández-Ávila, M. (2002). Tendencias del consumo de tabaco entre alumnos de nuevo ingreso a la Universidad Nacional Autónoma de México. *Salud Pública de México*, 44(1), 44-53
- Valois, R. F., Zullig, K. J., Huebner, E. S. & Drane, J. W. (2004) Physical activity behaviors and perceived life satisfaction among public high school adolescents. *Journal of School Health*, 74(2), 59-65.
- Vega, A. & Aguaded, J. I. (2004). La educación sobre las drogas en la universidad: desde la mediación juvenil al compromiso de la comunidad universitaria. *Revista Española de Drogodependencias*, 3-4, 238-262.
- Villatoro, J., Medina-Mora, M. E. Juárez, F., Rojas, E., Carreño, S. & Berenzon, S. (1998). Drug use pathways among high school students of Mexico. *Addiction*, 93(10), 1577-1588.
- Wilson, D. M. & Ciliska, D. (1984). Lifestyle assessment: Testing the FANTASTIC instrument. *Canadian Family Physician*, 30, 1863-1866.



CUESTIONARIO DE EJERCICIO BASADA EN EL MODELO TRANSTEORÉTICO DE LA CONDUCTA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Irene Concepción Carrillo Saucedo

Oscar Armando Esparza Del Villar

Juan Quiñones Soto

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

En el presente estudio se elaboró un cuestionario de ejercicio basado en el modelo transteórico de cambio de la conducta propuesto por Prochaska & DiClemente (1984). Este cuestionario fue diseñado para medir los cinco factores del modelo: pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. La muestra total del estudio fue de 888 estudiantes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Se realizaron dos análisis factoriales exploratorios y un análisis factorial confirmatorio. Como resultado obtuvimos una escala de ejercicio con cuatro factores, obteniendo los factores de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. En estudios anteriores tampoco se ha encontrado el factor de preparación en análisis factoriales exploratorios (Prochaska et al., 1992). Para el cuestionario final se escogieron los mejores cinco reactivos por factor para un total de 20 reactivos. La utilidad de este cuestionario es que ayudará a identificar la etapa en la que una persona se encuentra en relación con hacer ejercicio, para saber que técnicas usar en posibles intervenciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS; 2002), cada año 1.9 millones de personas en el mundo, mueren a causa de inactividad física. El Cirujano General del Departamento de



Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de Norteamérica (HHS por sus siglas en Inglés, 1996) hizo un análisis de los estudios científicos en relación con la actividad física y la salud, en donde se presenta las siguientes conclusiones:

Mortalidad: Altos niveles de actividad física regular están asociados con menores niveles de mortalidad en adultos jóvenes y mayores; incluso aquellos que regularmente son moderadamente activos, tienen menores niveles de mortalidad comparados con aquellos que casi no son activos.

Enfermedades cardiovasculares: La actividad física regular, reduce el riesgo de mortalidad debido a enfermedades cardiovasculares en general, y particularmente reduce el riesgo de mortalidad debido a enfermedad coronaria. El nivel de reducción de la enfermedad coronaria que se atribuye a la actividad física regular, es comparable a aquella de otros factores de vida como el de no fumar. La actividad física regular previene o retrasa que las personas contraigan alta presión, y el ejercicio reduce la alta presión en personas que ya la padecen.

Cáncer: La actividad física regular está asociada con una reducción en el riesgo de cáncer de colon, no existe asociación entre la actividad física y el cáncer de recto. Hay pocos estudios para hacer conclusiones entre la relación de la actividad física con el cáncer del endometrio, de ovarios, o de testículos. Hay datos inconsistentes para hacer conclusiones entre la actividad física y el cáncer de seno y de próstata.

Diabetes: La actividad física regular, reduce el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2.

Osteoartritis: La actividad física regular, es necesaria para el mantenimiento de fuerza y tono muscular normal, estructura de articulaciones y el funcionamiento de las mismas. Si se practica





actividad física en niveles recomendados, esta no está relacionada con daño a las articulaciones o el desarrollo de la osteoartritis; incluso, puede ser benéfica para personas con artritis. El atletismo competitivo puede estar relacionado con el desarrollo de la osteoartritis en edad avanzada, pero la causa más probable de este padecimiento son las lesiones relacionadas con el deporte.

Osteoporosis. La actividad física de soportar peso, es esencial para el desarrollo normal de los huesos durante la niñez y adolescencia y también ayuda a alcanzar y mantener el pico de masa ósea en jóvenes adultos. No está claro si la actividad física de resistencia puede reducir el ritmo de pérdida de hueso en mujeres postmenopáusicas sin terapia de reemplazo de estrógenos.

Obesidad. Bajos niveles de actividad, contribuyen a un alto porcentaje de obesidad. La actividad física puede afectar favorablemente la distribución de masa corporal.

Caídas. Hay evidencia prometedora de que el entrenamiento de fortalecimiento y otras formas de ejercicio en adultos mayores, preserva la habilidad de ser independientes en su vida y reduce el riesgo de caídas.

Salud mental. Se cree que la actividad física alivia los síntomas de depresión y ansiedad, además de que mejora el estado de ánimo. Actividad física regular puede reducir el riesgo de padecer síntomas de depresión, aunque se necesita más información al respecto.

Calidad de vida relacionada con la salud. Parece que la actividad física mejora la calidad de vida relacionada con la salud, al mejorar el bienestar psicológico y el funcionamiento físico de las personas con pobre salud. Es por esto que la OMS (2002) publicó un documento donde describe estrategias mundiales para mejorar el régimen alimentario e incrementar la actividad física y salud. La recomendación de la OMS (2002) es de incrementar a 30 minutos





de actividad física de intensidad moderada por día. Para lograr esta meta, se debe basar las intervenciones en modelos de cambio de conducta que tengan respaldo de estudios científicos. Al utilizar este tipo de modelos nos estamos asegurando el lograr los cambios deseados utilizando aquella información relevante al cambio de conducta. El modelo transteorético de cambio de conducta es un modelo que tiene respaldo científico y es en el que se va a basar esta investigación.

Modelo transteorético de cambio de conducta

El modelo transteorético del cambio conductual, es un modelo que se estudia dentro de la psicología de la salud, para explicar cómo se produce el cambio en las conductas de los individuos. Este cambio de conductas incluye el dejar de fumar, de tomar o beber moderadamente, empezar a hacer ejercicio, entre otros. Este propone cinco etapas, por las cuales una persona pasa para modificar su conducta. Lo interesante de este modelo es que propone que el tipo de intervenciones que las personas necesitan son diferentes según la etapa en la que se encuentran (Álvarez, 2008).

El modelo transteorético ha servido como base para el desarrollo efectivo de intervenciones promotoras en el cambio de la salud conductual y tiene su origen a partir de 1979. A inicios de 1950, existían cerca de 36 distintos sistemas de psicoterapia y en 1975 existían aproximadamente 130. En ese tiempo, Prochaska era un estudioso de la psicoterapia, pero con la muerte de su padre (alcoholismo y depresión), se vio incapacitado para ayudar o entender la muerte de su progenitor creando en él una desconfianza hacia la psicoterapia. De acuerdo a Prochaska (1979), en su libro original *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, existían bastantes teorías en el campo de la psicoterapia, lo que lo motivó a iniciar su propia investigación. En este libro, se hizo un análisis comparativo de las 18 principales teorías en psicoterapia y cambio conductual. Tomó conocimientos de la escuela freudiana, la tradición Skinneriana y la relación de ayuda Rogeriana.





De esta reflexión se derivó el término transteorético. El análisis comparativo se limitó a los 18 sistemas, debido a que los otros no presentaban en sus contenidos, teorías adecuadamente desarrolladas acerca de la personalidad o patologías.

En su libro “Changing for Good” (1994), Prochaska mencionó que la muerte de su padre, lo motivó a investigar más sobre la psicoterapia y guía sobre el análisis transteorético. Buscó los principios comunes de cambio conductual en cada uno de los 18 sistemas principales de la terapia. Identificó nueve procesos de cambio y de utilidad que las personas manejan. Estos procesos son cultivo de pensamiento, liberación social, evaluación emocional, reevaluación individual, compromiso, respuesta, control ambiental, recompensa y relaciones de ayuda. Los 18 sistemas diferían en términos de cuál de los procesos se enfatizaban más y si los procesos eran aplicados más experiencial o ambientalmente. Se encontró mayor congruencia en los procesos de experiencia individual para el cambio.

El trabajo se hizo evidente cuando DiClemente & Prochaska (1982) realizaron un análisis empírico con fumadores bajo tratamiento profesional, con el objetivo de identificar las etapas de cambio. Se encontró que los participantes se hallaban en diferentes procesos en su camino para dejar de fumar. La investigación les permitió identificar cinco etapas de cambio, por las cuales los sujetos pasan para modificar su comportamiento, a las cuales denominaron precontemplación, contemplación, preparación o determinación, acción y mantenimiento.

1. Precontemplación. Etapa en la cual los individuos no tienen la intención de cambio en su conducta en un futuro cercano, el periodo comprendido es de seis meses, dentro del cual las personas pueden estar ancladas, debido al desconocimiento acerca de las consecuencias de su comportamiento o al fallido intento de cambiar varias veces dejándolos desmoralizados acerca de su habilidad para el cambio. Los precontempladores, a menudo se caracterizan como resistentes o escasamente motivados y tienden a evitar la información, discusión o el pensar sobre la salud conductual.





(Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). No hay intención de cambio, durante un periodo de seis meses.

2. Contemplación. Los individuos en esta etapa, declaran abiertamente la intención de cambiar, son más conscientes de las ventajas del cambio, pero permanecen agudamente reflexivos de los gastos que ello pudiera generar (Prochaska, Redding, & Evers, 1997). Los contempladores a menudo son vistos ambivalentes en su toma de decisión o aplazando el tiempo para el cambio. Hay una intención para la acción en los próximos seis meses.

3. Preparación. Período en el cual los individuos tienen la intención de tomar medidas para el cambio, por lo general, dentro de los próximos 30 días (DiClemente, et al., 1991). La preparación es vista como una transición, en lugar de una etapa de establecimiento (Grimley, Prochaska, Velicer, Balis, & DiClemente, 1994). Hay una intención de ponerse en acción y se toman pasos conductuales claramente dirigidos.

4. Acción. Etapa en la cual el sujeto ha hecho manifiestas modificaciones perceptibles en su forma de vida, al menos por seis meses (Prochaska, et al., 1997). Existe un cambio en el comportamiento, que ha durado menos de seis meses.

5. Mantenimiento. Aquí los individuos trabajan para sostenerse en el compromiso, prevenir la recaída y consolidar los beneficios asegurados. Quienes se encuentran en esta etapa se distinguen de los que refieren niveles más altos de autoeficacia y sobre todo, que son considerados con menor probabilidad a la recaída (Prochaska & DiClemente, 1984).

El modelo transteórico, es un modelo de intenciones para el cambio, es decir, se enfoca en la toma de decisiones de manera individual, este involucra emociones, cognición y conducta; implica confianza o dependencia en la propia respuesta. Este modelo ha sido previamente aplicado a una gran variedad de problemas conductuales como: el dejar de fumar, hacer ejercicio, hacer dieta baja en calorías, dejar de tomar alcohol, controlar





el peso, el uso del condón para protección del VIH, el uso de bloqueadores solares para prevenir el cáncer de piel, dejar de usar drogas, reducir las quejas médicas, realizarse mamografías y el manejar el estrés.

El modelo transteorético aplicado a realizar ejercicio, se emplea en cada una de las etapas de la siguiente manera:

Las personas que se encuentran en la etapa de la precontemplación no tienen intención de cambiar su conducta, no quieren empezar a hacer ejercicio; puede ser que ni siquiera estén conscientes de las consecuencias de la falta de ejercicio, aún cuando otras personas cercanas si lo saben. Algunas en esta etapa, buscan tratar su condición, pero lo hacen porque se sienten obligados por otras personas, por lo tanto después de un tiempo regresan a sus viejos hábitos.

Los que se encuentran en la etapa de contemplación, están conscientes de que existe un problema y piensan acerca de ello, pero no ha hecho un compromiso para hacer un cambio; hay quienes pueden durar años en esta etapa, balanceando los pros y contras de cambiar de conducta.

Las personas que se encuentran en la etapa de preparación, ya tienen intenciones de cambiar de conducta, pero todavía no lo han hecho, y no lo han hecho porque tal vez están pasando por una etapa estresante, están esperando el momento adecuado, o lo han hecho antes y han fallado en su intento. Puede que las personas ya hayan modificado un poco su conducta, como por ejemplo el que la persona empiece a caminar a la tienda en vez de utilizar el carro.

Los que se encuentran en la etapa de acción, ya cambiaron su conducta, empiezan a hacer la cantidad de ejercicio recomendada, invirtiendo tiempo y energía en esto, han hecho modificaciones para crear un ambiente que los motive a estar físicamente activos.

Las personas que se encuentran en la etapa de mantenimiento, trabajan para no recaer y consolidar los beneficios obtenidos, una vez que se han estado ejercitando por seis meses en la etapa de acción, pasan a la etapa de mantenimiento, dentro de este modelo las recaídas no son la excepción, sino la regla; por lo tanto las recaídas son parte del modelo y vistas como momentos de apren-





dizaje, donde se les enseña a las personas a que sigan adelante con el cambio, aun después de una recaída.

Este es un modelo espiral, donde las personas avanzan de una etapa a la otra, comienzan en la etapa de precontemplación, pasan a la de contemplación, seguido de la de preparación, después a la de acción y por último alcanzan la etapa de mantenimiento. En espiral, quiere decir, que la persona que se encuentra en mantenimiento puede recaer a la etapa de contemplación y después de ahí pasar por las mismas etapas hasta llegar a las siguientes, cada vez que la persona retrocede, es una oportunidad para que aprenda a superar los obstáculos que le impiden permanecer en mantenimiento; retroceden para avanzar.

Intervención por etapas

Según la etapa en la que se encuentre la persona, es el tipo de intervención que se necesita para lograr un cambio efectivo. Álvarez propone: para cada etapa hay intervenciones y técnicas específicas, que tienen un mayor impacto para ayudar a la persona a avanzar a las siguientes etapas de cambio de comportamiento; para la etapa de la precontemplación se sugieren estrategias como mencionar riesgos de ser sedentario, los beneficios de estar activo, desarrollar un diario de actividades físicas diarias y recomendar redes de apoyo. En la etapa de contemplación y preparación se sugieren estrategias como fijar metas y firmar contratos, basados en la realidad, reforzar pequeños cambios y planear con la familia actividades el fin de semana. En la fase de acción se recomiendan estrategias como redactar una lista de los beneficios que le ha traído la actividad física, determinar si hay alguna barrera para eliminarla y escoger esfuerzos que mantengan la motivación alta. En la de mantenimiento se sugiere, apoyo social, anticipar dificultades, desarrollar un plan y no asumir la permanencia en esta etapa (Álvarez, 2008).

Para identificar la etapa en la que se encuentra la persona, proponemos la elaboración de un instrumento que identifique





las cinco etapas del modelo transteorético, para que la persona empiece a hacer ejercicio. Este instrumento servirá a profesionales de la salud, para identificar y definir qué tipo de estrategia usar con cada persona.

Desarrollo del cuestionario de ejercicio basada en el modelo transteorético

En la primera etapa se elaboraron los reactivos para el cuestionario; la segunda consistió en un primer análisis factorial exploratorio, donde se decidió quitar algunos reactivos que no discriminaban entre factores y agregar otros que se juzgó podrían beneficiar al cuestionario; en la tercera etapa se hizo un análisis factorial exploratorio en una muestra independiente de la segunda etapa, con la segunda lista de reactivos, se retuvieron los cinco reactivos con las cargas más altas y únicas de cada factor; en la cuarta y última etapa se llevó a cabo un análisis factorial confirmatorio con los reactivos del cuestionario final en una muestra independiente a la segunda y tercera etapa.

MÉTODO

Participantes

Las tres muestras fueron obtenidas de los alumnos del Instituto de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ), la muestra para el primer análisis factorial exploratorio fue de 187 participantes con una media de edad de 23.0 años ($\sigma = 13.7$), con un 75.4% de mujeres y los siguientes porcentajes de estado civil: 84.1% de solteros, 12.7% de casados, 2.5% en unión libre y 0.6% divorciados.

La muestra para el segundo análisis factorial exploratorio fue de 195 participantes con una media de edad de 22.3 años ($\sigma = 4.9$), con un 74.3% de mujeres y los siguientes porcentajes de estado





civil: 83.8% de solteros, 11.5% de casados, 3.1% en unión libre, 1% divorciados y 0.5% separados.

La muestra para el análisis factorial confirmatorio fue de 506 participantes con una media de edad de 20.7 años ($\sigma = 4.1$), con un 59% de mujeres y los siguientes porcentajes de estado civil: 90.5% de solteros, 7.9% de casados, 1.2% en unión libre y .4% divorciados.

MacCallum, Widaman, Zhang & Hong (1999) argumentan acerca del tamaño de muestra necesario para obtener un poder adecuado en análisis factoriales, critican el uso de reglas tradicionales donde se recomienda un determinado número de participantes por cada reactivo, en cambio, ellos concluyen que el tamaño de muestra debe de depender de las comunalidades de los reactivos, el número de factores y el número de reactivos por cada factor. MacCallum, et al. (1999, p. 97) sugieren que “si los resultados muestran un número relativamente pequeño de factores y comunalidades moderadas o altas, entonces el investigador puede estar confiado en que los factores obtenidos representan muy de cerca a los factores de la población, inclusive con muestras pequeñas o moderadas”. La muestra para cada análisis factorial fue suficiente debido a que las comunalidades de los reactivos fueron de moderadas a altas.

Instrumentos

Cuestionario de Ejercicio Basada en el Modelo Transteorético. Para el cuestionario inicial se elaboraron 55 reactivos con 5 opciones de respuesta tipo Likert: “No/nunca”, “Rara vez”, “A veces”, “Frecuentemente” y “Si/siempre” (ver tabla 1). El cuestionario final consistió de 4 factores con 5 reactivos en cada factor. Los factores fueron nombrados precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. La consistencia interna de cada factor medida con el α de Cronbach fue de .68, .67, .76 y .48 respectivamente.

Datos Demográficos. Se les preguntó a los participantes información acerca de su edad, sexo, estado civil, y grado escolar.





RESULTADOS

Primera etapa

En la primera etapa se elaboraron los reactivos para cada uno de los cinco factores. El plan es generar varios reactivos y después escoger los mejores cinco para el cuestionario de ejercicio final. Cada uno de los autores del presente capítulo elaboró reactivos basados en el modelo transteorético de DiClemente & Prochaska. Una vez elaborados los reactivos, los autores del capítulo se reunieron para elegir aquellos que se juzgaron como los más representativos para cada uno de los cinco factores de precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Al final el primer cuestionario constó de 55 reactivos (tabla 1) que fue el que se utilizó en la primera muestra del presente estudio.

Segunda etapa

Se aplicó el instrumento a 187 participantes estudiantes de la UACJ., primero se les entregó una hoja de consentimiento donde se explicaba los datos generales del experimento, después se les entregó el cuestionario de ejercicio y el cuestionario de datos demográficos, no se les preguntó información que pudiera identificar a los participantes para asegurar su anonimato, el tiempo de llenado fue de aproximadamente 12 minutos.

Se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de mínimos cuadrados generalizados y una rotación varimax en el programa estadístico SPSS 15.0. Se extrajeron solamente los cinco factores que la teoría del modelo transteorético justificaba. Los resultados se encuentran en la tabla 2; al analizar las cargas de los reactivos en los cinco factores, sólo se encontraron cuatro factores del modelo transteorético de cambio de conducta. Encontramos bien definidos los factores de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Los reactivos que se pensaron que iban



a formar el factor de preparación, no se agruparon como se esperaba.

Tabla 1. Reactivos Elaborados para la Primera Fase

1. Yo pienso que para estar bien de salud, no es necesario hacer ejercicio diariamente.
2. Hay veces que pienso que hacer ejercicio es bueno.
3. Si hago algún tipo de ejercicio, creo que es suficiente para estar bien de salud.
4. Pienso en que debería empezar a hacer ejercicio cuando me doy cuenta que casi no hago nada de actividad física.
5. Me siento relajado y tranquilo cuando hago ejercicio.
6. Me siento satisfecho cuando hago ejercicio, inclusive si no mejora mi condición física.
7. Puedo hacer ejercicio inclusive si siento pereza para hacerlo.
8. Aunque los demás me insistan, no voy a hacer ejercicio.
9. Ahora puedo decir que estoy físicamente activo haciendo ejercicio regularmente.
10. Puedo decir que he logrado interesarme por mi salud y el beneficio que brinda el hacer ejercicio.
11. En mi mente existen dos personas: una me indica que no haga ejercicio, la otra me indica que hacer ejercicio es saludable.
12. Mi pereza para hacer ejercicio es cosa del pasado.
13. Dudo que los demás tengan razón cuando me dicen, que es importante hacer ejercicio.
14. No hacer ejercicio físico me preocupa.
15. Hacer ejercicio me da flojera.
16. No necesito hacer ejercicio, soy feliz sin hacer ejercicio.
17. Aunque quiero, me falta iniciativa para empezar a hacer ejercicio.
18. Ya llevo tiempo haciendo ejercicio, pero a veces me da flojera hacerlo.
19. Me gustaría estar saludable, sin la necesidad de hacer ejercicio.
20. Espero que algún día la gente deje de decirme que necesito hacer ejercicio.
21. Puedo finalmente decir que me siento muy bien de salud, por continuar haciendo ejercicio.
22. Puedo decir que finalmente hago ejercicio regularmente y ya no me da flojera.
23. He comenzado a hacer ejercicio.
24. Dependo de otros para empezar a hacer ejercicio.
25. Me sentiré cada vez más mal si no hago ejercicio.
26. Estoy tratando de hacer lo que me recomiendan, para empezar a hacer ejercicio.
27. Intento evitar situaciones que me impiden hacer ejercicio.
28. Puedo hacer bastante ejercicio sin sentirme cansado.
29. No por ahora, pero muy pronto, tendré que decidir cuando empiezo a hacer ejercicio.
30. No creo que realmente sea un problema el que no haga ejercicio.
31. En el futuro, me gustaría empezar a hacer ejercicio.
32. Todavía no lo decido, pero si quisiera podría empezar a hacer ejercicio.



33. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, pero algún día empezaré a hacer ejercicio.
34. He leído mucha información respecto a los beneficios que tiene el hacer ejercicio.
35. Aunque no lo he hecho todavía, ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio.
36. Hacer ejercicio me obsesiona totalmente.
37. No hay ninguna razón para que empiece a hacer ejercicio, así es mi estilo de vida.
38. Necesito empezar a hacer ejercicio.
39. Yo me ejercito regularmente, pero me da flojera o se me atraviesan obstáculos para hacer ejercicio.
40. Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero sigo esforzándome para lograrlo.
41. Para empezar a hacer ejercicio, necesito cambiar algunas de mis costumbres.
42. Pienso que no hacer ejercicio, me causará en un futuro problemas en mi salud.
43. Me siento feliz cuando supero los obstáculos que me impiden hacer ejercicio.
44. Para sentirme mejor, pronto empezaré a hacer ejercicio.
45. Ahora me siento mas preocupado que antes, porque he dejado de hacer ejercicio.
46. Ahora que hago ejercicio me preocupa que sienta más flojera que la que sentía antes de empezar a hacer ejercicio.
47. Estoy satisfecho por el progreso que ha tenido mi salud por el ejercicio que hago.
48. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, tendré que hacerlo.
49. Me quiero sentir bien físicamente, pero no me siento lo suficientemente convencido para hacer ejercicio.
50. En este momento sigo haciendo ejercicio.
51. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar a hacer ejercicio.
52. Pensé que con el ejercicio que hacía me sentiría mejor, pero me siento más mal por no haber continuado.
53. No tengo problemas de salud, no necesito hacer ejercicio.
54. Algunas veces hago ejercicio, pero no en forma rutinaria.
55. Tengo más de seis meses haciendo ejercicio regularmente.

Prochaska, et al. (1992) Indican que varios análisis factoriales basados en esta teoría siempre resultan en cuatro factores ya que aquellas personas con puntajes altos en la escala de contemplación también tienen alto puntaje en la escala de preparación; no obstante nosotros estábamos interesados en hacer una escala con cinco factores, por lo tanto revisamos los reactivos, eliminamos aquellos con cargas compartidas o bajas y propusimos reactivos nuevos que pensamos podrían formar el factor de preparación.



Tabla 2. Cargas Factoriales y Comunalidades del Análisis Factorial Exploratorio de la Escala de Ejercicio

REACTIVO	CARGAS FACTORIALES					COMUNALIDADES
	1	2	3	4	5	h ²
1. Yo pienso que para estar bien de salud, no es necesario hacer ejercicio diariamente.	-0.20	-0.13	0.21	-0.29	0.09	0.71
2. Hay veces que pienso que hacer ejercicio es bueno.	0.30	0.16	-0.19	0.25	-0.02	0.56
3. Si hago algún tipo de ejercicio, creo que es suficiente para estar bien de salud.	0.27	0.11	0.29	-0.07	-0.05	0.72
4. Pienso en que debería empezar a hacer ejercicio cuando me doy cuenta que casi no hago nada de actividad física.	-0.14	0.35	-0.04	0.38	0.14	0.60
5. Me siento relajado y tranquilo cuando hago ejercicio.	0.57	0.32	-0.20	0.09	0.05	0.73
6. Me siento satisfecho cuando hago ejercicio inclusive si no mejora mi condición física.	0.44	0.28	-0.15	-0.08	0.13	0.67
7. Puedo hacer ejercicio inclusive si siento pereza para hacerlo.	0.72	0.10	-0.15	0.06	-0.09	0.75
8. Aunque los demás me insistan, no voy hacer ejercicio.	-0.31	-0.04	0.61	0.06	0.11	0.77
9. Ahora puedo decir que estoy físicamente activo haciendo ejercicio regularmente.	0.69	-0.18	-0.07	0.06	0.17	0.79
10. Puedo decir que he logrado interesarme por mi salud y el beneficio que brinda el hacer ejercicio.	0.77	0.06	-0.19	0.08	0.09	0.87
11. En mi mente existen dos personas: una me indica que no haga ejercicio, la otra me indica que hacer ejercicio es saludable.	-0.07	0.16	0.24	0.24	0.04	0.47
12. Mi pereza para hacer ejercicio es cosa del pasado.	0.56	0.08	-0.15	0.10	-0.02	0.68

13. Dudo que los demás tengan razón cuando me dicen que es importante hacer ejercicio.	-0.03	-0.12	0.53	-0.10	-0.01	0.67
14. No hacer ejercicio físico me preocupa.	0.16	0.18	-0.20	0.63	0.09	0.75
15. Hacer ejercicio me da flojera.	-0.60	-0.05	0.24	0.18	0.32	0.78
16. No necesito hacer ejercicio, soy feliz sin hacer ejercicio.	-0.34	-0.09	0.71	-0.14	0.03	0.84
17. Aunque quiero, me falta iniciativa para empezar a hacer ejercicio.	-0.65	0.22	0.26	0.25	0.20	0.82
18. Ya llevo tiempo haciendo ejercicio, pero a veces me da flojera hacerlo.	0.37	0.03	-0.05	-0.07	0.67	0.75
19. Me gustaría estar saludable sin la necesidad de hacer ejercicio.	-0.34	0.11	0.41	0.10	0.11	0.59
20. Espero que algún día la gente deje de decirme que necesito hacer ejercicio.	-0.06	0.05	0.48	0.04	0.04	0.64
21. Puedo finalmente decir que me siento muy bien de salud por continuar haciendo ejercicio.	0.80	0.01	-0.15	0.03	0.07	0.85
22. Puedo decir que finalmente hago ejercicio regularmente y ya no me da flojera.	0.80	-0.11	0.00	0.20	-0.01	0.87
23. He comenzado a hacer ejercicio.	0.77	-0.32	-0.11	0.15	0.24	0.90
24. Dependo de otros para empezar a hacer ejercicio.	-0.13	0.09	0.39	0.29	0.04	0.61
25. Me sentiré cada vez más mal si no hago ejercicio.	0.20	0.22	-0.11	0.67	0.07	0.83
26. Estoy tratando de hacer lo que me recomiendan para empezar a hacer ejercicio.	0.29	0.18	0.04	0.55	0.02	0.68
27. Intento evitar situaciones que me impiden hacer ejercicio.	0.32	0.07	0.08	0.39	0.00	0.63
28. Puedo hacer bastante ejercicio sin sentirme cansado.	0.63	0.14	-0.06	-0.01	-0.07	0.77
29. No por ahora, pero muy pronto, tendré que decidir cuando empiezo a hacer ejercicio.	-0.24	0.70	0.20	0.05	-0.08	0.81
30. No creo que realmente sea un problema el que no haga ejercicio.	-0.04	0.04	0.56	-0.15	-0.03	0.65
31. En el futuro, me gustaría empezar a hacer ejercicio.	-0.14	0.62	-0.02	0.12	0.11	0.70



32. Todavía no lo decido, pero si quisiera, podría empezar a hacer ejercicio.	-0.13	0.65	0.19	-0.05	0.10	0.75
33. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, pero algún día empezaré a hacer ejercicio.	-0.03	0.61	0.07	0.41	0.08	0.78
34. He leído mucha información respecto a los beneficios que tiene el hacer ejercicio.	0.41	0.22	-0.09	0.29	0.03	0.70

Continuación Tabla 2

REACTIVO	CARGAS FACTORIALES					COMUNALIDADES
	1	2	3	4	5	h^2
35. Aunque no lo he hecho todavía, ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio.	-0.07	0.57	0.01	0.18	0.06	0.68
36. Hacer ejercicio me obsesiona totalmente.	0.41	0.11	0.00	0.34	0.08	0.59
37. No hay ninguna razón para que empiece a hacer ejercicio, así es mi estilo de vida.	-0.22	0.04	0.51	-0.25	-0.04	0.68
38. Necesito empezar a hacer ejercicio.	-0.09	0.55	-0.13	0.25	0.26	0.73
39. Yo ejercicio regularmente, pero me da flojera o se me atraviesan obstáculos para hacer ejercicio.	0.03	0.26	0.19	0.07	0.57	0.66
40. Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero sigo esforzándome para lograrlo.	0.39	0.08	-0.02	0.15	0.45	0.65
41. Para empezar a hacer ejercicio, necesito cambiar algunas de mis costumbres.	-0.38	0.29	-0.06	0.14	0.46	0.73
42. Pienso que no hacer ejercicio me causara en un futuro problemas en mi salud.	0.05	0.25	-0.06	0.60	-0.04	0.70





43. Me siento feliz cuando supero los obstáculos que me impiden hacer ejercicio.	0.39	0.36	-0.14	0.21	0.03	0.72
44. Para sentirme mejor, pronto empezaré a hacer ejercicio.	0.09	0.63	-0.14	0.42	0.11	0.83
45. Ahora me siento mas preocupado que antes porque he dejado de hacer ejercicio.	0.08	0.43	-0.01	0.27	0.32	0.74
46. Ahora que hago ejercicio me preocupa que sienta más flojera que la que sentía antes de empezar a hacer ejercicio.	0.21	0.17	0.16	0.25	0.41	0.65
47. Estoy satisfecho por el progreso que ha tenido mi salud por el ejercicio que hago.	0.80	0.02	-0.04	0.12	0.10	0.81
48. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, tendré que hacerlo.	0.20	0.55	-0.10	0.32	0.09	0.70
49. Me quiero sentir bien físicamente, pero no me siento lo suficientemente convencido para hacer ejercicio.	-0.28	0.22	0.37	0.20	0.04	0.65
50. En este momento sigo haciendo ejercicio.	0.76	-0.33	-0.11	0.13	0.17	0.87
51. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar a hacer ejercicio.	-0.32	0.13	0.52	0.07	-0.01	0.67
52. Pensé que con el ejercicio que hacía me sentiría mejor, pero me siento más mal por no haber continuado.	-0.09	0.33	0.21	0.11	0.19	0.55
53. No tengo problemas de salud, no necesito hacer ejercicio.	-0.09	0.09	0.58	-0.19	0.03	0.69
54. Algunas veces hago ejercicio, pero no en forma rutinaria.	0.00	0.27	0.09	-0.07	0.35	0.56
55. Tengo más de 6 meses haciendo ejercicio regularmente	0.67	-0.39	-0.08	0.11	0.08	0.79

Nota: Los cargas factoriales en negritas son las cargas más fuertes, en reactivos con cargas compartidas no se marcó.





Los reactivos que se eliminaron por cargas compartidas o bajas fueron los reactivos 1, 2, 3, 4, 11, 14, 15, 17, 25, 26, 27, 34, 36, 42, 43, 52 y 54. Se añadieron ocho reactivos para formar el factor de preparación, para elaborar estos reactivos se tomaron algunos de contemplación y se cambiaron algunas palabras para que reflejaran el factor de preparación; por ejemplo, se tomó el reactivo: “En el futuro, me gustaría empezar a hacer ejercicio” y se modificó para indicar que el cambio sería muy pronto: “He decidido que voy a empezar a hacer ejercicio en estos días”. Los ocho reactivos añadidos indicaban una intención de cambio en los próximos días o en las próximas semanas (ver tabla 3). También se añadieron otros dos reactivos para fortalecer el factor de mantenimiento: “Aunque llevo buen tiempo haciendo ejercicio, hay días que no lo he hecho porque se me dificulta” y “Hay días que necesito motivarme para no dejar de hacer ejercicio”. Concluyendo esta parte, se eliminaron 17 reactivos con cargas compartidas o bajas, se añadieron ocho reactivos para el factor de preparación y se añadieron dos reactivos para el factor de mantenimiento.

Tabla 3. Reactivos añadidos a la escala

Preparación

1. Acabo de decidir en estos días, que dentro de unas cuantas semanas empezaré a hacer ejercicio.
2. He decidido que ya voy a empezar a hacer ejercicio en estos días.
3. Para sentirme mejor, en estos próximos días empezaré a hacer ejercicio.
4. Antes de que pase un mes, me gustaría empezar a hacer ejercicio.
5. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, por eso pronto empezaré a hacer ejercicio.
6. Ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio dentro de las próximas semanas.
7. Empezaré a hacer ejercicio.
8. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, lo voy a empezar a hacer en unos cuantos días.

Mantenimiento

1. Aunque llevo buen tiempo haciendo ejercicio, hay días que no lo he hecho porque se me dificulta.
2. Hay días que necesito motivarme para no dejar de hacer ejercicio.

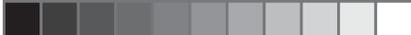


Tercera etapa

Se aplicó el instrumento compuesto de 48 reactivos a 195 participantes estudiantes de la UACJ., se siguió con el mismo proceso de la etapa dos; se realizó un análisis factorial exploratorio, se extrajeron los cinco factores que la teoría del modelo transteorético justificaba, los resultados se encuentran en la tabla 4. Al analizar las cargas de los reactivos en los cinco factores, nuevamente sólo se encontraron cuatro factores del modelo transteorético de cambio de conducta, ningún reactivo tuvo carga máxima en el quinto factor, se encontraron los mismos cuatro factores de precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Analizando el gráfico de sedimentación (figura 1), la gráfica sugiere sólo cuatro factores como resultado. Los reactivos que se crearon para el factor de preparación tuvieron cargas más altas en el factor de contemplación. En este nuevo análisis, con los nuevos reactivos, no fue posible encontrar una escala de cinco factores; después de este análisis se decidió dejar la escala con cuatro factores como se había reportado en estudios anteriores (Prochaska et al., 1992). Se hizo un análisis factorial exploratorio con cuatro factores, utilizando los métodos antes mencionados, los resultados se encuentran en la tabla 5; para la escala final se escogieron los mejores cinco reactivos de cada uno de los cuatro factores, con un total de 20 reactivos, se eligieron de entre los reactivos con cargas más altas, para ver los reactivos escogidos ver la tabla 6.

Tabla 4. Cargas Factoriales y Comunalidades del Análisis Factorial Exploratorio de la Segunda Escala de Ejercicio con 5 Factores

REACTIVO	CARGAS FACTORIALES					COMUNALIDADES
	1	2	3	4	5	h^2
1. Antes de que pase un mes, me gustaría empezar a hacer ejercicio.	0.31	0.70	-0.28	0.02	-0.24	0.74



2. Para sentirme mejor, en estos próximos días empezaré a hacer ejercicio.	0.48	0.66	-0.20	0.12	-0.61	0.90
3. Me siento relajado y tranquilo cuando hago ejercicio.	0.60	0.39	-0.45	0.02	-0.28	0.79
4. Me siento satisfecho cuando hago ejercicio inclusive si no mejora mi condición física.	0.55	0.31	-0.31	-0.05	-0.13	0.73
5. Puedo hacer ejercicio inclusive si siento pereza para hacerlo.	0.68	0.13	-0.29	-0.12	-0.28	0.73
6. Aunque los demás me insistan, no voy hacer ejercicio.	-0.31	-0.07	0.58	0.10	0.14	0.69
7. Ahora puedo decir que estoy físicamente activo haciendo ejercicio regularmente.	0.86	0.10	-0.19	0.16	-0.46	0.87
8. Puedo decir que he logrado interesarme por mi salud y el beneficio que brinda el hacer ejercicio.	0.78	0.30	-0.37	0.07	-0.34	0.78
9. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, lo voy a empezar a hacer en unos cuantos días.	0.43	0.68	-0.22	0.03	-0.21	0.81
10. Mi pereza para hacer ejercicio es cosa del pasado.	0.67	0.28	-0.34	0.01	-0.15	0.73
11. Dudo que los demás tengan razón cuando me dicen que es importante hacer ejercicio.	-0.11	0.00	0.52	0.17	0.09	0.58
12. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, por eso pronto empezaré a hacer ejercicio.	0.23	0.61	-0.17	0.10	-0.03	0.74
13. Hay días que necesito motivarme para no dejar de hacer ejercicio.	0.20	0.40	-0.12	0.51	-0.09	0.64
14. No necesito hacer ejercicio, soy feliz sin hacer ejercicio.	-0.47	-0.28	0.68	0.05	0.38	0.77
15. Acabo de decidir en estos días, que dentro de unas cuantas semanas empezaré a hacer ejercicio.	0.13	0.65	-0.15	0.13	0.00	0.77
16. Ya llevo tiempo haciendo ejercicio, pero a veces me da flojera hacerlo.	0.40	0.10	0.04	0.54	-0.17	0.73
17. Me gustaría estar saludable sin la necesidad de hacer ejercicio.	-0.36	0.14	0.20	0.13	0.25	0.44
18. Espero que algún día la gente deje de decirme que necesito hacer ejercicio.	-0.28	0.09	0.49	0.25	0.34	0.65





19. Puedo finalmente decir que me siento muy bien de salud por continuar haciendo ejercicio.	0.45	0.09	-0.08	-0.36	-0.06	0.77
20. Puedo decir que finalmente hago ejercicio regularmente y ya no me da flojera.	0.85	0.10	-0.15	0.09	-0.43	0.86
21. He comenzado a hacer ejercicio.	0.77	0.13	-0.26	0.30	-0.60	0.86
22. Dependo de otros para empezar a hacer ejercicio.	-0.04	0.15	0.18	0.08	0.24	0.50
23. Empezaré a hacer ejercicio.	0.34	0.60	-0.21	0.18	-0.42	0.77
24. Puedo hacer bastante ejercicio sin sentirme cansado.	0.57	0.16	-0.18	0.16	-0.31	0.68
25. No por ahora, pero muy pronto, tendré que decidir cuando empiezo a hacer ejercicio.	-0.42	0.37	0.19	0.09	0.50	0.67
26. No creo que realmente sea un problema el que no haga ejercicio.	-0.12	-0.06	0.54	0.04	0.18	0.64
27. En el futuro, me gustaría empezar a hacer ejercicio.	-0.16	0.61	0.03	0.13	0.41	0.80
28. Todavía no lo he decidido, pero si quisiera, podría empezar a hacer ejercicio.	-0.27	0.51	0.10	0.22	0.37	0.72
29. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, pero algún día empezaré a hacer ejercicio.	-0.19	0.63	-0.10	0.22	0.33	0.77
30. Aunque no lo he hecho todavía, ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio.	-0.22	0.55	0.10	0.18	0.33	0.72
31. Ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio dentro de las próximas semanas.	0.09	0.66	0.01	0.17	0.07	0.72
32. No hay ninguna razón para que empiece a hacer ejercicio, así es mi estilo de vida.	-0.15	-0.04	0.55	-0.26	0.30	0.67
33. Necesito empezar a hacer ejercicio.	0.03	0.77	-0.15	0.22	0.11	0.82



Tabla 4. Continuación

REACTIVO	CARGAS FACTORIALES					COMU NALI DADES
	1	2	3	4	5	h ²
34. Yo ejercito regularmente, pero me da flojera o se me atraviesan obstáculos para hacer ejercicio.	0.07	0.19	0.02	0.46	0.09	0.56
35. Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero sigo esforzándome para lograrlo.	0.37	0.30	-0.21	0.57	-0.18	0.68
36. Para empezar a hacer ejercicio, necesito cambiar algunas de mis costumbres.	-0.26	0.48	-0.08	0.37	0.20	0.69
37. Para sentirme mejor, pronto empezaré a hacer ejercicio.	0.09	0.74	-0.11	0.37	-0.11	0.78
38. Ahora me siento más preocupado que antes porque he dejado de hacer ejercicio.	0.00	0.50	0.02	0.34	0.05	0.61
39. Ahora que hago ejercicio me preocupa que sienta más flojera que la que sentía antes de empezar a hacer ejercicio.	0.16	0.19	0.19	0.50	-0.09	0.60
40. Estoy satisfecho por el progreso que ha tenido mi salud por el ejercicio que hago.	0.80	0.24	-0.34	0.21	-0.38	0.87
41. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, tendré que hacerlo.	0.29	0.57	-0.24	0.22	0.04	0.67
42. Me quiero sentir bien físicamente, pero no me siento lo suficientemente convencido para hacer ejercicio.	-0.38	0.10	0.36	0.29	0.25	0.58
43. En este momento sigo haciendo ejercicio.	0.87	0.04	-0.25	0.22	-0.55	0.91
44. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar a hacer ejercicio.	-0.39	-0.21	0.71	0.03	0.19	0.74
44. He decidido que ya voy a empezar a hacer ejercicio en estos días.	0.25	0.71	-0.13	0.16	-0.23	0.77
46. No tengo problemas de salud, no necesito hacer ejercicio.	-0.20	-0.19	0.68	-0.08	0.06	0.74
47. Aunque llevo buen tiempo haciendo ejercicio, hay días que no lo he hecho porque se me dificulta.	0.49	0.26	-0.14	0.52	-0.41	0.70
48. Tengo más de 6 meses haciendo ejercicio regularmente.	0.72	-0.10	-0.08	0.09	-0.40	0.81

Nota: Los cargas factoriales en negritas son las cargas más fuertes, en reactivos con cargas compartidas no se marcó.

Figura 1. Grafico de Sedimentación

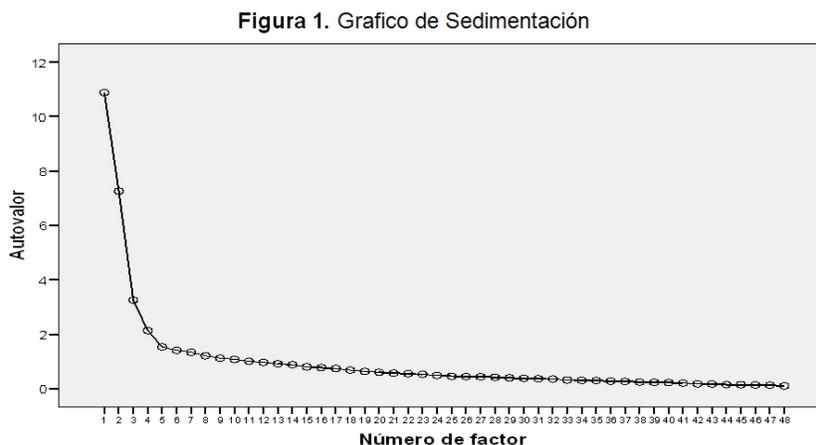


Tabla 5. Cargas Factoriales y Comunalidades del Análisis Factorial Exploratorio de la Segunda Escala de Ejercicio con 4 Factores.

REACTIVO	CARGAS FACTORIALES				COMU
	1	2	3	4	NALIDA
1. Antes de que pase un mes, me gustaría empezar a hacer ejercicio.	0.32	0.70	-0.31	-0.01	DES
2. Para sentirme mejor, en estos próximos días empezaré a hacer ejercicio.	0.52	0.67	-0.31	0.02	h ²
3. Me siento relajado y tranquilo cuando hago ejercicio.	0.58	0.38	-0.48	-0.01	0.74
4. Me siento satisfecho cuando hago ejercicio inclusive si no mejora mi condición física.	0.52	0.30	-0.32	-0.05	0.87
5. Puedo hacer ejercicio inclusive si siento pereza para hacerlo.	0.66	0.12	-0.32	-0.17	0.79
6. Aunque los demás me insistan, no voy hacer ejercicio.	-0.31	-0.07	0.57	0.13	0.72
7. Ahora puedo decir que estoy físicamente activo haciendo ejercicio regularmente.	0.86	0.10	-0.26	0.07	0.73
					0.69
					0.87

8. Puedo decir que he logrado interesarme por mi salud y el beneficio que brinda el hacer ejercicio.	0.77	0.29	-0.41	0.01	0.78
9. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, lo voy a empezar a hacer en unos cuantos días.	0.42	0.69	-0.25	0.01	0.81
10. Mi pereza para hacer ejercicio es cosa del pasado.	0.64	0.27	-0.35	-0.01	0.73
11. Dudo que los demás tengan razón cuando me dicen que es importante hacer ejercicio.	-0.11	0.00	0.51	0.19	0.58
12. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, por eso pronto empezaré a hacer ejercicio.	0.22	0.61	-0.17	0.11	0.74
13. Hay días que necesito motivarme para no dejar de hacer ejercicio.	0.20	0.39	-0.14	0.50	0.64
14. No necesito hacer ejercicio, soy feliz sin hacer ejercicio.	-0.48	-0.29	0.72	0.12	0.77
15. Acabo de decidir en estos días, que dentro de unas cuantas semanas empezaré a hacer ejercicio.	0.11	0.66	-0.15	0.14	0.77
16. Ya llevo tiempo haciendo ejercicio, pero a veces me da flojera hacerlo.	0.40	0.10	0.00	0.51	0.73
17. Me gustaría estar saludable sin la necesidad de hacer ejercicio.	-0.37	0.14	0.23	0.19	0.44
18. Espero que algún día la gente deje de decirme que necesito hacer ejercicio.	-0.31	0.08	0.52	0.33	0.65
19. Puedo finalmente decir que me siento muy bien de salud por continuar haciendo ejercicio.	0.41	0.08	-0.09	-0.34	0.76
20. Puedo decir que finalmente hago ejercicio regularmente y ya no me da flojera.	0.84	0.10	-0.22	0.01	0.86
21. He comenzado a hacer ejercicio.	0.80	0.13	-0.36	0.17	0.86
22. Dependo de otros para empezar a hacer ejercicio.	-0.08	0.14	0.21	0.15	0.50
23. Empezaré a hacer ejercicio.	0.37	0.62	-0.28	0.09	0.77
24. Puedo hacer bastante ejercicio sin sentirme cansado.	0.57	0.16	-0.22	0.09	0.68
25. No por ahora, pero muy pronto, tendré que decidir cuando empiezo a hacer ejercicio.	-0.46	0.37	0.26	0.21	0.67
26. No creo que realmente sea un problema el que no haga ejercicio.	-0.13	-0.06	0.54	0.08	0.64
27. En el futuro, me gustaría empezar a hacer ejercicio.	-0.21	0.60	0.10	0.23	0.80

28. Todavía no lo he decidido, pero si quisiera, podría empezar a hacer ejercicio.	-0.30	0.50	0.15	0.31	0.72
29. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, pero algún día empezaré a hacer ejercicio.	-0.23	0.62	-0.04	0.30	0.77
30. Aunque no lo he hecho todavía, ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio.	-0.25	0.55	0.15	0.27	0.72
31. Ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio dentro de las próximas semanas.	0.07	0.66	0.02	0.21	0.72
32. No hay ninguna razón para que empiece a hacer ejercicio, así es mi estilo de vida.	-0.18	-0.05	0.57	-0.18	0.67
33. Necesito empezar a hacer ejercicio.	0.01	0.77	-0.14	0.27	0.82

Tabla 5. Continuación

REACTIVO	CARGAS FACTORIALES				COMUNALIDAD
	1	2	3	4	h^2
34. Yo ejercito regularmente, pero me da flojera o se me atraviesan obstáculos para hacer ejercicio.	0.05	0.19	0.03	0.49	0.56
35. Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero sigo esforzándome para lograrlo.	0.37	0.29	-0.24	0.55	0.68
36. Para empezar a hacer ejercicio, necesito cambiar algunas de mis costumbres.	-0.26	0.48	-0.05	0.42	0.69
37. Para sentirme mejor, pronto empezaré a hacer ejercicio.	0.10	0.74	-0.13	0.36	0.78
38. Ahora me siento más preocupado que antes porque he dejado de hacer ejercicio.	0.00	0.49	0.02	0.37	0.61
39. Ahora que hago ejercicio me preocupa que sienta más flojera que la que sentía antes de empezar a hacer ejercicio.	0.16	0.18	0.16	0.50	0.61
40. Estoy satisfecho por el progreso que ha tenido mi salud por el ejercicio que hago.	0.79	0.23	-0.40	0.15	0.87



41. Si la solución para tener una buena condición física es hacer ejercicio, tendré que hacerlo.	0.26	0.57	-0.23	0.25	0.66
42. Me quiero sentir bien físicamente, pero no me siento lo suficientemente convencido para hacer ejercicio.	-0.39	0.10	0.38	0.35	0.58
43. En este momento sigo haciendo ejercicio.	0.89	0.04	-0.33	0.11	0.91
44. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar a hacer ejercicio.	-0.38	-0.21	0.71	0.07	0.74
44. He decidido que ya voy a empezar a hacer ejercicio en estos días.	0.26	0.72	-0.17	0.13	0.77
46. No tengo problemas de salud, no necesito hacer ejercicio.	-0.19	-0.19	0.66	-0.07	0.74
47. Aunque llevo buen tiempo haciendo ejercicio, hay días que no lo he hecho porque se me dificulta.	0.51	0.26	-0.21	0.44	0.70
48. Tengo más de 6 meses haciendo ejercicio regularmente.	0.72	-0.10	-0.15	0.01	0.81

Nota: Los cargas factoriales en negritas son las cargas más fuertes, en reactivos con cargas compartidas no se marcó.

Tabla 6. Reactivos Elegidos para la Escala Final de Ejercicio.

Precontemplación

1. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar a hacer ejercicio.
2. No necesito hacer ejercicio, soy feliz sin hacer ejercicio.
3. No tengo problemas de salud, no necesito hacer ejercicio.
4. Aunque los demás me insistan, no voy hacer ejercicio.
5. No hay ninguna razón para que empiece a hacer ejercicio, así es mi estilo de vida.

Contemplación

1. Ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio dentro de las próximas semanas.
2. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, pero algún día empezaré a hacer ejercicio.
3. Para sentirme mejor, pronto empezaré a hacer ejercicio.
4. He decidido que ya voy a empezar a hacer ejercicio en estos días.
5. Necesito empezar a hacer ejercicio.

Acción

1. Puedo decir que finalmente hago ejercicio regularmente y ya no me da flojera.
2. Ahora puedo decir que estoy físicamente activo haciendo ejercicio regularmente.
3. En este momento sigo haciendo ejercicio.



4. Puedo hacer ejercicio inclusive si siento pereza para hacerlo.
5. Estoy satisfecho por el progreso que ha tenido mi salud por el ejercicio que hago.

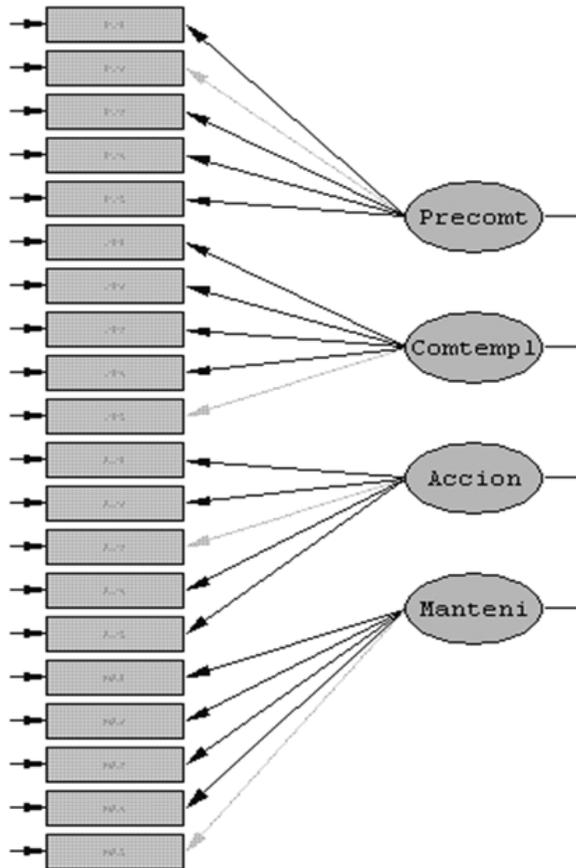
Mantenimiento

1. Ahora que hago ejercicio me preocupa que sienta más flojera que la que sentía antes de empezar a hacer ejercicio.
2. Ya llevo tiempo haciendo ejercicio, pero a veces me da flojera hacerlo.
3. Yo ejercito regularmente, pero me da flojera o se me atraviesan obstáculos para hacer ejercicio.
4. Hay días que necesito motivarme para no dejar de hacer ejercicio.
5. Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero sigo esforzándome para lograrlo.

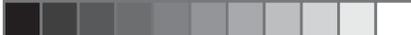
Cuarta etapa

Se administró la escala de ejercicio compuesta de 20 reactivos a una muestra de 506 personas para realizar un análisis factorial confirmatorio, este último análisis nos permitió validar la estructura factorial de la escala; el análisis factorial confirmatorio se hizo en el programa estadístico LISREL 8.80; se propuso una estructura de cuatro factores, con cinco reactivos por factor (ver figura 2). El reactivo con la carga más alta de cada factor, en el análisis factorial confirmatorio, su varianza fue igualada a uno para poder llevar a cabo el análisis. Se analizó la bondad de ajuste según lo recomendado por Hu & Bentler (1999) para modelos de ecuaciones estructurales, ellos mencionan que no se debe basar los resultados de un modelo solamente en el análisis de Chi cuadrada, recomiendan usar otros índices de bondad de ajuste, específicamente los de Non-normed Fit Index (NNFI), Root Mean Square Error of Aproximation (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI), y Standardized Root Mean Square Residual (SRMR). Los siguientes valores son los que recomiendan Hu y Bentler (1999) para analizar la bondad de ajuste de un modelo: $NNFI \geq .95$, $RMSEA \leq .06$, $CFI \geq .95$, $SRMR \leq .08$.

Figura 2. Diagrama del Análisis Factorial Confirmatorio.



El análisis factorial confirmatorio se realizó en una muestra independiente de 506 participantes, los índices indican una bondad de ajuste aceptable para un modelo con cuatro factores y cinco reactivos por cada factor a excepción del valor de Chi cuadrada. Los resultados son: $\chi^2(123) = 223.17$ ($p < .01$), NNFI = .95, RMSEA = .039, CFI = .97 y SRMR = .052. Según lo propuesto por Hu & Bentler (1999), estos índices indican un buen modelo.



DISCUSION Y CONCLUSIONES

Se propone el cuestionario de ejercicio como una escala basada en el modelo transteorético de cambio de conducta, ver la escala final en el anexo 1. La manera de calificar es sumando los reactivos de cada factor, los reactivos para cada factor son los siguientes:

Precontemplación: 1, 5, 9, 13 y 17.

Contemplación: 2, 6, 10, 14 y 18.

Acción: 3, 7, 11, 15 y 19.

Mantenimiento: 4, 8, 12, 16 y 20.

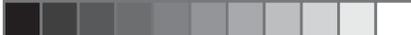
En nuestro estudio no encontramos el factor de preparación dentro de los reactivos (los reactivos que elaboramos para preparación se mezclaron con los reactivos de contemplación). Se decidió que los reactivos predominantes fueran aquellos que representaran a la etapa de contemplación, siendo que previamente se ha reportado que el factor de preparación no sale en los análisis factoriales exploratorios (Prochaska et al., 1992).

La confiabilidad del factor de mantenimiento es muy pobre con un α de .48, las otras confiabilidades no son fuertes, pero la razón es que la escala la componen pocos reactivos; se eligieron solamente cinco reactivos por factor para hacer la escala fácil y rápida de aplicar, sacrificando con esto la posibilidad de tener más reactivos y así poder incrementar los valores de alfa de Cronbach.

Esta escala está basada en la teoría del modelo transteorético y puede ayudar a identificar y clasificar la etapa en la que se encuentran los estudiantes, para saber qué tipo de intervención necesitan y de esta manera logren empezar a hacer ejercicio.

El siguiente paso sería, identificar a través de entrevistas a los individuos en las diversas etapas del modelo transteorético y luego ver si el cuestionario de ejercicio puede clasificarlo correctamente en su etapa, otro paso necesario es correlacionar esta escala con algún tipo de escala validada de ejercicio para analizar la validez concurrente del instrumento.





Esta escala se basa en el modelo transteorético del cambio de conducta, la muestra que se utilizó para este estudio fue de 888 participantes estudiantes de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, la ventaja de tener este tipo de escalas es que puede ayudar a identificar las etapas en las que se encuentran los estudiantes con respecto a la intención de hacer ejercicio y de ahí partir para realizar intervenciones efectivas para motivar el ejercicio en el estudiante.

Aunque esta escala necesita de más estudios y de modificaciones para mejorarla, este es un buen comienzo que guiará a otros investigadores a diseñar escalas similares basadas en modelos teóricos, que puedan predecir el comportamiento en estudiantes. Se espera que se tome esta escala, se administre, estudie, modifique para avanzarla y mejorarla para poder emplearla y así ayudar a los estudiantes.

REFERENCIAS

- Álvarez, C. (2008). Teoría transteorética de cambio de conducta: Herramienta importante en la adopción de estilos de vida adictivos. *Revista en Ciencias del Movimiento Humano y Salud*, 5, 1-12.
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Grimley, D., Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Blais, L. M., & DiClemente, C. C. (1994). The transtheoretical model of change. En T. M. Brinthaupt, & R. P. Lipka (Eds). *Changing the self: Philosophies, techniques, and experiences* (201-227). Albany: State University of New York Press.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Keith, F., & Zhang, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4, 84-99.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002*. Recuperado el 23 de diciembre de 2008, de <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>



- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Homewood: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of change*. Homewood: Dow Jones/Irwin.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1994). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: William Morrow and Company Inc.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. (1997). The transtheoretical model and stages of change. En K. Glantz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer (Eds.). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (60-84). San Francisco: Jossey-Bass.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1996). *Physical activity and health: A report of the Surgeon General*. Atlanta:

Anexo 1

Instrucciones: A continuación encontrará una serie de situaciones, pensamientos, intenciones o experiencias de la vida cotidiana. Piense en cada una de ellas y marque con una “X” aquello que se acerque más a sus pensamientos, intenciones, situaciones o experiencias de la vida en los últimos días. Es posible que algunas experiencias no se adapten bien a su vida, si este es su caso responda “No/nunca”

Opciones de Respuesta									
1. No/nunca	2. Rara vez	3. A veces	4. Frecuentemente	5. Si/ siempre					
					1	2	3	4	5
1. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar a hacer ejercicio.									
2. Ya sé qué tengo que hacer para empezar a hacer ejercicio dentro de las próximas semanas.									
3. Puedo decir que finalmente hago ejercicio regularmente y ya no me da flojera.									
4. Ahora que hago ejercicio me preocupa que sienta más flojera que la que sentía antes de empezar a hacer ejercicio.									
5. No necesito hacer ejercicio, soy feliz sin hacer ejercicio.									
6. Me preocupa que el no hacer ejercicio afecte mi salud, pero algún día empezaré a hacer ejercicio.									
7. Ahora puedo decir que estoy físicamente activo haciendo ejercicio regularmente.									



8. Ya llevo tiempo haciendo ejercicio, pero a veces me da flojera hacerlo.					
9. No tengo problemas de salud, no necesito hacer ejercicio.					
10. Para sentirme mejor, pronto empezaré a hacer ejercicio.					
11. En este momento sigo haciendo ejercicio.					
12. Yo ejercito regularmente, pero me da flojera o se me atraviesan obstáculos para hacer ejercicio.					
13. Aunque los demás me insistan, no voy hacer ejercicio.					
14. He decidido que ya voy a empezar a hacer ejercicio en estos días.					
15. Puedo hacer ejercicio inclusive si siento pereza para hacerlo.					
16. Hay días que necesito motivarme para no dejar de hacer ejercicio.					
17. No hay ninguna razón para que empiece a hacer ejercicio, así es mi estilo de vida.					
18. Necesito empezar a hacer ejercicio.					
19. Estoy satisfecho por el progreso que ha tenido mi salud por el ejercicio que hago.					
20. Me fue difícil empezar a hacer ejercicio, pero sigo esforzándome para lograrlo.					





VALIDACIÓN DE LA ESCALA AUTOINFORMADA DE INTELIGENCIA EMOCIONAL (EAIE) EN UNIVERSITARIOS DE MÉRIDA YUCATÁN

Manuel Sosa Correa

Universidad Autónoma de Yucatán

Este capítulo, mostrará una breve introducción de la Inteligencia Emocional (IE) desde la perspectiva de Mayer & Salovey, ya que de dichos autores se basó la Escala Auto informada de Inteligencia Emocional (EAIE), posteriormente se detallará la metodología en cuanto al proceso de construcción de la prueba incluyendo el jueceo, el piloteo con un total de 13 carreras y 1292 estudiantes y la fase experimental con alumnos de universidades, tanto públicas, como privadas en un rango de edades entre los 17 y 33 años y con una distribución del 57.8 % de mujeres y 40.6% de hombres teniendo un total de 244 estudiantes. Los resultados de la fase experimental, incluyen: las pruebas de ansiedad IDARE, el Cuestionario de Salud Mental Positiva, el inventario de personalidad NEO PI-R y la EAIE; en todas se obtuvo como promedio puntuaciones dentro del rango de lo normal, excepto en el IDARE en el cual se reportó puntuaciones por debajo del promedio. Se observaron correlaciones esperadas exceptuando en dos de los Factores de la EAIE con las sub escalas de amabilidad, y neuroticismo del NEO PI-R, y las sub escalas de satisfacción, prosocialidad, autonomía del Cuestionario de Salud Mental Positiva y ansiedad, rasgo del IDARE, lo cual se explica ampliamente en las conclusiones. Se observa que dicha escala





tiende a correlacionarse positivamente con factores considerados positivos para la salud mental y por otro lado, que los estudiantes universitarios muestran una clara tendencia a la salud mental así como una adecuada IE.

El concepto IE apareció por primera vez desarrollado en 1990 en un artículo publicado por Peter Salovey y John Mayer; no obstante, quedó relegado al olvido durante cinco años hasta que Daniel Goleman, psicólogo y periodista norteamericano con una visión comercial, gran capacidad de seducción y de sentido común, convirtió este término en una moda al publicar su libro *Inteligencia Emocional* en 1995. La tesis primordial de este libro se resume en que, necesitamos una nueva visión del estudio de la inteligencia humana, más allá de los aspectos cognitivos e intelectuales que resalte la importancia del uso y gestión del mundo emocional y social para comprender el curso de la vida de las personas. Apoyando a la IE, Goleman (2000) afirma que existen habilidades más importantes que la inteligencia académica a la hora de alcanzar un mayor bienestar laboral, personal, académico y social (Extremera & Fernández, 2004).

El concepto de IE está compuesto por dos palabras de uso bastante común en el mundo de la psicología: inteligencia y emoción, esto implica que se trata de inteligencia de las emociones o de cómo ser más inteligente con las emociones. Aunque durante muchos años esta combinación de palabras fue para muchos una contradicción, ya que unía dos campos que han sido investigados separadamente y vistos durante mucho tiempo como contrarios. El significado original que los creadores del concepto quisieron darle al término, implicaba la unión indivisible de ambas esferas (Mayer, 2001). Según los autores, la IE hace referencia a la habilidad para reconocer y procesar la información que transmiten las emociones y sus relaciones con el entorno y a partir de esto, razonar y resolver problemas eficazmente (Jiménez, 2009); es decir, la idea subyacente es que la combinación conjunta del sistema emocional y cognitivo, favorecen a un mejor y más adaptativo procesamiento de la información que el proporcionado por ambas partes por separado (Salovey & Mayer, 1990). Dicha idea se contrapone nota-





blemente con la tradición filosófica clásica, que apoya el carácter "devastador" de los estados afectivos sobre la razón, en cambio, Mayer y Salovey, proponen una visión funcionalista en la que más que "secuestrar" nuestros pensamientos y comportamientos, en la mayoría de los casos las emociones presentan una función útil y adaptativa, incluidas las emociones negativas (Salovey, Mayer & Caruso 2002, en Jiménez, 2009).

En concreto, la definición más expandida conceptualiza la IE como la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud, la capacidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento y el conocimiento, y la pericia para regular las emociones, promoviendo un crecimiento emocional e intelectual (Mayer & Salovey, 1997).

MÉTODO

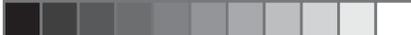
Tipo de estudio y diseño

La presente investigación tiene un carácter cuantitativo, explicativo, de campo ex post facto, considerando que la IE es una característica preexistente en las personas, asimismo, se busca la comprobación hipótesis ex post facto. El diseño es de una sola muestra intencional, dado que cubre un criterio deliberado para la elección de los participantes: adultos jóvenes. Dicho criterio se estableció considerando que esta etapa de desarrollo implica mayor madurez en términos emocionales.

Preguntas de investigación.

- ¿Es posible medir la Inteligencia Emocional como una competencia que presenta diferentes grados de desempeño?
- ¿Qué habilidades implican la Inteligencia Emocional?
- ¿Existen diferencias en el grado de Inteligencia Emocional





según la edad?

¿Existen diferencias en el grado de Inteligencia Emocional según el sexo?

De acuerdo con estas preguntas de investigación, se plantean las siguientes hipótesis de estudio:

El instrumento diseñado presenta una confiabilidad significativa para la medición de Inteligencia Emocional.

El instrumento diseñado presenta una validez interna significativa de acuerdo con el modelo teórico planteado.

El instrumento diseñado presenta una validez externa significativa de acuerdo a las correlaciones con las pruebas Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Cuestionario de la Salud Mental Positiva y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Existen diferencias significativas en los niveles de Inteligencia Emocional de acuerdo con el sexo de los participantes.

Existen diferencias significativas en los niveles de Inteligencia Emocional de acuerdo con la edad de los participantes.

Definición de Variables

Inteligencia Emocional: conceptualmente se entiende como: una habilidad para reconocer el significado de las emociones y sus relaciones, y para razonar y resolver problemas basados en ellas. La Inteligencia Emocional implica la capacidad de percibir emociones, asimilar los sentimientos relacionados con ellas, comprender la información emocional y manejarla (Salovey & Mayer, 1999). Operacionalmente se entiende como el puntaje obtenido en el instrumento diseñado para medir la Inteligencia Emocional.

Confiabilidad o Fiabilidad: conceptualmente se entiende como una medida que alude al grado en que la medida se encuentra





libre de error y sus dos principales dimensiones son la consistencia interna que se refiere al grado en que los ítems de una prueba miden el mismo constructo y la estabilidad, que refiere a que diversas medidas con un mismo instrumento arrojen resultados sin variación significativa (Tornimbeni, Pérez & Baldo, 2000). Operacionalmente se establece a través del *Alpha de Cronbach's* (1951) y el criterio para considerar confiable un instrumento es un coeficiente superior a 0.70.

Validez de contenido: Es un juicio concerniente a lo adecuado del muestreo que hace una prueba del comportamiento representativo del universo del comportamiento, del que la prueba está diseñada para tomar una muestra (Cohen y Swerdlik 2001). Operacionalmente se entiende como el 80% de acuerdo entre los jueces en calificación de la prueba.

Validez interna (constructo): conceptualmente se refiere a la medida en que la variable se ha tomado como independiente y evalúa realmente el constructo teórico al que se pretende establecer como la causa del efecto observado (Buendía, Colás & Hernández, 1998). Cualquier Factor o fuente que no sea la variable independiente y que pudiera explicar los resultados es una amenaza para la validez interna, la cual es un mínimo básico sin el cual un experimento está abierto a múltiples explicaciones alternativas (Tornimbeni, Pérez & Baldo, 2000). Operacionalmente se establece como los resultados del Análisis Factorial realizado con los ítems incluidos en el instrumento, que cumplan con el criterio de un peso factorial igual o mayor a 0.40.

Validez de criterio: conceptualmente es una comparación entre nuestra situación de medida y un estándar al que se le llama criterio, es el que intuitivamente mejor refleja la definición, es disponer de otra situación de la que conozco su validez (Tornimbeni, Pérez & Baldo, 2000). Operacionalmente se establece por las correlaciones positivas que se obtengan con la prueba de Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Construcción de una





Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva y las correlaciones negativas que se obtengan con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Sexo: entendiendo sexo en su significado sexo-genérico, como una construcción social que implica la conjunción de las características bio-morfológicas y sociales de una persona, que pueden influir para producir un comportamiento diferencial entre una mujer y un hombre (Duarte, 2007). Operacionalmente se entiende como la opción marcada (hombre o mujer) en el apartado de sexo de los datos generales del instrumento.

Edad: conceptualmente se entiende como la edad cronológica, que es lo mismo que edad en años. Según su edad el individuo se encuentra en la fase de desarrollo correspondiente, que determina su modo de ser y sus características físicas (Dorsch 2000). Operacionalmente se entiende como el número de años declarado en el apartado de edad de los datos generales del instrumento.

Para contestar las preguntas de investigación y comprobar las hipótesis, se realizó la investigación en tres fases: (1) Fase de construcción del instrumento, (2) Fase de piloteo y (3) Fase de experimentación.

Fase de Construcción del Instrumento

En esta fase participaron 10 Psicólogos expertos en áreas como metodología, estadística, construcción de instrumentos y psicología positiva, a los cuales se les solicitó clasificar cada enunciado incluido en el instrumento, de acuerdo con cada una de las cuatro habilidades establecidas para medir la Inteligencia Emocional. El 90% de ellos eran expertos en metodología, el 60% en estadística, el 80% en construcción de instrumentos y el 80% en psicología positiva. El 60% hombres y el 40% mujeres.





Instrumentos y/o materiales

Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional: se diseñó una escala tipo likert con 272 enunciados que presentan afirmaciones sobre la habilidad que percibe una persona en cuanto al manejo de sus emociones. Esta propuesta está basada en: (a) el modelo de IE de Mayer, Caruso & Salovey (1999), (b) las inteligencias personales propuestas por Gardner (1983) y; (c) las emociones tomadas del análisis de las clasificaciones propuestas por Damasio (2001) y por Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor (1987).

En cuanto al modelo de IE de Mayer, Caruso & Salovey (1999), quienes plantean que la IE se refiere a una habilidad para reconocer el significado de las emociones y sus relaciones, para razonar y resolver problemas basados en ellas; en este sentido la IE implica la capacidad de percibir emociones, asimilar los sentimientos relacionados con ellas, comprender la información emocional y manejarla.

De acuerdo con esto, Salovey & Mayer (1997) establecen habilidades básicas de la inteligencia emocional en relación con:

Percepción, evaluación y expresión emocional. Incluye las siguientes habilidades:

Identificar los propios estados físicos y psicológicos.

Identificar la emoción en los demás.

Expresar las emociones de forma precisa y expresar las necesidades relacionadas con esas emociones.

Discriminar entre las manifestaciones emocionales apropiadas o inapropiadas, honestas o deshonestas.

La emoción como facilitadora del pensamiento. Las emociones dirigen nuestra atención a la información relevante, determinan tanto la manera en la cual nos enfrentamos a los problemas como la forma en la cual procesamos la información. Incluye las siguientes habilidades:

Enfocar y priorizar los propios pensamientos basados en los sentimientos asociados a objetos, eventos o personas.





Generar y emular emociones intensas para facilitar juicios y recuerdos relacionados con emociones.

Sacar provecho de los cambios de humor para adoptar diversos puntos de vista y lograr ampliar nuestras perspectivas desde los diferentes estados de ánimo.

Utilización del conocimiento emocional. Es la clasificación correcta de las emociones, comprensión del significado emocional, no sólo en emociones sencillas sino en otras más complejas, incluye también comprender la evolución de unos estados emocionales a otros. Incluye las siguientes habilidades:

Comprender cómo están relacionadas las diferentes emociones.

Percibir sus causas y sus consecuencias.

Interpretar emociones complejas tales como emociones combinadas o contradictorias.

Predecir las posibles transiciones entre emociones.

Regulación de las emociones: consiste en la capacidad de emitir conductas que impliquen las emociones que se desean. Mantener los estados de ánimo deseados o utilizar estrategias de reparación emocional. Incluye las siguientes habilidades:

Estar abierto a la experiencia emocional tanto las agradables como las desagradables.

Controlar y reflexionar sobre las emociones.

Implicarse, prolongar y/o distanciarse de los estados emocionales.

Manejar las propias emociones y las de los demás.

Gardner (1983) reformula el concepto de inteligencia a través de la teoría de Inteligencias Múltiples y sostiene que poseemos siete tipos de inteligencia distintas, cada una de ellas relativamente independiente de las otras: inteligencia musical, inteligencia kinestésica-corporal; inteligencia lógico-matemática; inteligencia lingüística; inteligencia espacial; inteligencia intrapersonal e inteligencia interpersonal. Estas dos últimas categorías están relacionadas con la Inteligencia Emocional y se definen de la siguiente manera:





La inteligencia interpersonal se construye a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás, en particular, contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, esta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado (Gardner, 1993: p. 40).

La inteligencia intrapersonal consiste en el conocimiento de los aspectos internos de una persona, el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre las emociones y finalmente ponerlas un nombre y recurrir a ellas como un medio de interpretar y orientar la propia conducta. (Gardner 1993: p. 42).

Para esta propuesta de evaluación de la Inteligencia Emocional se planteó la necesidad de clasificar las emociones que serán objeto de estudio y de acuerdo a la revisión bibliográfica se tomó como base el listado de Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor (1987) ya que contempla emociones supraordenadas y subordinadas. También se incluye la clasificación de Damasio (2003) quien divide las emociones en primarias y secundarias, esta clasificación se da a partir de la temporalidad en que surgen históricamente en la evolución del hombre, el lugar en el que se encuentran en el cerebro y la relación de dependencia que existe entre las secundarias con las primarias; con base en el análisis de estas clasificaciones, se incluyeron en el instrumento las emociones de alegría, tristeza, ira, asco, miedo y sorpresa.

Conjuntando estos tres elementos teóricos, se diseñó el modelo explicativo del contenido del instrumento propuesto, el cual incluye enunciados que cumplen las cuatro habilidades anteriormente citadas, las dos inteligencias personales (Intrapersonal e Interpersonal) y las seis emociones seleccionadas, como se muestra en la Tabla 1.



Tabla 1. Modelo teórico explicativo para el instrumento de Inteligencia Emocional

	2 FORMAS DE EXPRESIÓN	6 EMO- CIO- NES	ESCALA LIKERT				
			Ítems = 48 x 3 Ítems por emoción = 144 Ítems como mínimo para el jueceo	1	2	3	4
(Pe). Percepción, evaluación y expresión emocional.	Intrapersonal Interpersonal	Alegría	Totalmente en desacuerdo	Más en desacuerdo que de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más de acuerdo que en desacuerdo	Totalmente de acuerdo
(Fa). La emoción como facilitadora del pensamiento		Tristeza					
(Co). Utilización del conocimiento emocional		Ira					
(Re). Regulación de las emociones		Asco					
		Miedo					
	Sorpresa						

Para el jueceo se diseñó un formato (ver Apéndice A), en el cual, los diez jueces tenían que clasificar cada uno de los 272 enunciados en una de las cuatro habilidades que incluye la Inteligencia Emocional según Salovey & Mayer (1997).



Procedimiento

Fase de construcción del instrumento

como ya se mencionó, en base al modelo de Inteligencia Emocional de Salovey & Mayer (1997), las inteligencias personales de Gardner (1983), así como la clasificación de las emociones principalmente de Damasio (2001) & Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor (1987), se elaboró una serie de enunciados (afirmaciones) en las que todas de ubicaban en alguna de las habilidades de la IE, y en alguna de las inteligencias personales (Intrapersonal, Interpersonal) y por cada bloque de preguntas se abarcaban las seis emociones consideradas primarias, así como enunciados que se referían a la emoción en general, sumando un total de 272 enunciados que posteriormente se ordenaron al azar por medio de una lista numérica. Aunque el mínimo necesario de reactivos era de 144, se diseñaron varios bloques con reactivos que cumplieran los criterios, con el fin de preservar el mayor número de reactivos posibles validados por los jueces. Al final de cada enunciado cuatro columnas con las iniciales de las cuatro habilidades de la IE, se redactaron las instrucciones y se les proporcionaron a diez jueces con la instrucción: *“Lo que se pide es que cada enunciado se clasifique poniendo una X en la casilla de la derecha, según considere que pertenece a alguna de las cuatro habilidades para medir la Inteligencia Emocional (Pe, Fa, Co y Re), las cuales se describen a continuación, en caso que considere que un enunciado pertenezca a más de una habilidad, marque las casillas que considere y en el caso que no corresponda a ninguna déjelas en blanco”*. Se les dio una semana para que completaran el jueceo y posteriormente se llevó a cabo un análisis de los resultados, tomando como válidos únicamente los enunciados en los que concordaban el 80% de los jueces.





Fase de Piloteo

Una vez teniendo los enunciados validados por el jueceo, que sumaron 246, se procedió a la prueba piloto para lo cual se escogieron intencionalmente y por motivos de factibilidad para hacer aplicaciones a gran escala, a una escuela preparatoria privada y a dos universidades: una pública y una privada, con un total de 1,292 sujetos, considerando el criterio de cinco sujetos por enunciado para poder realizar los análisis estadísticos pertinentes. La edad promedio de estos fue de 20.05 y se distribuyó como se puede observar en la Tabla 2. La distribución de sujetos por sexo se puede observar en la Tabla 3, la distribución por institución en la Tabla 4, la distribución por nivel académico en la Tabla 5 y la distribución por área de estudio en la Tabla 6.

Instrumentos y/o materiales

Para la prueba piloto, en la cual se contó con 246 enunciados, se diseñó una escala de tipo likert (Apéndice B) con opciones del 1 al 5 que implicaban que el sujeto se decantara en cada enunciado por estar: 1. Totalmente en desacuerdo, 2. Más en desacuerdo que de acuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4. Más de acuerdo que en desacuerdo y 5. Totalmente de acuerdo. Finalmente, según los resultados de los diferentes análisis de confiabilidad y validez interna, el instrumento quedó constituido por 185 enunciados (Apéndice C).

Tabla 2. Distribución por edades de la fase de piloteo

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
16	1	.1%
17	56	4.3%
18	191	14.8%
19	285	22.1%





20	324	25.1%
21	192	14.9%
22	125	9.7%
23	50	3.9%
24	33	2.6%
25	16	1.2%
26	3	.2%
27	1	.1%
28	4	.3%
29	4	.3%
32	2	.2%
Total	1288	99.7%
Sujetos sin datos	5	.3%
Total	1292	100.%

Tabla 3. Distribución del sexo de la fase de piloteo

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujer	629	48.7%
Hombre	658	50.9%
Total Mujeres y Hombres	1287	99.6%
Sujetos sin datos	5	.4%
Total	1292	100.%

Tabla 4. Distribución por tipo de institución de la fase de piloteo

TIPO DE INSTITUCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pública	750	58.0%
Privada	542	42.0%
Total	1292	100.%



**Tabla 5. Distribución por nivel académico de la fase de piloteo**

NIVEL ACADÉMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1er de licenciatura	362	28.0%
2do de licenciatura	519	40.2%
3ro de licenciatura	143	11.1%
4to de licenciatura	138	10.7%
3ro de Preparatoria	130	10.1%
Total	1292	100.0%

Tabla 6. Distribución por área de estudios de la fase de piloteo

AREA DE ESTUDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preparatoria	130	10.1%
Negocios electrónicos	11	.9%
Administración y mercadotecnia	132	10.2%
Comunicaciones	194	15.0%
Derecho	204	15.8%
Administración y desarrollo empresarial	39	3.0%
Contaduría	145	11.2%
Arquitectura	32	2.5%
Economía	147	11.4%
Ingeniería industrial	16	1.2%
Ingeniería en automatización de sistemas	47	3.6%
Administración en tecnología de la información	11	.9%
Educación	53	4.1%
Medicina	130	10.1%
Total	1291	99.9
Sujetos sin datos	1	.1%
Total	1292	100.0%

Teniendo los 246 enunciados que se tomaron como válidos de la etapa de jueceo, se procedió a hacer la carátula para la prueba





de piloteo y elaborar el formato del instrumento. Para esta fase se estipuló que se requerían como mínimo 1,230 participantes, ya que de esta forma se contaría con cinco sujetos por enunciado, por lo que se seleccionó la muestra por conveniencia en una preparatoria privada, una universidad pública y una universidad privada para poder cumplir con este criterio, dando un total de sujetos evaluados válidos de 1,292.

Las aplicaciones fueron de manera grupal, según el salón de clase al que estaban destinados los alumnos, por lo que el número de sujetos por aplicación era variable, en las instrucciones no se le daba un tiempo límite de respuesta, pero el promedio de tiempo fue de 50 minutos. Para estas aplicaciones se entrenó a un grupo de alumnos de la Licenciatura en Psicología para que apoyaran en la aplicación.

Posterior a la recolección de la información se capturaron y analizaron los datos empleando el paquete estadístico SPSS,12.0, eliminando a los sujetos que tenían más de cinco enunciados sin contestar o con patrones estereotipados de respuesta.

Otros criterios que se tomaron para anular las pruebas que no cumplieran criterios de normalidad como sesgo, kurtosis, atractivo de las opciones y que la correlación ítem total sea de más de 0.40.

Los reactivos que cumplían los criterios anteriores fueron sometidos a un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, manteniéndose aquellos reactivos cuya carga factorial fuera mayor a 0.40 y aquellos factores cuyo eigen sea mayor a 1.

Fase de Experimentación

Una vez obtenidos los enunciados validados por el piloteo, los cuales sumaron 185 divididos en once factores, se procedió a su aplicación en busca de correlaciones con el objetivo de encontrar la validez del instrumento, para lo cual se eligieron intencionalmente y por motivos de factibilidad a una preparatoria privada y a una universidad pública, con un total de 244 sujetos. La edad





promedio fue de 19.61 y se distribuyó como se puede observar en la Tabla 7. La distribución de sujetos por sexo se puede observar en la Tabla 8, la distribución por área de estudio en la Tabla 9 y la distribución por nivel académico en la Tabla 10.

Tabla 7. Distribución por edades de la fase de experimentación

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
17.00	16	6.6%
18.00	46	18.9%
19.00	85	34.8%
20.00	42	17.2%
21.00	22	9.0%
22.00	6	2.5%
23.00	10	4.1%
24.00	3	1.2%
27.00	1	.4%
28.00	2	.8%
30.00	1	.4%
32.00	1	.4%
33.00	1	.4%
Total	236	96.7%
Sujetos sin datos	8	3.3%
Total	244	100.0%





Tabla 8. Distribución por sexo de la fase de experimentación.

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mujer	141	57.8%
Hombre	99	40.6%
Total	240	98.4%
Sujetos sin datos	4	1.6%
Total	244	100.0%

Tabla 9. Distribución por área de estudios de la fase de experimentación.

AREA DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preparatoria Privada	34	13.9%
Arquitectura	32	13.1%
Economía	38	15.6%
Educación	58	23.8%
Psicología	77	31.6%
Total	239	98.0%
Sujetos sin datos	5	2.0%
Total	244	100.0%

Tabla 10. Distribución por nivel de estudios de la fase de experimentación.

NIVEL DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Preparatoria Privada	40	16.4%
Licenciatura Universidad Pública	200	82.0%
Total	240	98.4%
Sujetos sin datos	4	1.6%
Total	244	100.0%





Instrumentos y/o materiales

Teniendo los 185 enunciados que se tomaron como válidos de la etapa del piloteo, se procedió a hacer la carátula para la prueba de experimentación y elaborar el formato de la prueba, la cual se diseñó como escala tipo *Likert*. Para esta fase se requirió a 265 sujetos por lo que se seleccionó la muestra por conveniencia en una preparatoria privada y una universidad pública para poder cumplir con este criterio dando un total de sujetos evaluados válidos de 244.

En esta fase, también se aplicaron las pruebas de Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), con el fin de evaluar la validez convergente y divergente del Test de Inteligencia Emocional, estas tres pruebas se aplicaron juntas por lo que el tiempo de aplicación se aumentó a un promedio de 70 minutos.

Procedimiento

Las aplicaciones fueron de manera grupal, según el salón de clase al que estaban destinados los alumnos, por lo que el número de sujetos por aplicación era variable, en las instrucciones no se le daba un tiempo límite de respuesta. Para estas aplicaciones se entrenó a un grupo de alumnos de la Licenciatura en Psicología para que apoyaran en la aplicación.

Por medio del SPSS,12.0 se realizaron análisis de asociación por medio del coeficiente producto momento de *Pearson* entre los factores establecidos en la etapa de experimentación del instrumento de IE y cada uno de los dominios del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).



RESULTADOS

Fase de Experimentación

Análisis descriptivo

Para conocer la distribución de las puntuaciones en la muestra total se realizó un análisis descriptivo por medio de medidas de tendencia central y dispersión (ver Tabla 11), en el cual se observó que la media en todos los factores se ubicaron en la puntuación de 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y de 4 (más de acuerdo que en desacuerdo).

Tabla 11. Análisis descriptivo de la fase de experimentación

INSTRUMENTO	FACTORES	MEDIA	D. E.
Cuestionario de Salud Mental Positiva	1: Satisfacción Personal	3.47	.44
Cuestionario de Salud Mental Positiva	2: Actitud Prosocial	3.40	.46
Cuestionario de Salud Mental Positiva	3: Integración	2.88	.59
Cuestionario de Salud Mental Positiva	4: Autonomía	3.03	.55
Cuestionario de Salud Mental Positiva	5: Resolución de problemas y autoactualización	3.31	.41
Cuestionario de Salud Mental Positiva	6: Habilidades de relación interpersonal	3.07	.54
IDARE	Ansiedad Estado	37.22	9.89
IDARE	Ansiedad Rasgo	39.21	9.34
NEO	Neuroticismo	2.82	.43
NEO	Extraversión	3.47	.40
NEO	Apertura a la experiencia	3.36	.29
NEO	Amabilidad	3.24	.34
NEO	Conciencia	3.49	.33
IE	Factor 1	4.09	.61
IE	Factor 2	2.58	.76
IE	Factor 3	3.30	.93
IE	Factor 4	3.55	.73



IE	Factor 5	3.49	.72
IE	Factor 6	3.37	.81
IE	Factor 7	3.62	.88
IE	Factor 8	3.46	.74
IE	Factor 9	3.51	.87
IE	Factor 10	3.66	.71
IE	Factor 11	3.41	.80

En cuanto al Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluçh Canut: 1) Satisfacción Personal que se refiere a la satisfacción de la persona consigo misma, con la vida y con el futuro, la puntuación media es de 3.47 (D.E.=.44); 2) Actitud Prosocial que se refiere a la predisposición a escuchar, comprender y ayudar a los demás, la puntuación media es de 3.40 (D.E.=.46); 3) Integración que se refiere a la capacidad para mantener el equilibrio personal, la puntuación media es de 2.88 (D.E.=.59); 4) Autonomía que evalúa la capacidad para tener criterios propios y actuar de forma independiente, la puntuación media es de 3.03 (D.E.=.55); 5) Resolución de problemas y autoactualización hace referencia a la búsqueda activa de soluciones frente a los problemas y se relaciona con el crecimiento personal, la puntuación media es de 3.31 (D.E.=.41) y 6) Habilidades de relación interpersonal que se vincula a la capacidad para interactuar con los demás, la puntuación media es de 3.07 (D.E.=.54).

Según los resultados de las puntuaciones medias del Cuestionario de Salud Mental Positiva, implica que los sujetos se consideran con una adecuada salud mental positiva, ya que dicho instrumento es una escala *Likert* de cuatro opciones en el que las medias indican que los sujetos se ubicaron en la opción de respuesta “Con bastante frecuencia”, la cual es la tercera de cuatro en orden ascendente. En la prueba de IDARE, que incluye Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo; se observa que en Ansiedad Estado, se conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de





aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, la puntuación media es de 37.22 (D.E.= 9.89), que corresponde a un percentil de 37 por lo que se puede decir que la muestra se encuentra con una ansiedad media baja; en Ansiedad Rasgo, que se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad se observa una media de 39.21 (D.E.=9.24), que corresponde a un percentil de 39 por lo que se puede decir que la muestra se encuentra con una ansiedad media baja.

Los resultados de la prueba Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), reportan que: 1) Neurotismo: se describe en general como una tendencia a experimentar afectos negativos tales como miedo, tristeza, vergüenza, enojo, culpa y disgusto, tiene una puntuación media de 2.82 (D.E.=.43); 2) Extraversión: que implica el dominio de personas que son sociables, que gustan de los grandes grupos y de las reuniones, son asertivos, activos, gustan de hablar con la gente, disfrutan de la excitación y la estimulación, y tienden a tener una disposición jovial; suelen ser animados, energéticos y optimistas, tiene una puntuación media de 3.47 (D.E. 40); 3) Apertura: incluye una imaginación activa, sensibilidad estética, atentividad a los sentimientos internos, preferencia por la variedad, curiosidad intelectual e independencia de juicio, la puntuación media es de 3.36 (D.E.=.29); 4) Amabilidad: hace referencia primariamente a una dimensión interpersonal. La persona con alta puntuación es fundamentalmente altruista, es una persona empática con los otros y dispuesta a ayudar, y cree que las demás personas tienen esa misma disposición, la puntuación media es de 3.24 (D.E.=.34) y 5) Conciencia: hace referencia a la capacidad activa de planeación, organización y cumplimiento de tareas, tiene una media de 3,49 (D.E.=33).

Según los resultados de las puntuaciones medias de la prueba Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), implica que los sujetos se encuentran en el término medio, ya que dicho instrumento es una escala Likert de cinco opciones en el que las medias indican que los sujetos se ubicaron en la tercera “Neutral”.





En el Test de Inteligencia Emocional

El Factor 1 IE. El darse cuenta emocional tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, la puntuación media es de 4.09 (D.E.=.61) indicando que la muestra total de participantes considera que esta habilidad la domina al 75% ya que refieren estar más de acuerdo que en desacuerdo en cuanto a que si pueden identificar sus propias emociones, así como creen identificar las emociones de los demás.

En el Factor 2 IE. Manejar las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, la puntuación media es de 2.58 (D.E.=.76) indicando que la muestra total de participantes considera que esta habilidad la domina al 50% en cuanto a cómo influir en uno mismo o en los demás para generar, mantener, distanciarse o acercarse a una emoción.

Factor 3 IE. Predecir el cambio emocional tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, la puntuación media es de 3.30 (D.E.=.93) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 50%, lo cual implica saber que dada una emoción, otra emoción vendrá en uno mismo y en los demás.

En el Factor 4 IE. Conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área Interpersonal, la puntuación media es de 3.55 (D.E.=.73) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 75%, lo cual implica saber, cuál es la causa de una emoción determinada, así como su forma de expresarla.

Factor 5 IE. Control de la distancia emocional, en el área Intrapersonal, la puntuación media es de 3.49 (D.E.=.72) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 50%, lo cual implica poder alejarse o cambiar una emoción en uno mismo según la pertinencia de la circunstancia.

En el Factor 6 IE. Controlar la distancia emocional en el área Interpersonal, la puntuación media es de 3.37 (D.E.=.81) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 50%, lo cual implica saber que la





persona es capaz de hacer que otra persona cambie sus emociones según la pertinencia de la circunstancia.

En el Factor 7 IE. Conocer la expresión emocional en el área Intrapersonal, la puntuación media es de 3.62 (D.E.=.88) indicando que la muestra total de participantes consideran que esta habilidad la dominan en un 75%, ya que refieren estar más de acuerdo que en desacuerdo en cuanto a su dominio, lo cual implica saber cómo uno mismo debe expresar sus emociones.

Factor 8 IE. Explicar la sensación de las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, la puntuación media es de 3.46 (D.E.=.74) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 50%, lo cual implica poder explicar lo que siente alguien en una emoción determinada en uno mismo y en los demás.

En el Factor 9 IE. Reconocer el cambio emocional tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, la puntuación media es de 3.51 (D.E.=.87) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 75%, lo cual implica saber cuándo se pasa de una emoción determinada a otra, en uno mismo y en los demás.

Factor 10 IE. Recordar emociones para acordarse de situaciones, tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, la puntuación media es de 3.66 (D.E.=.71) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 75%, lo cual implica la capacidad de acordarse de una emoción determinada con el objetivo de recordar la situación en uno mismo y en los demás.

En el Factor 11 IE. Lograr emociones determinadas en el área Intrapersonal, la puntuación media es de 3.41 (D.E.=.80) indicando que la muestra total de participantes consideran que en esta habilidad su dominio es del 50%, lo cual implica la capacidad de lograr tener emociones determinadas según la pertinencia de las circunstancias en uno mismo.



Análisis inferencial

En el análisis inferencial por sexo, se observa que los hombres tuvieron una puntuación significativamente mayor que las mujeres en los Factores 2 y 5, lo cual indica que ellos poseen mayor habilidad en a) manejar las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área interpersonal; y en b) controlar la distancia emocional en el área Intrapersonal.

Por su parte, las mujeres tuvieron una puntuación significativamente mayor que los hombres en el Factor 4, lo cual indica que ellas poseen una mayor habilidad en conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área interpersonal. Estos resultados se repitieron del piloteo en donde también en los Factores 2 y 5 los hombres obtuvieron mayor puntuación y las mujeres en el Factor 4 (ver tabla 12).

Tabla 12. Diferencias por sexo en cada Factor de la fase de experimentación.

FAC- TOR	MEDIA HOMBRES 99	MEDIA MUJERES 141	T. DE STUDENT	GRADOS DE LIBERTAD	PRO- BABILI- DAD	DESVIACIÓN ESTÁNDAR HOMBRES	DESVIACIÓN ESTÁNDAR MUJERES
1	4.0546	4.1286	.914	238	N.S.	.59485	.63211
2	2.7102	2.4975	-2.136	238	.034	.76708	.75466
3	3.2487	3.3412	.757	238	N.S.	.94419	.92184
4	3.4289	3.6412	2.229	238	.027	.76390	.69894
5	3.6204	3.4135	-2.186	238	.030	.65430	.76591
6	3.4441	3.3185	-1.183	238	N.S.	.79438	.81999
7	3.6448	3.6082	-.314	238	N.S.	.85711	.91210
8	3.3875	3.5117	1.269	238	N.S.	.72862	.75779
9	3.5113	3.5183	.061	238	N.S.	.86016	.88083
10	3.5843	3.7188	1.428	238	N.S.	.75729	.68925
11	3.3706	3.4524	.772	238	N.S.	.76787	.83543
TOTAL	640.7172	640.5106	-.016	238	N.S.	99.41657	92.98131

Es importante mencionar que no se encontraron diferencias significativas entre los factores que conforman la prueba y la edad de

los participantes, así como tampoco se obtuvieron correlaciones significativas entre los factores de la prueba y el grado de estudio de los participantes.

Correlaciones

Para la validez de criterio se han utilizado cuatro instrumentos, el Cuestionario de la Salud Mental Positiva, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). El Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) y la Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE), los resultados obtenidos de las correlaciones se muestran a continuación en las Tabla 13 y 14.

Tabla 13. Correlaciones de la EAIE con el NEO PI-R, y el IDARE

	NEO PI-R: Neuroticismo	NEO PI-R: Extraversión	NEO PI-R: Apertura a la Experiencia	NEO PI-R: Amabilidad	NEO PI-R: Conciencia	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
F 1 IE	-.136(*)	.166(*)	.278(**)		.186(**)	-.130(*)	-.133(*)
F 2 IE				-.291(**)			.142(*)
F 3 IE	-.153(*)				.138(*)		
F 4 IE		.215(**)	.164(*)	.138(*)	.168(*)		
F 5 IE	-.293(**)	.241(**)	.139(*)		.159(*)	-.212(**)	-.253(**)
F 6 IE	-.198(**)	.311(**)					-.183(**)
F 7 IE	-.272(**)	.366(**)			.245(**)	-.209(**)	-.279(**)
F 8 IE	-.199(**)	.285(**)	.207(**)		.174(*)		-.142(*)
F 9 IE	-.193(**)	.170(*)	.212(**)		.147(*)		-.145(*)
F 10 IE		.232(**)	.174(*)				
F 11 IE	.219(**)		.164(*)				.181(**)
Total IE	-.141(*)	.223(**)	.211(**)		.159(*)		

Tabla 14. Correlaciones de la EAIE con el Cuestionario de Salud Mental Positiva

	S.M.P. 1 SATISFACCIÓN PERSONAL	S.M.P. 2 ACTITUD PROSOCIAL	S.M.P. 3 INTEGRACIÓN	S.M.P. 4 AUTONOMÍA	S.M.P. 5 RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y AUTOACTUALIZACIÓN	S.M.P. 6 HABILIDADES DE RELACIÓN INTERPERSONAL
F 1 IE		.145(*)			.200(**)	
F 2 IE		-.224(**)				
F 3 IE						
F 4 IE					.154(*)	.179(**)
F 5 IE		.149(*)	.407(**)	.150(*)	.306(**)	.139(*)
F 6 IE		.140(*)	.210(**)		.186(**)	.198(**)
F 7 IE	.168(**)	.167(*)	.231(**)		.272(**)	.343(**)
F 8 IE			.151(*)		.195(**)	.212(**)
F 9 IE			.171(**)		.212(**)	
F 10 IE					.144(*)	.136(*)
F 11 IE	-.132(*)			-.172(**)		
Total IE			.162(*)		.182(**)	

De acuerdo a lo anterior y en concordancia a la validez de criterio lo usual es encontrar correlaciones positivas entre la Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE) y el NEO PI-R y entre la EAIE y el Cuestionario de Salud Mental Positiva, mientras que entre el EAIE y el IDARE se espera encontrar correlaciones



negativas, así como entre EAIE y el dominio de Neuroticismo del NEO PI-R. A continuación se presentan las correlaciones positivas y negativas que se encontraron, así como los reactivos que se implican en cada Factor de IE.

El Factor 1 de IE que implica el darse cuenta emocional, tanto en el área Intrapersonal, como en el área interpersonal se correlaciona positivamente con el Factor 2 y 5 del Cuestionario de Salud Mental Positiva, que son Actitud Prosocial y también se encontraron correlaciones positivas con la prueba de NEO PI-R en los dominios de Extraversión, Apertura a la experiencia y Conciencia. Las correlaciones negativas del Factor 1 de IE, se observaron con el NEO PI-R en el dominio de Neuroticismo y con la prueba de IDARE tanto en ansiedad Rasgo como Estado.

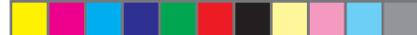
En cuanto al Factor 2 de IE que implica manejar las emociones tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal se correlaciona positivamente con la prueba IDARE en el Factor de Ansiedad Rasgo y se encuentran correlaciones negativas con el dominio de Amabilidad de la prueba NEO PI-R y con el Factor de Actitud Prosocial del Cuestionario de Salud Mental Positiva.

En relación al Factor 3 de IE referente a predecir el cambio emocional tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal, se encontró una correlación positiva con la prueba NEO PI-R en el dominio de Conciencia, así como también se encontró una correlación negativa con Neuroticismo de esta misma prueba.

El Factor 4 de IE que hace referencia a conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área interpersonal, correlaciona positivamente con Extraversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Conciencia del de la prueba la prueba NEO PI-R y con Resolución de Problemas y Autoactualización y Habilidades de Relación Interpersonal del Cuestionario de Salud Mental Positiva.

En cuanto al Factor 5 de IE que implica controlar la distancia emocional en el área Intrapersonal, se encontraron correlaciones negativas con Neuroticismo del NEO PI-R y con Ansiedad tanto Rasgo como Estado del IDARE. También este Factor de IE presenta correlaciones positivas con los dominios del NEO PI-R





de Extraversión, Apertura a la experiencia y Conciencia, y con los factores del Cuestionario de salud Mental positiva de Actitud Prosocial, Integración, Autonomía, Resolución de problemas y Autoactualización y Habilidades de relación interpersonal.

En relación al Factor 6 controlar la distancia emocional en el área interpersonal, se encontraron correlaciones negativas con el Neuroticismo del NEO PI-R y con ansiedad Rasgo del IDARE, así mismo se encontraron correlaciones positivas con Extraversión del NEO PI-R y con los factores Actitud Prosocial, Integración, Resolución de problemas y autoactualización y Habilidades de relación interpersonal del Cuestionario de Salud Mental.

El Factor 7 de IE conocer la expresión emocional en el área Intrapersonal, presenta correlaciones negativas con ansiedad Estado y Rasgo del IDARE y con Neuroticismo del NEO PI-R, con esta última prueba, el Factor 7 de IE presenta correlaciones positivas con Extraversión y Conciencia, así como con los factores del cuestionario de Salud Mental Positiva de Satisfacción Personal, Actitud pro social, Integración, Resolución de problemas y Autoactualización y Habilidades de relación interpersonal.

En cuanto al Factor 8 de IE que se refiere a explicar la sensación de las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, se observa correlaciones negativas con Ansiedad Rasgo del IDARE y con Neuroticismo del NEO PI-R, así como correlaciones positivas con este último instrumento en Extraversión, Apertura a la Experiencia y Conciencia. También se observan correlaciones positivas con el cuestionario de Salud Mental Positiva en los factores de Integración, Resolución de problemas y autoactualización y Habilidades de relación interpersonal.

En relación al Factor 9 de IE, reconocer el cambio emocional tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, se encuentran correlaciones negativas con Ansiedad Rasgo del IDARE y con Neuroticismo del NEO PI-R, así como correlaciones positivas entre el Factor 9 de IE y Extraversión, Apertura a la experiencia y Conciencia del NEO PI-R y con Integración y Resolución de problemas y Autoactualización del Cuestionario de Salud Mental Positiva.





El Factor 10 de IE que implica recordar emociones para acordarse de situaciones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal no se reportaron correlaciones negativas y entre las positivas se obtuvieron con la prueba NEO PI-R en los dominios Extraversión y Apertura a la experiencia y con el Cuestionario de Salud Mental Positiva Resolución de problemas y Autoactualización y Habilidades de relación interpersonal.

En cuanto al Factor 11 de IE que hace referencia a lograr emociones determinadas en el área Intrapersonal, se encuentra correlaciones positivas con el IDARE en el Factor de Ansiedad Rasgo, y con el NEO PI-R en Neuroticismo y Apertura a la experiencia, así como correlaciones negativas con el Cuestionario de Salud Positiva en los factores Satisfacción Personal y Autonomía.

Por último, la escala Total de IE, muestra correlaciones negativas con el Neuroticismo de la prueba NEO PI-R, y correlaciones positivas con esta misma prueba en lo referente a Extraversión, Apertura a la Experiencia y Conciencia, así mismo se obtuvieron correlaciones positivas con la prueba de Salud Mental Positiva con los factores de Integración y Resolución de problemas y Autoactualización.

Comprobación de hipótesis

En cuanto a la comprobación de las Hipótesis:

El instrumento diseñado presenta una confiabilidad significativa para la medición de Inteligencia Emocional, teniendo en cuenta que operacionalmente se establece a través del *Alpha de Cronbach's* (1951) con un coeficiente superior a 0.70 para considerar confiable un instrumento. El EAIE comprueba esta hipótesis ya que obtuvo en su total un coeficiente de 0.986, así como en todos los factores superó el criterio mínimo establecido.

El instrumento diseñado presenta una validez interna significativa de acuerdo con el modelo teórico planteado, teniendo como criterio operacional los resultados del Análisis Factorial





realizado con los ítems incluidos en el instrumento, que cumplan con el criterio de un peso factorial igual o mayor a 0.40. El EAIE comprueba dicha hipótesis ya que todos los reactivos igualaron o superaron este criterio mínimo.

El instrumento diseñado presenta una validez externa significativa de acuerdo a las correlaciones con las pruebas Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R), Cuestionario de la Salud Mental Positiva y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE). Esta hipótesis también es comprobada ya que todas las correlaciones positivas encontradas con la puntuación total del EAIE, se dan con los dominios considerados de salud mental positiva de la prueba NEO PI-R y las correlación negativa se da con el Neuroticismo, considerada una medida negativa de la personalidad, así mismo también se encuentran correlaciones positivas entre la EAIE y el Cuestionario de Salud Mental Positiva. Todas las correlaciones negativas encontradas en los Factores de IE exceptuando cuatro, son coherentes con la validez divergente ya que se dan tanto con el Neuroticismo como con Ansiedad Estado y Rasgo de la prueba de IDARE, así mismo todas las correlaciones positivas encontradas con los factores de IE exceptuando tres; se dieron con los factores que miden tendencias de salud tanto en la prueba de NEO PI-R, como en el Cuestionario de Salud Mental Positiva.

Existen diferencias significativas en los niveles de Inteligencia Emocional de acuerdo con el sexo de los participantes. Esta hipótesis se comprueba parcialmente ya que no se encontraron diferencias significativas en el total de la puntuación de IE, pero sí en seis de los factores de IE en la fase de Piloteo en donde tres factores indicaban una media superior a las de las mujeres y en tres factores las mujeres presentaban una media superior a los hombres. En la fase de experimentación, también se encontraron diferencias significativas en las medias de las puntuaciones, en donde dos favorecían a los hombres y una a las mujeres.

Existen diferencias significativas en los niveles de Inteligencia Emocional de acuerdo con la edad de los participantes. Esta hipótesis no se comprobó, ya que no se encontraron diferencias





significativas por edades, posiblemente debido a que el rango de edad de los sujetos de la muestra no fue suficientemente amplio. Como se observó en el desarrollo del presente capítulo, los resultados son altamente satisfactorios ya que para la EAIE se cumplen adecuadamente los criterios tanto de validez como de confiabilidad, teniendo como prueba final un instrumento de escala Likert de autorreporte que mide las habilidades de la Inteligencia Emocional en 185 reactivos distribuidos en 11 Factores. La razón por la que el modelo hipotético de Salovey & Mayer (1997) de 4 Factores no se mantuvo, es debido a que esta prueba es un modelo parcialmente diferente ya que incluye las dimensiones de Inteligencia Personal propuesta por Gardner (1983) que son la inteligencia Intrapersonal y la Interpersonal, así como se incluyen 6 emociones específicas. Otro motivo por el cual no se mantuvieron los factores originales es debido a la cultura, lo cual, hace la presente escala más valiosa para ser utilizado en Mérida, Yucatán.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La creación de un instrumento que mida la Inteligencia Emocional (IE) es, una tarea compleja, en primer lugar comenzando por la definición adecuada y precisa de este concepto, que aunque este trabajo se adhirió a una en específico, se observa que existen varios modelos con sus definiciones respectivas y como parte de la complejidad se tendría que delimitar lo que es y lo que no es la IE, haciendo a un lado descriptores tan amplios que abarcan aspectos generales de la personalidad y en segundo lugar por la dificultad de desarrollar instrumentos serios que demuestren tanto validez como fiabilidad. Todo lo anterior para tener tan sólo un instrumento de medida ya que posteriormente habría que implementar mecanismos que hagan posible el desarrollo y fomento de la IE con bases científicas, para ello es pertinente retomar el comentario de Carmelo Vázquez cuando afirma que: de lo primero que hay que cuidarse en el estudio de la psicología positiva es de sus propios seguidores; que como se observa en este





caso de la IE, ha sido tanto el auge y la pasión por aportar un poco que se termina por un gran desarrollo que muchas veces carece de sustento científico.

Como se ha visto en este trabajo, la escala se desarrolló a partir del modelo teórico de Salovey & Mayer (1997), pero no es una traducción, ni adecuación de su instrumento TMMS-24 que según los datos estadísticos ha sido por mucho la mejor opción en cuanto a las pruebas de IE clasificadas como “Medidas basadas en cuestionarios, escalas y autoinformes”. Aun así se considera que esta escala intenta subsanar desde su planteamiento ciertas limitaciones del TMMS-24, entre las cuales se encuentra en primer lugar, que da atención a las dos inteligencias personales propuestas por Gardner, tanto a la intrapersonal como la interpersonal y no sólo a la primera como en el instrumento de Salovey & Mayer; otro aspecto que implica más coherencia al modelo original es evaluar los cuatro factores que los autores proponen como habilidades de la IE y que si evalúan en la prueba de habilidad de Inteligencia Emocional (MSCEIT) creada por ellos y no sólo tres factores como se muestra en su escala TMMS-24, de tal forma que en el planteamiento de éste nuevo instrumento que aquí se desarrolla se contemplan 1) La percepción, evaluación y expresión emocional; 2) La emoción como facilitadora del pensamiento; 3) la utilización del conocimiento emocional y 4) La regulación de las emociones; cuyos factores se integraron de acuerdo al jueceo que se llevó acabo de los ítems propuestos.

Siguiendo con la justificación del por qué crear otro instrumento de IE del tipo de “Medidas basadas en cuestionarios, escalas y autoinformes” y en comparación con el TMMS-24, este último no incluye emociones específicas en sus ítems, sino que hace referencia de la palabra emoción, sentimientos, en las habilidades de Atención a los sentimientos y Claridad emocional, mientras que en la tercera habilidad, Reparación de los estados de ánimo, sí hace referencia a la tristeza, sentimientos de malestar, pensamientos positivos, calmarse, buen estado de ánimo, felicidad y enfado, en comparación con la escala aquí presentada la cual se diseñó contemplando el termino emoción o sentimiento en general, así





como seis emociones en específico tomadas de la clasificación de las emociones principalmente de Damasio (2001) & Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor (1987), en la cual se incluyeron alegría, tristeza, ira, asco, miedo, y sorpresa.

En cuanto a los resultados de la fase del piloteo en el análisis inferencial por sexo, se observó que los hombres tuvieron una puntuación significativamente mayor que las mujeres en los Factores 2 manejar las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área interpersonal, 5 control de la distancia emocional en el área Intrapersonal; y 6 controlar la distancia emocional en el área Interpersonal, mientras que las mujeres los aventajaron en los Factores 1 el darse cuenta emocional tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal; 4 conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área Interpersonal y 10 recordar emociones para acordarse de situaciones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal.

Los ítems que contiene el Factor 2 manejan las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, son los diseñados en la fase de piloteo en referencia al Factor 4 regulación de las emociones de Mayer & Salovey, pero no se ubicaron en este Factor 2 de IE todos los ítems diseñados para el Factor 4 teórico. Esta puntuación significativamente más alta en los hombres que en las mujeres en el Factor 2 manejar las emociones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal, es indicativo de que se consideran con mayores habilidades para sí mismo de disfrutar, prolongar y lograr emociones como ira, miedo y asco a voluntad, y según lo considere pertinente. También se consideran con mayores habilidades al sentirse capaces de generar, controlar, hacer que disfruten, hacer que prolonguen, hacer que se alejen y cambiar las emociones de alegría, miedo, tristeza, ira, asco y sorpresa en las demás personas. Lo anterior pudiera explicarse en cuanto a que el hombre tiene una mayor apertura a la experiencia y esto le lleva a explorar en sí mismo emociones consideradas negativas como: ira, miedo y asco, por otro lado, estos resultados nos indican la intencionalidad superior del hombre, sobre la de la mujer por controlar a los otros.





Más adelante se analizarán pormenorizadamente cada una de las correlaciones de IE con los otros instrumentos utilizados, pero conviene explicar ahora que el Factor 2 de IE, muestra una constante correlación que indica aspectos contrarios a la salud como, que a mayor puntaje de este Factor, menor capacidad de satisfacción personal, actitud positiva, amabilidad y mayor ansiedad rasgo. Estos resultados parecen indicar que aunque efectivamente es un Factor de la IE, implica ansiedad al sentir la necesidad de manipular las emociones en las otras personas, así como una falta de empatía hacia estos sujetos, ya que no obstante en los reactivos se plantea la idea de un cambio conveniente dada una situación, no se hace referencia al considerar las intenciones del otro.

En cuanto al Factor 5 Controlar de la distancia emocional en el área Intrapersonal, también se ubican estos ítems en el Factor 4 propuestos por Mayer y Salovey, en este caso el Factor 5 que supone una diferencia significativa a favor de los hombres, implica que creen tener mayor habilidad para apartarse, controlar y cambiar las emociones de alegría, miedo, tristeza, ira, asco en uno mismo.

El otro Factor en que se obtuvieron resultados significativamente superiores en los hombres es en el 6 Controlar la distancia emocional en el área Interpersonal, que de la misma manera que los anteriores, también se ubican estos ítems en el Factor 4 propuestos por Mayer & Salovey. Estos resultados son indicativos de que el hombre se percibe con mayores habilidades para lograr efectivamente influenciar sobre las emociones como alegría, miedo, tristeza, ira, a los demás.

Se observa en el análisis inferencial que los tres factores en donde los hombres fueron superiores a las mujeres, hacen referencia a la regulación de las emociones que consiste en la capacidad de emitir conductas que impliquen las emociones que se desean, mantener los estados de ánimo deseados o utilizar estrategias de reparación emocional. Lo cual incluye el estar abierto a la experiencia emocional (agradable y desagradable), el controlar y reflexionar sobre las emociones y el implicarse, prolongar y/o distanciarse de los estados emocionales. Tanto a nivel intrapersonal





nal como interpersonal, a pesar de que no se pueden tomar estos tres Factores (2, 5, 6) como uno solo ya que cada uno de éstos muestra sus particularidades que se explicaron en los párrafos anteriores.

Por su parte, las Mujeres tuvieron una puntuación significativamente mayor que los hombres en los Factores 1 El darse cuenta emocional tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal; 4 Conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área Interpersonal y 10 Recordar emociones para acordarse de situaciones tanto en el área Intrapersonal como en el área Interpersonal.

El concepto de IE de la que se ocupó esta investigación es probablemente una de las opciones que actualmente se tienen para lograr niveles de salud mental, ya que por un lado son los aspectos personales los que nos ayudan a una interpretación más favorable del entorno, un mayor conocimiento de uno mismo, así como una herramienta para acercarnos o alejarnos de las emociones según convenga y todo esto implica que a nivel personal se puede utilizar para mejorar nuestra relación con el entorno y las otras personas y así sacar la mayor ventaja de estas relaciones.

En relación a lo anterior, la corriente cognitiva afirma que una persona podría interpretar la misma situación de estimulación psicológica como alegría o cólera, o cualquier otro estado emocional, dependiendo de su propia interpretación de la situación. De ahí la relevancia de la frase del filósofo griego Epícteto, la cual dice que: las personas no se perturban por los acontecimientos, sino por lo que creen acerca de los acontecimientos. Por tanto, para Ellis (1999), lo que genera las consecuencias emocionales negativas perturbadoras, no son los hechos en sí, sino las cogniciones a las cuales este autor les llama *creencias irracionales*; por ello, en la medida que las personas sean inteligentes a nivel emocional, lo cual incluiría un mejor manejo de los pensamientos, entonces, estas personas estarían menos perturbados y tendrían mayor satisfacción consigo mismos y con el entorno.

Si bien este trabajo no pretendió abordar la modificación o desarrollo de las habilidades de la IE, sí tuvo como objetivo presentar





una manera funcional y novedosa para evaluar la IE, integrando varios aspectos que se consideraron importantes al momento de estudiarla, así como cumplir con los criterios tanto de validez como de confiabilidad, esto dio como producto de esta tesis una Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE).

Éste modelo de evaluación se fundamentó principalmente en el modelo de IE de Salovey & Mayer, las inteligencias personales de Gardner, así como la clasificación de las emociones principalmente de Damasio; & Shaver, Schwartz, Kirson & O'Connor, de las cuales se elaboraron una serie de enunciados (afirmaciones) en las que todas se ubicaron en alguna de las habilidades de la IE, y en alguna de las inteligencias personales (Intrapersonal, Interpersonal) abarcando también las seis emociones (Alegría, Tristeza, Ira, Asco, Miedo y Sorpresa) consideradas primarias, así como enunciados que se referían a la emoción en general.

La EAIE se estructuró como una prueba autoinformada, debido a las ventajas que tiene este modo de evaluación como lo económico y el hecho de que la autoeficacia, en palabras de Bandura (1997), es la creencia que las personas tienen acerca de sus capacidades que se requieren para alcanzar determinados tipos de rendimiento, y se ha demostrado su valor predictivo con relación a variables significativas del comportamiento vocacional, tales como rendimiento académico y elección de carreras. Por tanto se consideró que una prueba de autoinforme no necesariamente se encuentra limitada por la Deseabilidad en comparación con las Pruebas de Habilidad.

Entre los resultados más destacados esta que en el análisis discriminativo todos los reactivos discriminan al 99%; en cuanto al análisis factorial se obtuvieron 11 Factores que reportan una significancia inter ítem de .40 y el Alfa de Cronbach's de .982, los resultados son altamente satisfactorios ya que para la EAIE se cumplen adecuadamente los criterios tanto de validez como de confiabilidad, teniendo como prueba final un instrumento de escala Likert de autoinforme que mide las habilidades de la Inteligencia Emocional en 185 reactivos distribuidos en 11 Factores. La razón por la que del modelo hipotético de Salovey & Mayer (1997) de cuatro factores no se preservó, es probablemente debido a que





esta prueba es un modelo parcialmente diferente ya que incluye las dimensiones de Inteligencia Personal propuesta por Gardner (1983) que son la inteligencia Intrapersonal y la Interpersonal, así como se incluyen seis emociones específicas. Otro motivo por el cual no se mantienen los factores originales es debido a la cultura, lo cual, hace a la presente escala más valiosa para ser utilizada en el medio en que se elaboró.

También se constata la validez de criterio por que la mayoría de las correlaciones de los factores de IE muestran direcciones en el mismo sentido que los factores o competencias positivas de las pruebas utilizadas, como es el caso de la prueba de Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R) y con la Construcción de una Escala para Evaluar la Salud Mental Positiva, y correlaciones en sentido inverso respecto a la ansiedad que se evaluó con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Estas correlaciones indican que fueron significativas, en la dirección correcta (positiva o negativa) según los factores pero que no se dieron con mucha fuerza ya que estuvieron por debajo del 0.25 en el grado de significancia, lo cual indica que no son pruebas que midan lo mismo ya que la EAIE se basa como ya se ha comentado en habilidades autoinformadas y las otras pruebas aquí utilizadas, están más en la línea de personalidad.

Por tanto se corroboraron todas las hipótesis exceptuando la Ha5: Existen diferencias significativas en los niveles de Inteligencia Emocional de acuerdo con la edad de los participantes. Esta hipótesis no se comprobó, ya que no se encuentran diferencias significativas por edades, posiblemente porque el rango de edad de los sujetos de la muestra no es suficientemente amplio.

Otros datos importantes es que en los Factores exclusivamente Interpersonales como el 2, 4, 6 y 11, ninguno correlacionó negativamente con Ansiedad Estado, lo cual implica las altas habilidades de Inteligencia Interpersonal, no es un indicador necesario de baja Ansiedad Estado; en este mismo sentido, ningún Factor que incluya de manera exclusiva o combinada la dimensión Intrapersonal, como son los Factores 1, 3, 5, 7, 9 y 10, correlaciona de manera positiva con la amabilidad, lo cual tiene sustento ya que





lo Intrapersonal en este caso, está mostrando independencia de lo Interpersonal el cual si correlaciona en el Factor 4 con Amabilidad y como se explico anteriormente, es posible tomar la dimensión Intrapersonal como prerrequisito de la Interpersonal, sin que esta refleje completamente los aspectos Intrapersonales.

También es importante aclarar que el Factor 2 de la EAIE posee validez interna y de contenido para la evaluación de la IE, pero no parecen corresponder a un criterio de salud, la explicación de este hecho es que esta prueba está basada en habilidades y no en personalidad, por tanto si entendemos la IE como habilidad no necesariamente se tiene que apegar a aspectos de salud personal como la empatía o estar separada de aspectos como la ansiedad, de tal modo que alguien poco empático y con altos niveles de ansiedad puede ser una persona con alto nivel de IE en estos factores. Se puede decir que el término empatía que se evalúa tanto en el dominio de Amabilidad como en el factor de Actitud Prosocial, no sólo implica la característica conocida de entender qué siente el otro, sino una intencionalidad de hacer el bien; por lo tanto, estas habilidades de manipulación de las emociones para el logro de un objetivo planteados en los Factores 2 y 11 de IE pudiera explicarse efectivamente como una habilidad de la IE pero sin el componente de hacer el bien, ya que como menciona García (2001) el tener una “teoría de la mente” la cual poseemos todos, nos hace suponer los estados mentales como son las opiniones, creencias, deseos, intenciones, sentimientos, emociones, etc. y a partir de esto nuestras conductas se rigen esperando obtener el resultado que queremos, lo cual no necesariamente estaría apegado a hacer el bien a otros. Esto pudiera explicar de algún modo el por qué los Psicópatas pueden interferir negativamente con otras personas, para cumplir con sus objetivos, en palabras de Robert Hare en el libro: *El alma esta en el cerebro*, de Punset (2006), la mayoría de los psicópatas se manifiestan mediante el desarrollo de la manipulación y el engaño con las otras personas y para lograr esto de manera efectiva se requiere de ciertas habilidades, que bien pudieran ser éstas. Por ello hay que remarcar, que ésta es una escala de autorreporte de habilidades de la IE y no de personalidad.





Dada la explicación anterior y teniendo en cuenta que lo esperable es que la IE se correlacione con la salud mental, es importante hacer énfasis que prácticamente todos los factores de la EAIE incluyendo la puntuación total de la prueba mantienen una relación concordante con los criterios de salud, un Factor discordante, el 2 y otro más, el 11 parcialmente discordante, con lo cual hace prevalecer la orientación de características saludables que mide esta Escala y esto concuerda con los hallazgos de Salovey (2001) & Fernández-Berrocal, Ramos & Extremera (2001), los cuales hacen referencia a que las investigaciones sobre la IE percibida han mostrado relaciones con respecto a medidas de bienestar como la depresión, la ansiedad, la salud física y mental. Las personas con desajuste emocional presentan un perfil caracterizado por una alta atención a sus emociones, baja claridad emocional y la creencia de no poder modificar sus estados emocionales, así como existen evidencias que indican que la IE permitiría elaborar e integrar de manera correcta los pensamientos intrusivos y rumiativos que acompañan habitualmente a los sucesos altamente estresantes, así como a aquellos otros que obedecen a un estrés normal y están presentes en población no clínica.

Con el propósito de plantear una línea de investigación a futuro, es importante recordar la relación entre inteligencia y creatividad, en el sentido de que, la inteligencia es el prerequisite de la creatividad pero con ciertas limitaciones. Barron, (1961), Getzels & Jackson (1962) & Torrance (1962) observan que, a partir de un Coeficiente Intelectual elevado, puede existir una muy baja correlación entre inteligencia y creatividad, lo cual se interpreta en el sentido de que no todos los inteligentes son creativos, pero sí las personas que muestran creatividad con regularidad son inteligentes. En este sentido si hablamos de las Inteligencias Múltiples podríamos hablar de la creatividad en cada uno de los campos planteados por Gardner, de tal forma que si bien ya se encuentra en un camino claro el estudio de la IE, ahora se propone el estudio de la Creatividad Emocional, que implica productos originales, novedosos y solucionadores de problemas que a nivel interpersonal los productos serían los generadores de emociones probablemente



en el campo de las artes y de la psicoterapia, mientras que a nivel intrapersonal pudieran ser habilidades que faciliten el *insight*, para ello se tendría que utilizar el conocimiento que se tiene de la creatividad y traerlo al campo de las emociones, lo cual seguiría pegado a la idea de desarrollar la Salud Mental Positiva.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Buendía, L., Colás, P. & Hernández, F. (1998). *Métodos de investigación en Psicopedagogía*. Madrid, McGraw-Hill.
- Cohen, R. & Swerdlik M. (2001). *Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y medición*. México D.F: McGraw Hill.
- Cronbach, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Damasio, R. A. (2003). *El error de Descartes. La emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Editorial Biblioteca de bolsillo.
- Dorsch, F., (2002) *Diccionario de Psicología*. Madrid: Herder
- Extremera, N. & Fernández, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista electrónica de investigación educativa*, 6(2), Disponible en: <http://redie.uabc.mx/contenido/vol6no2/contenido-extremera.pdf>.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós.
- García, E. (2001). *Creatividad, cerebro, mente y cultura. Educación Desarrollo y Diversidad Vol. 3*. Madrid: Separata.
- García, E. (2001). *Mente y cerebro*. Madrid: Síntesis.
- Gardner, H. (1993). *Multiple intelligence: The theory in practice*. New York: Basic Books.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (2000). Emotional Intelligence: Issues in paradigm building. En Cherniss, C. & Goleman D. (Ed.), *The emotionally intelligent workplace* (13-26). New York: Wiley.
- Jimenez, E. (2009). *Inteligencia emocional en la solución de conflictos. AECC-HRU. Carlos Haya*.
Disponible en: http://www.carloshaya.net/recursoshumanos/files/inteligencia_elena.pdf.
- Mayer, J. D., Caruso, D. & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Punset, E. (2006). *El alma esta en el cerebro*. Madrid: Aguilar.
- Shaver, P., Schwartz, J., Kirson, D. & O'Connor, C. (1987). Emotion Knowledge: Further exploration of a Prototype approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1061-1082.
- Salovey, P. & Mayer, J. M. (1990), Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Tornimbeni, S., Pérez, E. & Baldo, M. (2000). *Introducción a los test Psicológicos*. Córdoba: Brujas.



FACTORES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA ESCOLAR EN ADOLESCENTES

*María Elena Villarreal González**

*Juan Carlos Sánchez Sosa**

*Gonzalo Musitu Ochoa***

**Universidad Autónoma de Nuevo León*

***Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España*

El presente capítulo tiene como propósito general ofrecer una perspectiva teórica general sobre la violencia escolar. Para ello, en primer lugar, analizaremos la definición de violencia escolar, así como su clasificación, formas y funciones de la violencia; delimitando la diferencia entre violencia escolar y bullying o acoso entre iguales. Seguidamente, describiremos las características de los agresores o bullies y de las víctimas. Finalmente, examinaremos los diversos contextos de desarrollo individuales, familiares, escolares y sociales relacionados con la presencia de la violencia escolar.

En los últimos años se viene constatando en diversos países, un problema que está preocupando a las autoridades administrativas, educativas, padres de familia y la sociedad en general, por sus implicaciones y las consecuencias que esto ocasiona y nos referimos a la violencia escolar, es un problema que ha adquirido una magnitud considerable, observamos como los adolescentes día con día, se involucran en estos comportamientos en sus escuelas cada vez con más frecuencia.

Inicialmente, la violencia escolar asumía la forma de actos vandálicos leves, como la rotura de cristales o las pintadas en pa-





redes; sin embargo, los estudios actuales vienen a confirmar que esta problemática tiende hacia patrones de conducta más graves relacionados con la violencia física y verbal hacia profesores y compañeros. Debido a su importancia creciente en nuestro contexto, dedicamos los siguientes apartados para analizar la violencia escolar, clasificación de la violencia, el acoso entre escolares -conocido internacionalmente como bullying-, describir las características de los agresores o bullies y sus víctimas, y examinar la influencia de las variables familiares, escolares y sociales en relación con la violencia.

QUÉ SE ENTIENDE POR VIOLENCIA Y POR VIOLENCIA ESCOLAR

El término violencia designa una conducta que supone la utilización de medios coercitivos para hacer daño a otros y/o satisfacer los intereses del propio individuo (Ovejero, 1998; Trianes, 2000). La violencia escolar es un tipo de comportamiento que se presenta, en la que los actores principales son niños y adolescentes y de que tiene lugar en escuelas e institutos, es decir, en escenarios donde permanecen juntos varias horas al día y durante varios años. Por tanto, un alumno violento/agresivo en la escuela es aquél cuya manera de comportarse supone el incumplimiento de las normas escolares y sociales que rigen la interacción en el aula y centro educativo, con la expresión de diversas conductas punitivas para los demás (Marín, 1997).

CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

La violencia se clasifica entre la dimensión *comportamental* que hace referencia a la violencia hostil para hacer daño; y la dimensión *intencional* que hace referencia a la violencia instrumental, en satisfacer los intereses propios. Más detalladamente y siguiendo a



Anderson & Bushman (2002), la violencia *hostil* hace referencia a un comportamiento impulsivo, no planeado, cargado de ira, cuyo objetivo principal es causar daño y que surge como una reacción ante una provocación percibida; la violencia instrumental, por su parte, se considera como un medio premeditado para alcanzar los objetivos y propósitos del agresor y no se desencadena únicamente como una reacción ante la existencia de una provocación previa. La violencia escolar se presenta con agresiones manifiestas, relacionales, reactivas o proactivas, y que obedecen a distintas razones, como por ejemplo (Fagan & Wilkinson, 1998)

1. Conseguir o mantener un estatus social elevado; algunos líderes de grupo son precisamente aquellos adolescentes que más destacan por sus conductas violentas.
2. Obtener poder y dominación frente a otros compañeros.
3. Ejercer de “justicieros” imponiendo sus propias leyes y normas sociales frente a las ya existentes y que consideran inaceptables o injustas.
4. Desafiar a la autoridad y oponerse a los controles sociales establecidos y que ellos interpretan como opresores.
5. Experimentar conductas nuevas y de riesgo, para lo que seleccionan ambientes donde se brindan oportunidades para ejercer comportamientos violentos.

Otras clasificaciones más recientes y complejas del comportamiento violento hacen una distinción doble y diferencian entre varias formas de violencia (por ejemplo, directa, física o manifiesta versus indirecta, verbal o relacional), y entre varias funciones de la violencia (reactiva o defensiva versus ofensiva, proactiva o instrumental) (Griffin & Gross, 2004; Little, Brauner, Jones, Nock & Hawley, 2003a; Little, Jones, Henrich & Hawley, 2003b), tal y como observamos en la tabla siguiente:



Formas y Funciones de la Violencia (Little y colaboradores, 2003a, 2003b)

FORMAS DE VIOLENCIA:

- La *violencia directa o manifiesta* se refiere a comportamientos que implican una confrontación directa hacia otros con la intención de causar daño (empujar, pegar, amenazar, insultar...).
- La *violencia indirecta o relacional* no implica una confrontación directa entre el agresor y la víctima (exclusión social, rechazo social, difundir rumores...) y se define como aquel acto que se dirige a provocar un daño en el círculo de amistades de otra persona o bien en su percepción de pertenencia a un grupo.

FUNCIONES DE LA VIOLENCIA:

- La *violencia reactiva* hace referencia a comportamientos que suponen una respuesta defensiva ante alguna provocación. Esta agresión suele relacionarse con problemas de impulsividad y autocontrol y con la existencia de un sesgo en la interpretación de las relaciones sociales que se basa en la tendencia a realizar atribuciones hostiles al comportamiento de los demás.
- La *agresión proactiva* hace referencia a comportamientos que suponen una anticipación de beneficios, es deliberada y está controlada por refuerzos externos. Este tipo de agresión se ha relacionado con posteriores problemas de delincuencia, pero también con alto niveles de competencia social y habilidades de líder.

Serrano & Iborra (2005) distinguen entre violencia escolar y acoso. Consideran que violencia escolar es cualquier tipo de violencia que se dé en los centros escolares, ya sea dirigida al alumnado, al profesorado o a los objetos, y que puede ser puntual u ocasional. Señalan, así mismo, la existencia de varios tipos o categorías de violencia





escolar, concretamente maltrato físico, maltrato emocional, negligencia, abuso sexual, maltrato económico y vandalismo. Se refieren a acoso, cuando la violencia escolar que es repetitiva y frecuente, tiene la intención de intimidar u hostigar a las víctimas.

Los problemas de violencia escolar están relacionados con factores individuales, familiares, escolares y sociales; dentro de los factores *individuales* podemos citar los relacionados con las características biológicas como la influencia genética y características psicológicas como el grado de autoestima y de bienestar emocional de la persona.

Entre los principales factores *familiares* destacan la actitud favorable de los padres hacia la violencia, la presencia de frecuentes conflictos familiares, la utilización de un estilo educativo poco democrático, la falta de comunicación familiar, la falta de apoyo y cariño entre los miembros de la familia. Los factores *escolares* más estudiados en la literatura científica han sido la organización e ideología del centro, la relación del adolescente con el profesor, las estrategias disciplinares del aula, el trato desigual de los profesores en relación con el logro académico de los alumnos, la formación de grupos en el aula en función del rendimiento escolar, la intolerancia hacia los alumnos diferentes (por su etnia, su orientación sexual...) y la afiliación con iguales desviados en la escuela. Finalmente, entre los factores *sociales* se ha estudiado fundamentalmente la influencia de los medios de comunicación, y especialmente de la televisión, en la conducta agresiva de niños y adolescentes.

FACTORES INDIVIDUALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA ESCOLAR

Es habitual en la literatura científica identificar esta fase del desarrollo biopsicosocial del individuo como una de las etapas más importantes. Y es que, la adolescencia presenta una serie de características que no son fáciles de encontrar en otras fases del ciclo vital. Entre éstas se destacan la brevedad y rapidez de los





cambios que se producen, en donde el adolescente se encuentra en un momento de búsqueda de una imagen que no conoce, en un mundo que apenas comprende y con un cuerpo que está comenzando a descubrir. Si en el ámbito fisiológico los cambios son evidentes, en el ámbito psicológico las transformaciones son demasiado notorias (Frydenberg, 1997).

Coleman & Hendry (2003) consideran a la adolescencia como un momento de transición y resumen una serie de implicaciones que dicha transición conlleva: una anticipación entusiasta del futuro; un sentimiento de pesar por el estado que se ha perdido; un sentimiento de ansiedad en relación con el futuro; un reajuste psicológico importante; un grado de ambigüedad de la posición social durante la transición.

Esa transición va a provocar cambios en las relaciones de los adolescentes con los otros, así como en el ámbito escolar, ya que van a pasar de la escuela elemental a la secundaria y en muchas ocasiones es el momento en el que tienen que tomar decisiones acerca de su futuro académico y profesional, jugando así un papel crucial para su autodefinición (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001).

Como hemos visto la adolescencia es un periodo de grandes transformaciones en diferentes esferas de la vida, tales como; cambios físicos, sociales, cognitivos y psicológicos. Moffitt (1993) subraya el hecho de que en la adolescencia se produce un “lapso” o “salto” madurativo. Es un momento que se define como difícil y complejo, tanto para los propios jóvenes como para sus padres, ya que para el adolescente está suponiendo una transición hacia su madurez personal y en la cual experimenta una serie de nuevas experiencias y de reajustes sociales, así como la búsqueda de su propia independencia. Por lo tanto, los adolescentes se encuentran en un momento caracterizado como de cierta indefinición personal, que a su vez viene acompañado por el deseo de conquistar el estatus adulto y alejarse de los roles infantiles.

Moffitt (1993) propuso que en la adolescencia existen dos rutas para cometer actos antisociales: (1) la ruta transitoria y (2) la ruta persistente, (estos últimos, correspondientes a la minoría





dentro de la población). Estos comportamientos se caracterizan por la aparición temprana (incluso desde la edad preescolar) y persistente de un conjunto de problemas de comportamiento que irían escalando en frecuencia y severidad; y si bien cambian en sus manifestaciones según la edad, correspondía al mismo tipo de problema. Por ejemplo, la agresión en la edad preescolar podría manifestarse como rabietas, en la edad escolar como destructividad y agresión hacia otros en la adolescencia. Postula que los transitorios en la adolescencia corresponden a la gran mayoría de jóvenes que alguna vez se han involucrado en actividades violentas y se distinguen porque carecen de problemas de conducta notorios durante su niñez. La confluencia de estos dos grupos explicaría por qué se observan tasas de participación en conducta violenta especialmente altas durante la adolescencia. La desaparición del grupo de los transitorios explicaría el descenso que se observa en estas tasas luego de la adolescencia.

Estas conductas son en gran parte expresiones de una búsqueda y consolidación de autonomía y, por lo tanto, constituyen tareas evolutivas normativas en este período del ciclo vital. Por otro lado, un pequeño grupo se implica en conductas antisociales siendo el resultado de un proceso previo y parte de una trayectoria persistente, en la cual están implicados de forma acumulativa procesos como una socialización negativa, fracaso escolar, etc., en ambos casos se observan factores contextuales (familiares, sociales y comunitarios) que facilitan o inhiben la expresión de este tipo de conductas (Musitu, Jiménez, Estévez & Villarreal-González, 2009).

Además de los factores contextuales, las variables psicosociales son de suma importancia para explicar la violencia escolar, Musitu, Buelga, Lila & Cava (2001), afirman que la autoestima es la forma en que cada persona evalúa el concepto que tiene de sí misma y que representa las consecuencias del diálogo interno que mantiene al valorar el mundo que le rodea y su posición ante la sociedad. Este es un recurso con el que cuentan las personas para afrontar las situaciones difíciles y los acontecimientos vitales a lo largo del desarrollo.



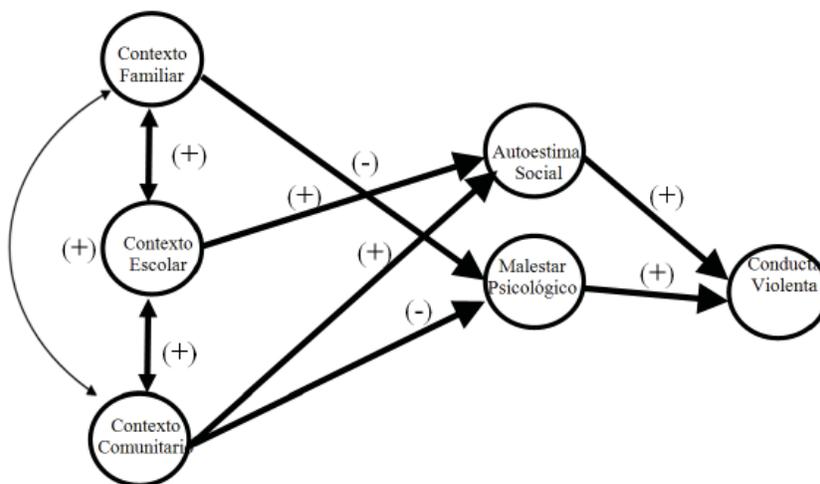


Generalmente, una elevada autoestima durante la adolescencia se ha señalado como un importante factor de protección frente a problemas emocionales y dificultades comportamentales (Cava, Musitu & Vera, 2000; Hanter, 1990). Sin embargo, su relación no está del todo clara en el caso de las conductas violentas en la adolescencia (O'Moore & Kirkham, 2001), puesto que algunos autores señalan que los adolescentes agresivos presentan una autoestima más baja mientras otros afirman que los agresores suelen valorarse positivamente a sí mismos (Olweus, 1998).

Los adolescentes con problemas de integración social en la escuela presentan normalmente más problemas de salud mental, esto es, más síntomas psicósomáticos y puntuaciones más elevadas en medidas de depresión, ansiedad y estrés, en comparación con aquellos adolescentes que se encuentran integrados y son aceptados por sus iguales (Guterman, Hahm & Cameron, 2002; Hawker & Boulton, 2000; Juvonen, Nishina & Graham, 2000; Kaltiala-Heino, Rimpela, Rantanen & Rimpela, 2000; Rigby, 2000).

Villarreal-González, Sánchez-Sosa & Musitu-Ochoa (2010) encontraron en un trabajo realizado con 1,285 adolescentes escolarizados de nivel secundaria y preparatoria que el contexto familiar definido por la apertura en la comunicación con el padre y la madre inhibe la presencia de la violencia escolar, mediados por la sintomatología depresiva y el estrés percibido (malestar psicológico); el contexto escolar explicado por el rendimiento y las expectativas académicas, así como el contexto comunitario determinando por la integración y participación comunitaria se relacionan positivamente con la autoestima social, y esta a su vez con la conducta violenta. Este modelo explica un 66 % de varianza con respecto a la violencia escolar.





FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA ESCOLAR

Desde las primeras investigaciones realizadas en los años ochenta, se ha venido constatando la importancia de los ámbitos familiar y escolar en la explicación de la conducta violenta (Olweus 1998; Gázquez, Cangas, Pérez-Fuentes, Padilla & Cano, 2007). En la misma línea afirman Eccles, Midgley, Wigfield, Buchanan & Reuman (1993) que la conducta violenta se debe de considerar como una cuestión más específica del desarrollo que incluye factores tales como la escuela y los entornos familiares próximos.

Respecto del contexto familiar, estudios previos señalan, por ejemplo, que el ambiente familiar negativo caracterizado por los problemas de comunicación entre padres e hijos adolescentes, constituye uno de los factores familiares de riesgo más estrechamente vinculados con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos tales como la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y estrés (Field, Diego & Sanders, 2001; Garber, 1996; Liu, 2003). Como contrapartida, la comunicación familiar abierta y fluida, es decir, el intercambio de puntos de vista de manera clara,



respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos (Maganto & Bartau, 2004), ejerce un fuerte efecto protector ante los problemas de salud mental e incide positivamente en el bienestar psicológico del adolescente (Cava, 2003; Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001). Musitu, Martínez & Murgui (2006) realizaron un estudio con 733 adolescentes escolarizados que viven con el padre y la madre (familia nuclear), y encontraron que el conflicto marital presenta una relación negativa con la percepción del adolescente de apoyo del padre y de la madre. Ambos factores muestran una relación positiva con la autoestima social del adolescente, que a su vez influye positivamente en el ajuste escolar. Por otro lado, el conflicto marital muestra una relación positiva con la expresión de conductas violentas en los hijos adolescentes y con el apoyo del padre, el cual también influye en la violencia escolar. La violencia escolar, a su vez, se encuentra negativamente asociada con el ajuste escolar. Este modelo explica el 15% de la varianza del ajuste escolar en adolescentes.

Una de las variables que con mayor frecuencia suele relacionarse con el ajuste psicosocial de los adolescentes es la comunicación familiar (Musitu, Buelga, Lila & Cava, 2001; Rodrigo et al, 2004). El interés por analizar las variables familiares se derivaría, por tanto, no sólo de su posible influencia directa en la violencia escolar, sino también del hecho de que la familia puede incidir en determinadas variables individuales directamente relacionadas con estas conductas.

Estévez, Musitu & Herrero (2005) encontraron que los adolescentes que informan tener problemas de comunicación con los padres experimenta mayores problemas de síntomas depresivos y estrés (malestar psicológico), en cambio la existencia de una comunicación abierta con los padres está asociada positivamente con la autoestima escolar del hijo/a, lo cual a su vez se relaciona negativamente con la depresión y el estrés, este modelo explica un 53.6 % de la varianza.

Tanto los problemas de comunicación familiar como la existencia de conflictos entre padres e hijos se han asociado con distintos índices de ajuste en la adolescencia. Así, la comunicación familiar





positiva y fluida se ha relacionado con el bienestar psicológico, elevada autoestima y el autoconcepto positivo de los hijos adolescentes en distintas facetas como la emocional, la social y la académica (Musitu & Molpeceres, 1992).

Los estudios señalan que las madres suelen ser descritas como más abiertas a escuchar los problemas y sentimientos de los hijos (Forehand & Nousiainen, 1993; Noller & Callan, 1991; Shek, 2000). No obstante, los adolescentes suelen informar de más conflictos con la madre que con el padre, aunque al mismo tiempo declaren tener con ella más interacciones positivas (Jackson, Bijstra, Oostra & Bosma, 1998; Noller & Callan, 1991). Por tanto, los datos existentes sugieren que la interacción entre madres e hijos adolescentes es más frecuente e íntima, pero al mismo tiempo más conflictiva (Oliva & Parra, 2004).

Además del medio familiar, el ámbito exosistémico escolar representa un escenario muy significativo en la vida del adolescente y, por tanto, su experiencia en este ámbito parece ser un importante factor relacionado con el ajuste y la violencia, una característica de la educación formal es la pobre participación de los alumnos en un sistema del que, sin embargo, forman parte (Musitu, 2002).

FACTORES ESCOLARES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA ESCOLAR

En la adolescencia es cuando aumenta la implicación en la conducta violenta, para Estévez, Jiménez & Musitu (2007), estos adolescentes suelen asociarse en su entorno escolar con iguales desviados que los aceptan y que son como ellos en conducta, valores y actitudes (Hymel, Wagner & Butler, 1990). Esta asociación contribuye a la elaboración de códigos y normas propios que refuerzan sus conductas e incrementa la probabilidad de que la desviación se agrave (Fergusson, Woodward, & Horwood, 1999; Simons, Wu, Conger & Lorenz 1994; Vitaro, Brendgen & Tremblay, 2000).

Popper & Steingard (1996) han sugerido en esta línea que un pobre ajuste persona-entorno para el adolescente (en casa o en la





escuela), puede explicar el incremento de este tipo de conductas en la adolescencia. Estos autores, ponen de manifiesto que a medida que los niños crecen y tienen mayor nivel educativo, desean más participación en la escuela y en la toma de decisiones familiares. Sin embargo, al tener pocas oportunidades en este sentido, se implican en conductas de riesgo con el fin de expresar su necesidad de autonomía. El comportamiento desviado del adolescente se explica por tanto por el fracaso de la escuela y de la familia en asumir las necesidades crecientes de autonomía y control del adolescente.

Lo habitual es encontrarnos que los alumnos apenas intervienen en las decisiones relativas a los aspectos organizativos de la escuela, que tanto influyen en la cultura del centro y en el proceso de enseñanza/aprendizaje, aunque sí experimentan las consecuencias derivadas de estas decisiones. Esta contradicción es especialmente importante cuando los alumnos alcanzan la adolescencia, puesto que en esta etapa el deseo de participar en los procesos de toma de decisiones aumenta, al tiempo que se produce un mayor cuestionamiento de las reglas establecidas. Además, las características propias de la organización de los centros de enseñanza, conjuntamente con la cultura del centro, influyen en la percepción que tienen los alumnos de éste, así como en la expresión de comportamientos de tipo disruptivo (Fernández, 1993; Henry et al., 2000).

En particular, la deficiente organización de normas y reglas, la orientación autoritaria versus democrática del centro o la masificación de los estudiantes en las aulas, destacan como los principales factores que favorecen este tipo de comportamientos poco deseables en el contexto escolar.

La violencia escolar podría ser una respuesta de los adolescentes ante un entorno que consideran injusto y poco útil para sus vidas y sobre el que, además, se sienten impotentes para llevar a cabo el más mínimo cambio.

Estas conductas impiden el normal desarrollo de la enseñanza y afectan gravemente a las relaciones interpersonales de profesores y





alumnos (Olweus, 1998, 2005; Smith & Brain, 2000; Trianes, 2000). Su elevada incidencia (Cerezo, 1999; Ortega & Mora-Merchán, 2000; Solberg & Olweus, 2003), así como las consecuencias negativas que tienen tanto para las víctimas como para los agresores (Estévez, Musitu & Herrero, 2005; Guterman, Hahn & Cameron, 2002), ha propiciado el incremento de los estudios dirigidos a analizar qué factores influyen en su desarrollo, fundamentalmente durante la etapa de la adolescencia en la que estas conductas resultan más graves y problemáticas.

Estévez, Murgui, Moreno & Musitu (2007), en un estudio realizado con 1,049 adolescentes de secundaria, encontraron una estrecha asociación entre la calidad de la comunicación con el padre y el comportamiento violento, así como entre las expectativas que el profesor tiene del alumno y la actitud del adolescente hacia la autoridad institucional. Además, la actitud positiva hacia la autoridad institucional muestra una fuerte relación negativa con el comportamiento violento en la escuela. Este modelo muestra un 34 % de varianza explicada con la violencia escolar.

Moral, Sánchez-Sosa & Villarreal-González (2010) encontraron en relación al ajuste escolar correlaciones significativas en relación al rendimiento escolar y falta de expectativas académicas y promedian mejor los estudiantes de preparatoria que los de secundaria, afirman estos autores que podrían deberse a que están motivados por una mayor madurez y en menor medida pudiese influir las expectativas académicas, la cual se espera que esté más definida en estudiantes de preparatoria, asimismo, en relación a la comunicación familiar, se encontró correlaciones significativas y sugieren que las relaciones son más influyentes con la madre que con el padre en el ajuste escolar.

Martínez-Ferrer, Murgui-Pérez, Musitu-Ochoa & Monreal-Gimeno (2008) estudiaron una muestra de 1068 alumnos de nivel de secundaria, de edades entre 11 y 16 años, encontraron una relación positiva y significativa entre la percepción de injusticia en la escuela, la minusvaloración de los estudios con la violencia escolar. Además, las autoestimas escolar y familiar también ejercen una influencia, en este caso negativa, en la violencia escolar





de modo que los adolescentes con una baja autoestima familiar o escolar tienden a expresar este tipo de conductas. Finalmente, el apoyo del padre se asocia negativamente con la violencia escolar, es decir, un alto apoyo percibido del padre se relaciona con una baja violencia escolar. Este modelo muestra un 25 % de varianza explicada con la violencia escolar.

Sobre esta misma línea en relación al contexto escolar Villareal-González (2009), encontró que entre mayor son los problemas de integración escolar, autoestima social, problemas de comunicación con la madre, aislamiento comunitario, estrés percibido y sintomatología depresiva mayor es la probabilidad de presentar conducta violenta. En cambio adolescentes no violentos puntúan mejor en las expectativas académicas y rendimiento escolar. Este modelo tiene una capacidad predictiva de un 85.8%.

FACTORES SOCIALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA ESCOLAR

Además, cuando un adolescente pertenece a uno de estos grupos violentos, mantiene menos interacciones positivas con otros compañeros y disminuye sus posibilidades de aprender habilidades sociales adecuadas. Por otro lado, el agresor sabe que casi con toda seguridad saldrá impune de su conducta, puesto que ni las víctimas ni los “espectadores” suelen denunciar a los profesores estos hechos por miedo a represalias (Rodríguez, 2004).

De este modo, estos adolescentes satisfacen su necesidad de sentirse integrados y aceptados, al tiempo que ceden a la presión ejercida por el grupo, asumiendo un comportamiento violento. Una vez que se ha constituido este grupo, las interacciones positivas con otros iguales se encuentran limitadas, lo que conduce a la perpetuación tanto del aislamiento como de la violencia (Espelage, Holt, & Henkel 2003; Fergusson, Woodward & Horwood, 1999). La asociación con iguales desviados en el grupo de rechazados se puede atribuir a dos causas: por un lado, puede ser el resultado de problemas de relación con los pares en edades anteriores, as-





pecto que limita el contacto del niño con iguales no-desviados y que refuerza que el adolescente se sienta competente socialmente en grupos de iguales desviados.

Desde esta perspectiva, se han descubierto nuevas variables que han comenzado a adquirir cierta relevancia en la explicación del acoso escolar, tal es el caso de la reputación social. Estudios recientes subrayan que la reputación del agresor y de la víctima así como su pertenencia o no a determinadas categorías o grupos sociales influye en la conducta violenta entre iguales adolescentes (Buelga, Musitu, Murgui & Pons, 2008; Correia, Vala & Aguiar, 2007; Garandeau & Cillesen, 2006).

Lo cierto es que para el adolescente, la popularidad, el liderazgo y el poder entre los pares constituye un aspecto central de su vida (Caroll, Green, Houghton & Wood, 2003; Carroll, Houghton, Hattie & Durkin, 2001). Para algunos adolescentes, la reputación se consigue con comportamientos transgresores que son recompensados en términos de estatus social entre sus compañeros (Gini, 2006; Sussman, Unger & Dent, 2004).

En este sentido, conductas violentas en el medio escolar (Martínez, Murgui, Musitu & Monreal, 2008; Putallaz et al., 2007), conductas delictivas (Buelga & Musitu, 2006; Emler & Reicher, 2005), consumo de drogas (Buelga, Ravenna, Musitu & Lila, 2006; Jiménez, Musitu & Murgui, 2008) y/o conductas disruptivas en el aula (Estévez, Murgui, Moreno y Musitu, 2007; Luthar & Ansary, 2005) son algunos comportamientos transgresores que permiten para algunos adolescentes su reconocimiento social.

De hecho, Rodríguez (2004) subraya que ciertas necesidades del agresor escolar se relacionan estrechamente con procesos sociales vinculados a la aprobación y reconocimiento social de los iguales. Así, de acuerdo con este autor, el agresor tiene necesidad de protagonismo (de ser considerado y aceptado por los demás), de poder (de ser más fuerte y poderoso que los otros) y de ser diferente (de crearse una identidad particular en el grupo de iguales). Ciertamente, los trabajos señalan que muchos agresores escolares son percibidos por sus iguales como figuras importantes en su grupo de pares (Hawley & Vaughn, 2003; Vaillancourt, 2002),





son populares y aceptados entre sus compañeros (Gini, 2006; Pellegrini & Bartini, 2000). De ahí, que el sentimiento de soledad en los adolescentes agresores, a diferencia de las víctimas, no sea especialmente significativo (Ireland & Power, 2004; Heinrich & Gullone, 2006; Martin & Huebner, 2007).

Un sentimiento que influye, como destacan numerosos estudios, en la satisfacción con la vida (Martínez, Buelga, & Cava 2007; Toner & Heaven, 2005). A este respecto, muchos autores subrayan que existen relaciones estrechas entre la satisfacción con la vida y el distrés psicológico. Así, algunos trabajos destacan las relaciones existentes entre la insatisfacción con la vida y problemas internos, tales como la depresión, ansiedad y baja autoestima (Chico, 2006; Diener, Sapyta & Suh, 1998; Martínez & García, 2007; Valle, Huebner & Suldon, 2006). Otros autores observan que la valoración negativa de la propia vida se relaciona con problemas externos, como el abuso de drogas (Zullig, Valois, Huebner, Oeltman & Drane, 2001) y la conducta violenta (Valois, Zullig, Huebner & Drane, 2001). En este sentido, MacDonald, Piquero, Valois & Zullig (2005) constatan que la satisfacción con la vida se relaciona con una menor implicación del joven en conductas violentas y viceversa.

En síntesis de lo dicho en este capítulo, creemos que la relación entre las variables individuales, familiares, escolares y sociales para explicar la conducta violenta, aportan ideas sugerentes tanto para la práctica profesional como para la elaboración de programas de intervención en la escuela, con el fin de proporcionar a los adolescente escolarizados, los recursos necesarios que le ayuden a disminuir la probabilidad de implicación en actos de violencia escolar, al tiempo que se promueve el desarrollo de una experiencia escolar más satisfactoria. Es necesario subrayar que en México no existe un trabajo sistemático ni organizado que permita conocer la magnitud que alcanza la violencia escolar, ni mucho menos investigaciones en torno a los factores de riesgo y consecuencias a corto y largo plazo en muestras nacionales. Por lo mismo, urge que los profesionales que trabajan en el área de la Salud Pública se involucren en este tema. El aporte puede ser primordial en la toma de decisiones



a nivel de políticas públicas, ya que cuanto más nos atrasemos en dar respuesta a esta problemática mayores serán las consecuencias a largo plazo.

REFERENCIAS

- Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51
- Buelga, S. & Musitu, G. (2006). Famille et adolescence: Prévention de conduites à risque. En M. Zabalia y D. Jacquet (Eds.), *Adolescences d'aujourd'hui* (17-35). Rennes: Presses Universitaires de France.
- Buelga, S., Musitu, G., Murgui, S. & Pons, J. (2008). Reputation and aggressive behavior in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 192-200.
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G. & Lila, M.S. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factors associated with adolescents drug consumption. En S. Jackson y L. Goossens (Ed.), *Handbook of adolescent development* (337-369). Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Carroll, A., Green, S., Houghton, S. & Wood, R. (2003). Reputation enhancement and involvement in delinquency among high school students. *International Journal of Disability, Development and Education*, 50, 253-273.
- Carroll, A., Houghton, S., Hattie, J. & Durkin, K. (2001). Reputation Enhancing goals: Integrating Reputation Enhancement and Goals Setting Theory as explanation of Delinquent Involvement. En F.H. Columbus (Ed.), *Advances in psychology research*: Vol.4. (101-109). Nueva York, NY: Nova Science Publishers Inc.
- Cava, M. J. (2003). Comunicación familiar y bienestar psicosocial en adolescentes. *Encuentros de Psicología Social*, 1, 23-27.
- Cava, M.J., Musitu, G. & Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.
- Cerezo, F. (1999). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid: Pirámide.
- Coleman, J. C. & Hendry, L. B. (2003). *Psicología de la adolescencia*. Madrid: Morata.
- Correia, I., Vala, J. & Aguiar, P. (2007). Victim's innocence, social categorization, and the threat to the belief in a just World. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 31-38.
- Chico, E. (2006). Personality dimensions and subjective well-being. *The Spanish Journal of Psychology*, 1, 38-44.
- Diener, E., Sapyta, J. & Suh, E. (1998). Subjective well-being is assential to well-being. *Psychological Inquir*, 9, 33-37.
- Eccles, J. S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C. M. & Reuman, D. (1993). Development during adolescence: the Impact of stage-environment fit on adolescents' experiences In schools and families. *American Psychology*, 48, 90-101.
- Emler, N. & Reicher, S. (2005). Delinquency: Cause or consequence of social exclusion? En D. Abrams, J. Marques y M. Hogg (Eds.), *The social psychology of inclusion and exclusion* (211-241). Philadelphia, PA: Psychology Press.



- Espelage, D. L., Holt, M. K., & Henkel, R. R. (2003). Examination of peer group contextual effects on aggression during early adolescence. *Child Development, 74*, 205-220.
- Estévez, E., Murguì, S., Moreno, D. & Musitu, G. (2007). Estilos de comunicación familiar, actitud hacia la autoridad institucional y conducta violenta del adolescente en la escuela. *Psicothema, 19*(1) 108-113.
- Estévez, E., Musitu, G. & Herrero, J. (2005). The influence of violent behavior and victimization school on psychological distress: the role of parents and teachers. *Adolescence, 40*(157), 183-196.
- Estévez, E., Jimenez, T. & Musitu, G. (2007). *Relaciones entre padres e hijos adolescentes*. Valencia, España: NauLibres.
- Fagan J. & Wilkinson, D. L. (1998). Social contexts and functions of adolescents violence. En D. S. Elliott, B. A. Hamburg y K. R. William (Eds), *Violence in american schools*. New York. Cambridge University Press.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*, 357-370.
- Fernández, M. (1993). La profesión docente y la comunidad escolar: Crónica de un desencuentro. Madrid: Morata.
- Field, T., Diego, M. & Sanders, Ch. (2001). Adolescent depression and risk factors. *Adolescence, 36* (143), 491-498.
- Frehend, R. & Nousiainen, S. (1993). Maternal and paternal parenting: critical dimensions in adolescent functioning. *Journal of Family Psychology, 7*, 213-221.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping*. London: Routledge.
- Garandau, C.F. & Cillessen, A.H. (2006). From indirect aggression to invisible aggression: a conceptual view on bullying and peer group manipulation. *Aggression and Violent Behavior, 11*, 612-625.
- Garber, J. (1996). The development of depression project. *Peabody Journal of Education, 71*, 99-117.
- Gázquez, J.J., Cangas A.J., Pérez-Fuentes, M.C., Padilla, D. & Cano, A. (2007). Percepción de la violencia escolar por parte de los familiares: un estudio comparativo en cuatro países europeos. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 93-105.
- Gini, G. (2006). Bullying as a social process: The role of group membership in students' perception of inter-group aggression at school. *Journal of School Psychology, 44*, 51-65.
- Griffin, R. S. & Gross, A. M. (2004). Childhood bullying: current empirical findings and future directions for research. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 379-400.
- Guterman, N.B., Hahm, H.C. & Cameron, M. (2002). Adolescent victimization and subsequent use of mental health counselling services. *Journal of adolescent Health, 30*, 336-345.
- Hanter, S. (1990). Causes, correlates and the functional role of global selfworth: a life-span perspective. En J. Kolligian y R. Sternberg (Ed.), *Perceptions of competence and incompetence across the life-span* (67-98). New Haven, CT: Yale University Press.
- Hawker, D. S. J., & Boulton, M. J. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: a meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41*, 441-455.
- Hawley, P. & Vaughn, B. (2003). Aggression and adaptation: The bright side to bad behavior. Introduction to special volume. *Merrill-Palmer Quarterly, 49*, 239-244.
- Heinrich, L.M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review, 26*, 695-718.





- Henry, D., Guerra, N., Huesmann, R., Tolan, P., Van Acker, R. & Eron, L. (2000). Normative influences on aggression in urban elementary school classrooms. *American Journal of Community Psychology*, 28 (1), 59-81.
- Hymel, S., Wagner, E. & Butler, L. J. (1990). Reputational bias: View from the peer group. En S.R. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (156-186). New York: Cambridge University Press.
- Ireland, J.L. & Power, C.L. (2004). Attachment, Emotional Loneliness, and Bullying Behaviour: A Study of Adult and Young Offenders. *Aggressive Behavior*, 30, 298-312.
- Jackson, S., Bijstra, J., Oostra, L. & Bosma, H. (1998). Adolescents' perceptions of communication with parents relative to specific aspects of relationships with parents and personal development. *Journal of Adolescence*, 21, 305-322.
- Jiménez, T.I., Musitu, G. & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 139-151.
- Juvonen, J., Nishina, A. & Graham, S. (2000). Peer harassment, psychological adjustment, and school functioning in early adolescence. *Journal of Educational Psychology*, 92, 349-359.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Rimpelä, A. (2000). Bullying at school: An indicator of adolescents at risk for mental disorders. *Journal of Adolescence*, 23 (6), 671-674.
- Liu, Y. (2003). Parent-child interaction and children's depression: the relationship between parent-child interaction and children's depressive symptoms in Taiwan. *Journal of Adolescence*, 26 (4), 447-457.
- Little, T., Brauner, J., Jones, S., Nock, M. & Hawley, P. (2003a). Rethinking aggression: A typological examination of the functions of aggression. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49, 343-369.
- Little, T. D., Henrich, C. C., Jones, S. M., & Hawley, P. H. (2003b). Disentangling the "whys" from the "whats" of aggressive behaviour. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 122-133.
- Luthar S. & Ansary, N. (2005). Dimensions of adolescent rebellion: Risk for academic failure among high and low-income youth. *Development and Psychopathology*, 17, 231-250.
- MacDonald, J., Piquero, A., Valois, R. & Zullig, K. (2005). The relationship between life satisfaction, risk-taking behaviors and youth violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1495-1518.
- Maganto, J. M. & Bartau, I. (2004). *Corresponsabilidad familiar: fomentar la cooperación y responsabilidad de los hijos*. Madrid: Pirámide.
- Marín, M. (1997). *Psicología social de los procesos educativos*. Sevilla: Algaída.
- Martin, K.M. & Huebner, E.S. (2007). Peer victimization and prosocial experiences and emotional well-being of middle school students. *Psychology in the Schools*, 44, 199-208.
- Martínez, M., Buelga, S. & Cava, M.J. (2007). La satisfacción con la vida en la adolescencia y su relación con la autoestima y el ajuste escolar. *Anuario de Psicología*, 38, 293-303.
- Martínez-Ferrer, B., Murgui-Pérez, S., Musitu-Ochoa, G. & Monreal-Gimeno, M. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 679-712.
- Martínez, I. & García, J.F. (2007). Impact of parenting styles on adolescents' self-esteem and internalization of values in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 10, 338-348.





- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moral, J., Sánchez, J.C. & Villarreal-González, M. (2010). Desarrollo de una escala multidimensional breve de ajuste escolar. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 15(1), 1-11.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. & Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia*. Madrid: Síntesis
- Musitu, G. (2002). Las conductas violenta en las aulas de los adolescentes: El rol de la familia. *Aula Abierta*, 79, 109-138.
- Musitu, G., Martínez B. & Murgui, S. (2006). Conflicto marital, apoyo parental y ajuste escolar en adolescentes. *Anuario de Psicología*, 37(3), 247-258
- Musitu, G. & Molpeceres, M.A. (1992). Estilos de socialización, familismo y valores. *Infancia y Sociedad*, 16, 67-101.
- Musitu, G., Jiménez, T. Estévez, E. & Villarreal-González, M. (2009). Problemas en la adolescencia: delincuencia y drogas. En Landero, R. y González, M. (Eds.), *Libro para padres y adolescentes: Percepción de los estilos parentales y variables psicosociales en una muestra de padres y jóvenes*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Noller, P. & Callan V. (1991). *The adolescents in the family*. London: Routledge.
- Oliva, A. & Parra A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En Arranz, E. (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Prentice Hall.
- Olweus, D. (1998). *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata.
- Olweus, D. (2005). Bullying en la escuela: datos e intervención. *IX Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia: Violencia y Escuela*. Valencia.
- O'Moore, M. & Kirkham, C. (2001). Self-esteem and its relationships to bullying behaviour. *Aggressive Behavior*, 27(4), 269-283.
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva
- Ortega, R. & Mora-Merchán, J.A. (2000). *Violencia escolar. Mito o realidad*. Sevilla: Merablum
- Pellegrini, A.D. & Bartini, M. (2000). A longitudinal study of bullying, victimization, and peer affiliation during the transition from primary school to middle school. *American Educational Research Journal*, 37, 699-725.
- Popper, C. & Steingard, M. (1996). Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. En R. Hales (Dir.), *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora.
- Putallaz, M., Grimes, C., Kristen J., Kupersmidt, J., Coie, J. & Dearing, K. (2007). Overt and relational aggression and victimization: Multiple perspectives within the school. *Journal of School Psychology*, 45, 523-547.
- Rigby, K. (2000). Effects of peer victimization in schools and perceived social support on adolescent well-being. *Journal of Adolescence*, 23, 57-68.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16(2), 203-210.
- Rodríguez, N. (2004). *Guerra en las aulas*. Madrid: Temas de Hoy.
- Serrano, A. & Iborra, I. (2005). Violencia entre compañeros en la escuela. Valencia: *Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia*.
- Shek, D. T. L. (2000). Differences between fathers and mothers in the treatment of, and relationships with, their teenage children: perceptions of Chinese adolescents. *Adolescence*, 35, 135-145.



- Simons, R. L., Wu, C., Conger, R. D. & Lorenz, F. O. (1994). Two routes to delinquency: Differences between early and late starters in the impact of parenting and deviant peers. *Criminology*, 32, 247-275.
- Smith, P. K. & Brain, P. (2000). Bullying in schools: lessons from two decades of research. *Aggressive Behavior*, 26(1), 1-9.
- Solberg, M. & Olweus, D. (2003). Prevalence estimation of school bullying with the Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behavior*, 29, 239-268.
- Sussman, S., Unger, J.B. & Dent, C. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Toner, M.A. & Heaven, P. (2005). Peer-social attributional predictors of social emotional adjustment in early adolescence: A two year longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 38, 579-590.
- Trianes, M.V. (2000). *La violencia en contextos escolares*. Málaga: Aljibe.
- Trianes, M.V., Sánchez, A. & Muñoz, A. (2001). Educar la convivencia como prevención de violencia interpersonal: perspectivas de los profesores. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 41, 73-93.
- Vaillancourt, T. (2002). Competing for hegemony during adolescence: A link between aggression and social status. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 62, 8-A, 2684-2688.
- Valois, R.F., Zullig, K.J., Huebner, E.S. & Drane, W. (2001). Relationship between life satisfaction and violent behaviors among adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 25, 353- 366.
- Valle, M., Huebner, S. & Suldón, S. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology*, 44, 393-406.
- Villarreal-González, M.E. (2009). Un Modelo Estructural del Consumo de Drogas y Conducta Violenta en Adolescentes Escolarizados. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Nuevo León
- Villarreal-González, M., Sánchez-Sosa, J. & Musitu-Ochoa, G. (2010). The role of family communication and school adjustment in adolescent's violent behavior En Frías-Armenta, M. y Corral-Verdugo, V. (Ed.), *Bio-Psycho-social perspectives on interpersonal violence*. New York: Nova Publishers.
- Vitaro, F., Brendgen, M. & Tremblay, R. E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 313-325.
- Zullig, K.J., Valois, R.F., Huebner, E.S., Oeltman, J.E. & Drane, W. (2001). Relation between perceived life satisfaction and adolescent's substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.





TRABAJO Y ESTRÉS: SU INFLUENCIA SOBRE LA SALUD MENTAL

*Joel Zapata Salazar
Jana Petrzelová Mazacová
Mayra A. Chávez Martínez
José González Tovar
Universidad Autónoma de Coahuila*

Es innegable que el estrés laboral tiene efectos adversos sobre la salud. Sin embargo el estudio de este tipo de estrés es factible que exigencias consideradas potencialmente estresantes pueden tener resultados tanto positivos como negativos (burn out). El estrés tiene serias implicaciones sobre actitudes y conductas particulares que pueden ir desde respuestas físicas relacionadas con enfermedades coronarias, hasta síntomas menos graves, tales como dolores de cabeza, migrañas, úlceras e indigestiones, problemas de la espalda o cervicales, agotamiento o fatiga. Aunque debemos reconocer que la propia existencia puede resultar estresante, pasamos buena parte de nuestro tiempo en el trabajo, de manera que el estrés laboral merece un examen detallado.

A lo largo de la historia el trabajo ha sido el medio más eficaz que el hombre ha utilizado para satisfacer sus necesidades. Partiendo de acciones especializadas sobre el ambiente se adapta al entorno y llegado el momento se reúne con sus semejantes para que, de forma coordinada, trazar cursos de acción, realizar planes y alcanzar objetivos y metas. Este es el principio a partir del cual se generan las organizaciones que en el contexto de la postmoderni-





dad se han vuelto infinitamente variables y con identidad propia. Si se desea dirigir las o trabajar con ellas, es necesario comprender su funcionamiento y estructura, por lo que resulta importante definir teóricamente los elementos que las caracterizan, permiten estudiarlas e intervenir en ellas.

Las organizaciones son algo más que la suma de sus elementos constitutivos. Precisa considerarlas como sistemas complejos dado el alto nivel de integración y complejidad entre sus componentes para lograr los objetivos propuestos y su permanencia temporal mediante el mantenimiento de su estabilidad interna. En la actualidad las organizaciones se encuentran inmersas en un medio muy inestable atribuible, entre otros factores, al rápido desarrollo de la tecnología, la expansión, que implica auge de la mercadotecnia, y a los rápidos cambios sociales, económicos y políticos.

El enfoque de una organización desde el punto de vista sistémico hace necesario identificar sus recursos fundamentales, de los que Chiavenatto (1992) señala cinco: 1) recursos materiales de producción, 2) recursos financieros, 3) recursos de mercadotecnia, 4) recursos administrativos 5) recursos humanos. Este último factor que integra a los miembros de la organización, en todos sus niveles y subsistemas y que tradicionalmente solía mencionarse en los libros de administración general en el último punto, es la razón de ser de las organizaciones. En buena medida, el funcionamiento óptimo de la empresa y su desarrollo implican el desarrollo integral de su personal ya que son ellos quienes harán frente a la inestabilidad de los mercados financieros, incorporarán como parte de su vida profesional la cultura de la calidad y se comprometen con los factores racionados con la productividad.

Por lo anterior, los recursos humanos se vuelven un factor estratégico de éxito. Esto ha motivado a los teóricos de la Administración a revalorar las nociones tradicionales de los recursos humanos y dejar de verlos como un recurso económico o la pieza de una máquina que se tiene y se cambia cuando ésta ya no es útil.

El destino de la organización depende en gran parte de sus recursos humanos, si estos son capaces, pueden enfrentar con éxito la competencia y aprovechar al máximo los recursos técnicos





y materiales de que se dispone, entonces la organización podrá lograr sus objetivos, por tanto los recursos humanos constituyen el recurso estratégico.

Presentes en todos los subsistemas de la organización, los recursos humanos, constituyen el elemento esencial dentro de ésta.

El factor humano no ha sido considerado de la misma forma. Consecuentemente los teóricos y prácticos que de él se han ocupado no lo han valorado de igual modo. Actualmente, cuando parece estar lejos la concepción del factor humano como factor de producción que demanda la minimización de sus costos de operación bajo la premisa de la crisis, se pretende considerarlo, al mismo tiempo, como el recurso “motor” que permitirá el aumento de la competitividad de la organización, logrando sinergia entre lo económico y lo social. En fin, los otrora recursos humanos se transformaron en el capital humano que permiten el desarrollo total de la organización.

Aceptada su trascendencia, resulta de importancia capital la gestión de los recursos humanos, entendiendo por ella el sistema que instrumenta los procedimientos para su adecuado tratamiento, así como el conjunto de acciones encargado de alcanzar la visión y atención integral de los objetivos organizacionales, considerándolos como estratégicos *en y para* cada área. Esto significa mantener a las personas en la organización, trabajando y dando el máximo de sí, con actitud positiva y favorable, además, debe constituir un punto clave para gestionar la interacción entre las aptitudes, intereses, necesidades, motivación, talento, expectativas, hábitos y valores del ser humano con la cantidad y calidad de resultados y la satisfacción que la persona pueda conseguir de su trabajo, por ello debe crear un medio que aproveche esas cualidades logrando una comunicación y acción tal que permita alcanzar los objetivos y fines tanto individuales como organizacionales, entre ellos se debe enmarcar el propio hombre como ser en sus aspectos sociales, psicológicos y biológicos. Es por ello que la administración de recursos humanos debe contribuir a la satisfacción laboral y calidad de vida de los trabajadores desde una perspectiva integral.





Al trabajar con los recursos humanos de las organizaciones, es necesario tener en cuenta diversos factores dinámicos entre los que se destacan las edades de las personas que ocupan los diferentes puestos, el aumento o reducción de las cantidades de puestos y la velocidad con que el personal abandona la empresa cualquiera que sea la razón para ello, alteraciones en los estados de salud tanto en aspectos biológicos-fisiológicos como psicológicos y cualquier otra incidencia en la calidad de vida, así como los factores externos que influyen en ésta, tales como el nivel de educación, las actividades prevalecientes en la sociedad (como la actitud ante el trabajo), las numerosas leyes y reglamentos que afectan de forma directa a la organización, las condiciones económicas y la disponibilidad y demanda del personal.

Las alteraciones que se produzcan en cualquiera de los componentes de la organización pueden generar situaciones susceptibles de actuar como agentes estresantes, es por ello que el estrés resulta (además de una afectación a los recursos humanos que repercute en los resultados de su actividad), una alerta para la organización en el sentido de que algo no está funcionando de manera adecuada en la misma y por tanto es necesario solucionarlo para evitar afectaciones en su recurso más preciado, el humano. Es por ello que en la gestión de recursos humanos se enmarca la atención a la seguridad y salud ocupacionales.

En ese sentido, la empresa debe crear los medios para que se aprovechen estas cualidades, logrando una comunicación y acción tales que permitan alcanzar los objetivos y fines tanto individuales como organizacionales, enmarcando al propio hombre como un ser integral en sus aspectos bio-psico-sociales.

De esto se desprende que la administración de recursos humanos deba contribuir a la satisfacción laboral y a la promoción y mejoramiento de la calidad de vida de los trabajadores desde una perspectiva, como arriba se mencionó, en donde la salud mental de los miembros que conforman la organización, forme parte de ese desarrollo, tanto en los niveles preventivo como interventivo.

Dentro de este rubro, uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en nuestro contexto laboral es el estrés





asociado con las actividades profesionales, independientemente del giro al que se oriente la organización. Se presenta en todos los niveles y espacios de actividad con tendencia a establecer indicadores para a su caracterización y medición, información de utilidad para la generación de programas de prevención en materia de estrés, medio idóneo para su manejo dentro de contextos organizacionales incluyendo naturalmente los académicos.

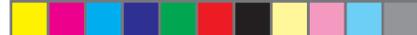
El estrés laboral

Tradicionalmente se consideraban como riesgo de trabajo sólo aquellos agentes que causaban un daño físico al trabajador, no entrando en esta categoría los agentes psíquicos. En la actualidad, uno de los problemas relacionados con la actividad laboral que más afectan al trabajador en las organizaciones es un agente psicológico, el estrés.

Como ocurre entre los grupos humanos, las culturas empresariales pueden atenuar o favorecen las situaciones de estrés. Es así como dicho factor psíquico se vuelve un aspecto común en toda clase de trabajo, motivo por el cual los psicólogos organizacionales han de prestar atención a su abordaje en el ámbito laboral.

En el transcurso del siglo XX el estrés se convirtió en un fenómeno importante y reconocido socialmente. Vinculado con frecuencia, al trabajo y a la actividad laboral, los diferentes estudios en materia de condiciones de trabajo, clima laboral, procesos de reingeniería e intervenciones en Desarrollo Organizacional, manifiestan que el estrés es un fenómeno ampliamente extendido y que las fuentes que los producen son en el campo laboral se asocian con consecuencias negativas, tanto para la persona como para la organización en su conjunto. Así, por ejemplo, en un estudio reciente, efectuado por la Comisión Europea entre casi 16, 000 trabajadores de los 15 estados miembros de la Unión Europea el 42% indican que su ritmo de trabajo es demasiado alto. (Paoli, 2007). Así mismo, se ponen también de manifiesto diversas experiencias de trabajo relacionadas con el estrés.





En este sentido, es importante destacar que las tendencias actuales en la promoción de la seguridad e higiene en el trabajo deben incluir además de los riesgos físicos, químicos y biológicos de los ambientes laborales, aquellos factores relacionados con variables psicosociales inherentes a la empresa y la manera en que influyen en el bienestar físico y mental del trabajador; es decir, el estudio de las interacciones entre el trabajador y su medio ambiente laboral, la satisfacción en el empleo, las percepciones de inestabilidad laboral y las condiciones generales de trabajo que permean en el desarrollo de las actividades productivas y el estilo de vida de la persona que condicionan la aparición del estrés.

Es así como el estrés laboral puede dimensionarse como un fenómeno multifactorial que involucra variables de tipo físico, mental y social. Su importancia para la administración de recursos humanos radica en el hecho de que la presencia del estrés se presenta en el factor decisivo para que la organización se mantenga en niveles óptimos de desempeño y más aún, cuando se trata de instituciones educativas de enseñanza superior.

Williams y Cooper (2004), reportan que en nuestra organización promedio, independientemente de su giro, presenta los siguientes indicadores: baja satisfacción laboral, 10%; en los últimos tres meses, el 20% presenta algún acontecimiento relacionado con un suceso importante en la vida, relacionado estrechamente con la actividad laboral; alrededor del 3% presenta trastornos en la esfera mental fuertemente relacionados con la ansiedad y la depresión. Aunque las cifras pueden variar, lo que es cierto es que son cifras que bien merecen tomarse en cuenta ya que estos indicadores presentan una relación estrecha con el estrés en el trabajo.

Tener consciencia de que el problema existe, que se presenta en las organizaciones, que éstas lo magnifican o lo atenúan, que se puede cuantificar, que existen poblaciones de riesgo, que el trabajador es una totalidad integrada en donde el estrés de su vida personal incidirá tanto como el estrés de su vida profesional y que a nivel organizacional el estrés es manejable, no es garantía suficiente para iniciar un proceso de monitoreo y control. Se necesita el apoyo decidido de las autoridades institucionales para iniciar





tal proceso; finalmente, esto sólo ratifica que como fenómeno, el estrés es un asunto complejo. Estas condiciones sólo favorecen su minimización o su aceptación pasiva.

En los inicios del siglo XXI, las llamadas organizaciones inteligentes tienen que plantearse constantemente aspectos relacionados con su quehacer cotidiano. Es aquí donde el departamento de recursos humanos hace aportaciones sustanciales relacionadas con cuestiones básicas como la eficiencia y eficacia organizacionales, la productividad, la calidad, la creatividad y la innovación, el ausentismo y la rotación, todo ello en aras de favorecer la comprensión dinámica y sistémica de los procesos que viven las organizaciones y sus trabajadores.

Causas del estrés laboral

A lo largo de este trabajo se destaca el aspecto multifactorial en lo relativo a la causalidad del estrés. Relacionados con la génesis del estrés algunos autores desmenuzan con bastante precisión los factores específicos que pueden convertirse en causas potenciales de estrés, otros prefieren establecer categorías generales que agrupan una variedad de hallazgos relacionados con la conducta de los trabajadores y el comportamiento de las empresas. En ese sentido, vale presentar ambas posturas tomando como base esquemas ejemplificatorios y lo suficientemente sintéticos con miras para establecer una caracterización suficientemente clara para los propósitos del presente.

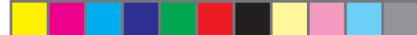
Una noción generalmente aceptada entre los investigadores del fenómeno del estrés laboral se refiere a éste como una reacción emocional y psico-fisiológica ante aspectos nocivos del trabajo, del ambiente laboral, la propia organización de las tareas, los estilos de dirección, el aumento de los ritmos de trabajo y la pretensión por parte de las empresas de que con un menor número de trabajadores y condiciones laborales y sociales más precarias, se pueden alcanzar los mismos o mejores resultados. Los agentes organizacionales que más frecuentemente se emparentan con el estrés laboral son aquellos relacionados con:





EL AMBIENTE FÍSICO	EL CONTENIDO DE LA TAREA	LA ORGANIZACIÓN EN SU CONJUNTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Iluminación inadecuada 2. Ruido que interfiere en la comunicación 3. Temperatura por exceso de calor o por baja 4. Temperatura 5. Ambiente contaminado por sustancias tóxicas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demandas excesivas de trabajo 2. Sobrecarga 3. Ritmo de trabajo demasiado acelerado 4. Tareas repetitivas 5. Prolongación de jornada laboral 6. Atención al público 7. Complejidad y falta de claridad en la descripción de la tarea 8. Falta de autonomía, responsabilidad e iniciativa 9. Insatisfacción sobre el producto que se oferta o el servicio que se brinda 10. Objetivos excesivamente ambiciosos y de difícil cumplimiento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de claridad sobre el trabajo que se desempeña 2. Directrices contradictorias o subjetivas (dobles normas) 3. Estilos de dirección inadecuados 4. Dificultad de comunicación y falta de oportunidades para expresar quejas 5. Preocupaciones relacionadas con la responsabilidad 6. Abundancia de responsabilidades, con poca capacidad de decisión 7. Exceso de juntas y Reuniones 8. Escasez de personal 9. Inseguridad en el trabajo 10. Presiones internas 11. Inestabilidad laboral 12. Horarios 13. Problemas en las relaciones interpersonales con otros trabajadores 14. Desigualdades marcadas en el salario 15. Retribución en función de resultados 16. Falta de reconocimiento de las aptitudes y capacidades personales 17. Falta de perspectivas de promoción y desarrollo profesional 18. Cambios en la organización con esfuerzo de adaptación que no es facilitado





Tal como se observa en la tabla anterior, el estrés laboral se relaciona no sólo con la administración de recursos humanos, sino con la administración de las operaciones en su conjunto y pone de relieve que el problema del estrés en las organizaciones es un problema sistémico que demanda un tratamiento también sistémico en donde el apoyo oportuno y decidido de la alta gerencia ha de promover un cambio a nivel de cultura organizacional.

Por su parte Leitery Maslach (2001) proponen atención en ejes o cursos de específicos de acción correlacionados directamente como causa directa del estrés laboral. Éstos se pueden presentar de manera aislada, combinados, como causa o bien, como síntoma de un problema mayor. Dichos ejes marcan una discordancia o incompatibilidad entre factores, disociación o incompatibilidad traducible en fuente potencial de estrés. De este modo, demandan la atención de los administradores de personal y precisan respuestas inmediatas por parte de la organización. A nivel individual, el impacto de cada eje es variable y depende de las características particulares del trabajador; a nivel organizacional, la atención integral de dichos factores y su engace con la vida laboral y la cultura organizacional es el punto de referencia a partir del cual se puede trabajar con ellos. Dichos ejes son:

Compatibilidad puesto-persona. Este aspecto resulta vital para la organización en tanto que se convierte en un medio para lograr el compromiso del trabajador con la organización. Mientras más afines sean las características de los empleados al puesto mayor será el compromiso y mejores los resultados. Por otro lado, si se viola el contrato psicológico y se presentan incongruencias importantes entre lo esperado y lo recibido, es muy probable que la situación conlleve a experimentar estrés laboral.

Exceso en la carga de trabajo. Se presenta cuando las demandas laborales no concuerdan con la capacidad del empleado para satisfacerlas. Dicha incompatibilidad puede originarse en el elevado número de demandas organizacionales que drenan la energía de





las personas a un grado tal que la recuperación natural de la energía se dificulta y en la no concordancia de las demandas laborales con las habilidades y los intereses de los empleados.

Incongruencia a nivel emocional. Ésta se presenta cuando la organización demanda que los empleados se muestren emocionalmente solícitos cuando éstos no son los sentimientos reales del trabajador. Cuando esta incompatibilidad emocional se acentúa, se traduce en el llamado *desgaste por empatía*. Dicho fenómeno es claramente visible entre los trabajadores que tiene trato directo con otras personas, particularmente el personal de servicios, entre las áreas educativa y de la salud.

Innovación y cambio. El manejo y actualización constante particularmente en el área de las tecnologías de la información, incide directamente en el aumento de las demandas de los clientes, colegas. Esta situación provoca una sobrecarga de trabajo relacionada con la dimensión de agotamiento del estrés.

La falta de autorregulación. Este factor ocasiona que los empleados no presenten el suficiente control sobre los recursos necesarios para desempeñar su trabajo o no tengan la suficiente autoridad para realizar el trabajo de la manera que ellos consideran más adecuada. Para el trabajador promedio resulta altamente angustiante sentirse en la necesidad de generar resultados sobre los que no tienen el suficiente control.

Recompensas. Tanto materiales como sociales, la falta de recompensas pueden convertirse en un potente estresor. El poco o nulo reconocimiento social devalúa tanto el trabajo realizado como a los trabajadores y se puede presentar también la falta de recompensas intrínsecas. La falta de recompensas se asocia estrechamente con sentimientos de ineficacia, cuando las personas no se sienten orgullosas de su desempeño o no realizan bien su trabajo





Dinámica grupal empobrecida. Se presenta cuando los miembros de la organización pierden la conexión positiva en la relación con sus compañeros de trabajo. Los seres humanos, siendo elementos de una comunidad, presentan un mejor funcionamiento cuando se comparten experiencias emocionales tendientes al reforzamiento de la autoestima; es así como esta clase de apoyo genera una red social que reafirma el sentido de pertenencia a un grupo donde se comparten valores y experiencias. Cuando en una organización, los miembros de los subgrupos presentan conflictos prolongados, se generan sentimientos constantes de frustración y hostilidad, reduciendo las posibilidades de brindar apoyo social.

Percepciones de injusticia y falta de equidad en el área de trabajo. La justicia produce respeto y confirma la valía de las personas; el respeto mutuo es primordial para favorecer los sentimientos grupales de identidad y pertenencia. Las injusticias referidas frecuentemente por los trabajadores se relacionan con desigualdades en cuanto a carga de trabajo, el sueldo, los engaños, el manejo de la información y las promociones inadecuadas. Cuando se experimenta un trato desigual, los trabajadores presentan experiencias relacionadas con la frustración y el agotamiento traducibles, luego en expresiones de indolencia hacia la organización.

Incompatibilidad entre los valores personales y los valores organizacionales. Cuando los valores de la organización están alineados con los de sus integrantes, las personas se muestran más energéticas, involucradas y son más eficientes en sus labores. Es aquí cuando la incongruencia entre el *deber ser* marcado en la visión de la empresa y el *actuar* cotidiano de la misma se convierten en una fuente importante de estrés.

Aunque el enfoque de *ejes de discordancia* entre lo real y lo esperado brinda una orientación acerca de la génesis del estrés laboral, Schulz, Greenley y Brown (1995) proponen seis categorías que, en íntima relación con los ejes de Leittery Maslach, complementan las nociones expuestas a saber:





1. *Satisfacción laboral.* Los autores establecen que la relación satisfacción laboral-estrés puede ser causal o recíproca; esto es que, a mayor insatisfacción con la situación laboral mayor propensión al estrés; así mismo, es posible que las personas que agotadas por otras razones se muestren más insatisfechas con su situación laboral.
2. *Severidad de los clientes.* En estudios realizados dentro de organizaciones de servicios donde el contacto humano es fundamental, especialmente en aquellas donde se atiende a pacientes con enfermedades graves y en las instituciones educativas, se ha estudiado el efecto que tiene entre los empleados el que los clientes (pacientes, alumnos, etc.) se muestren poco agradecidos, incluso hostiles hacia quienes están tratando de ayudarlos. Se ha encontrado que el estrés entre quienes trabajan bajo estas circunstancias produce un deterioro en sus relaciones con los clientes y tienden a adoptar posturas inflexibles incluso, deshumanizadas
3. *Ambiente laboral.* Se ha comprobado que la falta de claridad en el trabajo¹ contribuye a una mayor insatisfacción laboral y a un mayor nivel de estrés. La congruencia de metas puede predecir de manera importante la satisfacción laboral (Locke en Schulz et al.: 1995), mientras que los sentimientos y percepción de autonomía para aplicar habilidades y conocimientos, contribuyen sustancialmente al aumento de la satisfacción laboral, la reducción del estrés y la mejora continua.
4. *Características individuales.* Las características individuales de los trabajadores contribuyen a los factores que pueden producir insatisfacción laboral y estrés. El aburrimiento que produce el desempeño rutinario de actividades por un largo periodo de tiempo y la exposición continua a situaciones y clientes difíciles aumenta los niveles de estrés. Aquellas personas que son más activas y creativas en su profesión pueden obtener más autonomía por parte de su organización.

1 Entendida como la combinación de ambigüedad y conflicto de roles





5. *Procesos administrativos v organizacionales.* Dentro de la administración de recursos humanos, aquellos procesos relacionados con la generación y desarrollo de ambientes laborales tendientes a la mejora de la satisfacción laboral y por ende de la productividad, tienen importancia capital. Aquí se incluye el desarrollo de una cultura organizacional y el estilo de liderazgo de la organización. En la medida en que éstos sean poco flexibles y poco incluyentes el estrés tiende a acentuarse en tanto que impactan en el apoyo social que los trabajadores obtienen tanto de sus supervisores como de sus compañeros de trabajo. Por el contrario, una cultura organizacional que proporcione apoyo social y que fomente la cohesión entre los miembros de la organización, será más capaz de alinear las metas, aumentar la participación, la claridad en el trabajo y propiciar la autonomía.
6. *Características de la organización.* Se refiere a aquellos elementos de la empresa que le otorgan una estabilidad relativa a ella y sus procesos organizacionales. En este sentido, variables relacionadas con el tamaño de la organización y la falta de recursos humanos adecuados impactan en la efectividad de la comunicación y determina el estilo de liderazgo y la cultura organizacionales. En este contexto, se pueden provocar sobrecargas de trabajo que incidirán en la satisfacción laboral y el nivel de estrés.

Por estas razones, se deben considerar tanto las características individuales del trabajador como las necesidades laborales de la empresa, puesto que un mismo ambiente laboral puede ser desagradable y estresante para algunas personas mientras que para otras puede no serlo; sin embargo, la organización puede establecer medidas profilácticas o de contención para manejar y mantener las variables relacionadas con el estrés dentro de ciertos niveles tolerables.





Sintomatología y consecuencias del estrés laboral

La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma algo negativo que conlleve a efectos poco favorables para la persona y para la organización; es partir de que las respuestas de estrés se excesivamente intensas, frecuentes y/o duraderas producen el llamado síndrome de estrés, con consecuencias importantes a nivel personal y organizacional. En las fases iniciales los signos pueden ser relativamente leves, lo cual se debe a que antes que se desarrolle un trastorno importante, el organismo emite señales que permiten ponerse en guardia y prevenir el desarrollo de problemas más importantes (Valdés,1995).

La sintomatología del estrés laboral se puede agrupar en las siguientes categorías:

1. Síntomas psicofisiológicos:

- a) Aumento del ritmo cardíaco, respiratorio, de la presión arterial, de la tensión muscular, de la sudoración así como de los niveles de adrenalina y noradrenalina.
- b) Incremento de los niveles de glucosa en la sangre; disminución del riego sanguíneo periférico y de la actuación del sistema digestivo; incremento del metabolismo basal, del colesterol y liberación de ácidos grasos en el torrente sanguíneo.
- c) Aumento de los niveles de corticoides; inhibición del sistema inmunológico; dificultad para respirar; sensación de *“nudo en la garganta”*; sequedad de boca; dilatación pupilar.

2. Síntomas cognitivos:

- a) Preocupaciones; incapacidad para concentrarse; dificultades para dirigir la atención; desorientación; olvidos frecuentes; sensación de confusión.



- b) Dificultad para la toma de decisiones; sensación de “*falta de control*”; bloqueos mentales; hipersensibilidad a la crítica.

3. Síntomas psíquicos:

- a) Ansiedad; percepción amenazante del ambiente; dependencia a drogas; desórdenes alimenticios; trastornos del sueño; labilidad emocional; experiencia de agotamiento y desgaste; bostezos frecuentes; sentimientos de incompetencia; experiencia subjetiva de “*trabajar mucho*” y ser poco productivo; falta de ejercicio; impotencia; alteraciones menstruales.

3. Síntomas motrices:

- a) Hablar rápido; tartamudeo; voz entrecortada; temblores; mayor predisposición a accidentes

Rodríguez González, Roque Doval y Molerio Pérez (2006) de la *Facultad de Psicología de la Universidad Central „Marta Abreu „ de Las Villas, Cuba*, presentan una tabla ilustrativa en la se establece la relación causal-sintomática y las consecuencias más frecuentes asociadas con el estrés laboral.

Factores causantes del estrés laboral		
Causas	Factores influyentes	Consecuencias posibles
Condiciones de Trabajo	1. Sobrecarga cuantitativa de trabajo	1. Fatiga física o mental
	2. Sobrecarga cualitativa de trabajo	2. Agotamiento del sistema nervioso
	3. Decisiones frecuentes	3. Irritabilidad
	4. Peligro Físico	4. Tensión nerviosa.
	5. Trabajo por turnos	



Papel desempeñado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambigüedad de roles 2. Sexismo 3. Hostigamiento sexual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ansiedad 2. Disminución del rendimiento 3. Insatisfacción profesional 4. Tensión nerviosa 5. Hipertensión
Factores interpersonales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mal sistema de trabajo y falta de apoyo social 2. Rivalidades Políticas 3. Celos profesionales 4. Falta de atención a los trabajadores por parte de la organización 	
Progresión profesional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avance demasiado lento/ rápido 2. Inseguridad laboral 3. Ambiciones frustradas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baja de la productividad 2. Pérdida de la confianza en sí mismo 3. Irritabilidad e ira 4. Insatisfacción profesional 5. Pérdida de motivación 6. Baja productividad
Estructura orgánica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura rígida e impersonal 2. Discusiones políticas 3. Supervisión inadecuada 4. Imposibilidad de participar en la toma de decisiones 	
Relación hogar-trabajo.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Repercusiones de la vida laboral en la familia 2. Falta de apoyo del cónyuge 3. Problemas de pareja 4. Estrés provocado por doble rol: ama de casa y trabajadora 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conflictos psicológicos y cansancio mental 2. Falta de motivación y disminución de la productividad 3. Recrudescimiento de las peleas domésticas.





Como se observa en la tabla anterior, los efectos del estrés sobre la salud y el bienestar general de la persona tienen una repercusión directa sobre su desempeño laboral. Es por ello que cuando se está expuesto a factores de estrés el trabajador experimenta reacciones, que pueden no ser totalmente evitables y que dada su intensidad y frecuencia se convierten en factores críticos. Como se dijo líneas arriba, el papel de las características individuales juega un rol protagónico en la experiencia del estrés laboral, ya que la combinación de situaciones particulares en un individuo determinado con expectativas específicas, experiencias pasadas, personalidad, actitudes, aptitudes y sus propios sentimientos, puede dar como resultado una falta de equilibrio que induzca al estrés. Estos aspectos pueden variar en el tiempo en función de los variables tales como la edad, las necesidades y expectativas y los estados de salud y fatiga.



Para Gates (2001), las consecuencias individuales del estrés pueden categorizarse en tres grupos: físicas, mentales/emocionales y conductuales, mismas que se detallan en la siguiente tabla.

CONSECUENCIAS FÍSICAS	CONSECUENCIAS MENTALES/ EMOCIONALES	CONSECUENCIAS CONDUCTUALES
<p>1. Trastornos gastrointestinales</p> <p>a) Úlcera péptica</p> <p>b) Dispepsia funcional</p> <p>c) Intestino irritable</p> <p>d) Colitis ulcerosas</p> <p>e) Aerofagia</p> <p>f) Digestiones lentas</p> <p>2. Trastornos cardiovasculares</p> <p>a) Hipertensión Arterial</p> <p>3. Enfermedades coronarias</p> <p>a) Angor pectoris</p> <p>b) Infarto de miocardio</p> <p>c) Arritmias cardíacas</p> <p>4. Trastornos respiratorios</p> <p>a) Asma bronquial</p> <p>b) Hiperventilación</p> <p>c) Disnea</p> <p>d) Sensación de opresión en la caja torácica</p> <p>5) Trastornos endócrinos</p> <p>a) Hipoglucemia</p> <p>b) Diabetes</p> <p>c) Hipertiroidismo</p> <p>d) Hipotiroidismo</p> <p>e) Síndrome de Cushing</p> <p>6) Trastornos sexuales</p> <p>a) Impotencia</p> <p>b) Eyaculación precoz</p> <p>c) Vaginismo</p> <p>d) Coito doloroso</p> <p>e) Alteraciones de la libido</p> <p>7) Alteraciones Dermatológicas</p> <p>a) Prurito</p> <p>b) Dermatitis atópica</p> <p>c) Sudoración excesiva</p> <p>d) Alopecia</p> <p>e) Tricotilomanía</p> <p>8) Trastornos musculares</p>	<p>1. Ansiedad</p> <p>2. Preocupación excesiva</p> <p>3. Incapacidad para tomar decisiones</p> <p>4. Sensación de confusión</p> <p>5. Incapacidad para concentrarse</p> <p>6. Dificultad para mantener la atención</p> <p>7. Sentimientos de falta de control</p> <p>8. Sensación de desorientación</p> <p>9. Frecuentes olvidos</p> <p>10. Bloqueos mentales</p> <p>11. Mal humor</p> <p>12. Mayor susceptibilidad a sufrir accidentes</p> <p>13. Consumo de fármacos, alcohol, tabaco, otras drogas</p> <p>Incide de manera importante para el desarrollo de otros trastornos:</p> <p>1. Trastornos del sueño</p> <p>2. Ansiedad, miedos y fobias</p> <p>3. Adicción a drogas y alcohol</p> <p>4. Depresión y otros trastornos afectivos</p> <p>5. Alteración de las conductas de la alimentación</p>	<p>1. Temblores</p> <p>2. Risa nerviosa</p> <p>3. Bostezo frecuentes</p> <p>4. Impulsividad motriz</p> <p>5. Deterioro en la calidad de las relaciones interpersonales, laborales y familiares</p> <p>6. Higiene inadecuada</p> <p>7. Aislamiento social</p> <p>8. Descuidos</p> <p>9. Mentiras y robos</p> <p>10. Ataques Verbales</p> <p>11. Retar a la autoridad</p>



Como se aprecia en la tabla anterior, son múltiples las consecuencias que el estrés acarrea para el estado general de salud y bienestar del trabajador pudiendo éste presentar una o varias consecuencias de la tabla anterior. Cada persona que sufre de estrés tiene que pagar un alto precio en sus relaciones interpersonales, en su salud y en los costos derivados de la atención de dicho problema. Sin embargo, estas consecuencias no sólo abarcan el área individual; a nivel organizacional también se pueden sentir los efectos del síndrome de estrés.

En la empresa, los estragos del estrés pueden rastrear en dos niveles: aquellos que afectan directamente a la conducta del trabajador en el contexto laboral y aquellos inherentes a la empresa. Entre ambas clases existe una relación importante ya que las variables individuales condicionan los efectos organizacionales. En la primera categoría se encuentran:

1. *Bajo desempeño laboral.* El estrés laboral provoca que una persona pierda interés y se involucre poco en su trabajo. Aquello que era importante, significativo y retador se convierte en algo poco placentero, poco gratificante y sin sentido; las actividades se vuelven rutinarias y el trabajo algo denso que obliga a la persona a permanecer en él con una óptica abiertamente pesimista sin perspectivas de cambio².
2. *Bajo compromiso laboral.* El compromiso laboral se entiende en términos de relación entre el empleado y su función. Cuando las personas padecen de estrés laboral, generalmente atraviesan por la siguiente transición: la energía se convierte en agotamiento, el involucramiento se torna en cinismo y la eficacia se convierte en ineficacia, (Maslach et al.: 2001). El contrato psicológico que mantiene en niveles altos de motivación al empleado parece haber caducado; sus cláusulas merecen renegociarse.

² En psicología cognitivo conductual, esta distorsión cognitiva de la realidad se conoce como "visión de túnel".





3. *Bajos niveles de activación y placer.* Este rubro se relaciona con la vulnerabilidad de la persona respecto a uno o más de los siguientes aspectos del trabajo: los niveles de energía y resistencia, el deseo de invertir esfuerzo en el trabajo, la habilidad para controlar los niveles de fatiga, la persistencia ante las dificultades, la dedicación a las tareas habituales, el involucramiento y entusiasmo en los procesos, el sentido de orgullo e inspiración y la absorción³ laboral.
4. *Insatisfacción laboral.* Para un trabajador satisfecho, el trabajo aporta sentido a sus vidas, aumenta su autoestima, fomenta los sentimientos de utilidad, satisface la necesidad de reconocimiento social y permite extender las redes sociales; esto es, las personas cubren sus expectativas o deseos de prosperar y alcanzan mayores niveles de independencia económica. Por el contrario, cuando la insatisfacción laboral se presenta, los trabajadores ven mermadas sus posibilidades de expansión o sus deseos profesionales, se encuentran ante un horario incompatible con la vida familiar y social, condiciones desfavorables o un trato hostil por compañeros o jefes. Esto acarrea respuestas negativas del trabajador hacia su propio trabajo. Esta respuesta negativa o rechazo dependerá, en gran medida, de las condiciones laborales y de la personalidad de cada persona y hace referencia al estado de intranquilidad, de ansiedad o incluso depresivo al que puede llegar una persona que se encuentra insatisfecha laboralmente.
5. *Percepción de desequilibrio en las cargas de trabajo.* La cognición de las cargas de trabajo se encuentra frecuentemente alterada, abrumadora, poco razonable; las presiones de tiempo son una constante; se percibe una falta de recursos para cumplir con las exigencias propias de la actividad que se desempeña incluso, cuando las cargas de trabajo son moderadas.

³ Se refiere a un estado placentero de inmersión total en las actividades laborales caracterizada por la percepción del paso rápido del tiempo y deslindarse por completo del trabajo.



6. *Problemas asociados con el estilo administrativo.* Para los jefes, la toma de decisiones se torna autoritaria; para los empleados se convierte en una experiencia restrictiva con pocas o ninguna oportunidad involucrarse. Las relaciones Interpersonales o ambiente social se vuelven negativos, con falta de apoyo por parte de los colegas de trabajo y administradores; se presentan conflictos frecuentes con los supervisores, subordinados y clientes; la comunicación interpersonal y organizacional se torna deficiente y poco amigable. Así mismo, se percibe poca claridad en la prioridad de las actividades a realizar y la forma en que serán evaluadas; inseguridad laboral y falta de oportunidades de crecimiento.
7. *Afectividad negativa.* Tendencia a la experimentación de emociones disfuncionales como miedo, enojo, amenaza, disgusto, soledad y autoinsatisfacción (Watson, 1989) y rechazo por el entusiasmo, la curiosidad y la autodeterminación.
8. *Red social empobrecida.* Las relaciones sociales juegan un papel muy importante para enfrentar los eventos estresantes. La fuerza de las relaciones sociales y el contar con una red de apoyo capaz de proveer la asistencia necesaria es muy importante para el trabajador. Por el contrario, cuando la persona se enfrenta ante el fenómeno del estrés prolongado el deterioro y empobrecimiento de las relaciones sociales dentro y fuera del contexto laboral es notorio. Así mismo, los problemas con jefes, subordinados y colegas se vuelven una fuente importante de estrés, formándose un círculo vicioso del que la persona difícilmente puede salir.
9. *Percepción de inestabilidad.* La incipiente inserción de los países latinoamericanos al mundo globalizado aunado a una compleja red de problemas estructurales de naturaleza psicosocial han generado que el mercado laboral actual se caracterice por una sobrecarga de trabajo y la factibilidad de ser despedido en cualquier momento, generando una tensión continua entre los trabajadores activos. La desconfianza, la inseguridad en relación con su futuro laboral y personal aparecen como una amenaza para casi todos. Esta



percepción de inestabilidad laboral impacta en la relación de interdependencia, tanto económica como psicológica del trabajador con su empleador.

Así como existen estresores psicosociales específicos relacionados con el contexto del trabajo (Leibovich de Figueroa y Schfer, 2002), se considera que el temor por perder el trabajo así como el no tenerlo, conllevan características psicosociales propias. En tales términos, se puede plantear un continuo de malestar de las manifestaciones psicológicas en la relación *trabajo-inestabilidad-desempleo*. Esta perspectiva se acompaña por un aumento en la incertidumbre con respecto al futuro y a sí mismo, el sentimiento de pérdida significativa y malestar con respecto a la posibilidad de perder el estatus y, por asociación, la valía personal.

En las últimas décadas el contexto laboral ha cambiado sustancialmente en nuestro país. De ser un universo inclusivo y el principal factor de integración social, se ha transformado en un territorio de acceso restringido que condena a amplios sectores sociales a vivir en los márgenes de la vida común (Livszyc, 2003). Pese a los esfuerzos gubernamentales, el aumento sostenido y persistente de altas tasas de desempleo ha dejado atrás nociones como identidad laboral, seguridad en el trabajo, empleo estable y comenzaron a tomar sentido nociones como crisis del trabajo, subempleo y empleo informal.

El panorama parece ser más desalentador si se considera que al mundo laboral postcontemporáneo lo caracteriza la precariedad, a la que se someten la mayoría de los incluidos (Rifkin, 1996). En México el trabajo precario es la norma más que la excepción. Miles de personas en edad laboral se encuentran realizando actividades para las cuales no fueron capacitados, con sueldos que no cubren las necesidades básicas para el desarrollo integral propio y de los suyos con perspectivas de desarrollo no muy alentadoras debido a los bajos niveles de escolaridad.

En este sentido los investigadores han descubierto que las personas no alcanzan a adaptarse al estrés causado por inestabilidad laboral y trabajo empobrecido; por el contrario, el bienestar psico-





físico de los trabajadores se deteriora progresivamente a lo largo de la permanencia en tal estado. Esta situación repercute en el área familiar. Se ha observado una relación significativa entre inestabilidad laboral y *salud general pobre* y una relación negativa entre salud general pobre y niveles de motivación. Es aquí donde los recursos de afrontamiento pueden no fungir como moduladores del estrés y donde la insatisfacción, la tensión, el enojo y la desesperanza no favorecen el proceso de autorrealización de la persona.

Vale notar que el trabajo se encuentra íntimamente ligado con la salud, la identidad y el sentido de pertenencia del trabajador. Provee al individuo una estructura de tiempo, una actividad habitual, experiencias compartidas con otros de manera regular, vínculos con el exterior del núcleo familiar, metas individuales y colectivas y recursos materiales (Jahoda, 1987). Aunado a lo anterior, el trabajo ha de proporcionar tiempo libre para el descanso, el acceso a la cultura, el servicio a la sociedad y el desarrollo personal.

Como se puede observar, los efectos del estrés afectan a la empresa a nivel humano y a nivel económico. En el segundo apartado se encuentran los efectos del estrés relacionados con la empresa propiamente dicha. En este sentido, la mayoría de las empresas deberían estar en posibilidad de identificar las situaciones potenciales de estrés que se pudiesen presentar en ellas, detectando claramente los signos dentro de la organización que sugerirían la presencia y desarrollo de un conflicto desencadenante de situaciones estresantes.

Sin embargo, en la práctica observamos que no es así. Esto se debe a que las empresas, en general, le dan la espada al problema, lo niegan, minimizan o descalifican. El enfoque tradicional en la administración de recursos humanos se centra en el desempeño, el cambio, el producto y su calidad, las certificaciones, el control estadístico de procesos y la competitividad, ignorando que en todos estos aspectos van fuertemente involucradas variables humanas y que, en buena medida, para que estos procesos se desarrollen como se planeó, el factor humano y su bienestar es un aspecto central.

Esta condición acarrea que se presente una incompreensión general e incertidumbre acerca del síndrome de estrés laboral y





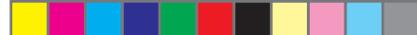
sus efectos en los trabajadores y en la empresa. Esta incomprensión también es significativa ya que a menudo es responsable de la apatía que muchas organizaciones muestran para atender de manera proactiva el estrés en el trabajo. Aquello que se puede medir, se puede controlar y muchos de los comportamientos organizacionales que se ven afectados por el estrés se encuentran fuera de la contabilidad general de la empresa y la administración estándar de la misma, integrándose a los llamados costos ocultos por concepto de merma del producto, pérdidas en productividad laboral, horarios interrumpidos, tiempo perdido por el personal de supervisión y administrativo, reemplazo de material y equipo dañado, pérdida de clientes y una larga lista que completa el cuadro de las llamadas empresas y empleados bajo los efectos del estrés. Gates (2001) demuestra empíricamente que existe una fuerte relación entre el estrés y lesiones, ausentismo, productividad y enfermedades⁴. Por ello es conveniente puntualizar los efectos de aquellos indicadores que atañen directamente la administración de recursos humanos de la organización.

1. *Ausentismo por enfermedad.* A partir del interés creciente en el tema se han realizado estudios serios que abordan la cuestión de ausentismo y sus concomitantes con el estrés ocasionado por el trabajo., sin embargo , es conveniente promover una mayor comprensión del tema a través estudios y publicaciones ya todavía un buen número de empresas e instituciones no aceptan de manera explícita la relación estrés-ausentismo atribuyendo la causa del ausentismo a dos razones fundamentales: auténtica enfermedad física o la simulación de la misma, sin detenerse y preguntarse por qué los empleados querrían simular estar enfermos.

Aunque indeseables, este tipo de conductas se aceptan como *normales*, sobre todo entre empleados operativos cuyo control exige

⁴ En el Reino Unido, la Asociación Internacional para el Manejo de estrés, encontró que el 64% de los empleados Británicos se quejaron de sufrir de estrés laboral. Una investigación de Health & Safety Executive (HSE) sugiere que se pierden 6.5 millones de horas laborales al año a causa del estrés laboral (Bartram, 2003). Aunque éstos datos provienen específicamente del Reino Unido, es un reflejo de lo que está sucediendo en el ámbito laboral a nivel mundial.





políticas más firmes dirigidas al control del ausentismo a corto plazo. Dentro del esquema de pensamiento de los administradores y de las personas que se encuentran al frente de las organizaciones, no se conceptualizan los trastornos mentales ni su incidencia sobre el trabajo.

En este sentido, “desde la sala de ventas hasta los pisos ejecutivos, se han conocido a muchas personas que se sienten incapaces de acudir a su trabajo”⁵ en donde casi no se ha encontrado evidencia de simulación, la mayoría de ellos, empleados a quienes los generotes no les conocen y por tanto no se les brinda apoyo, se les ignora, presentan una carga excesiva de trabajo y simplemente refieren estar cansados y no poder más. Muchos de ellos faltan porque no pueden enfrentar otro día con la misma rutina, las mismas actividades, los mismos compañeros, la misma área de trabajo, la misma empresa. El Consejo Mexicano de la Medicina del Trabajo reconoce en su publicación⁶ como primeros signos de alarma por estrés laboral: cefalea, trastornos del sueño, dificultad en la concentración, irritabilidad, disturbios estomacales, insatisfacción en el trabajo y baja autoestima. Signos presentes en las personas que se ausentan frecuentemente.

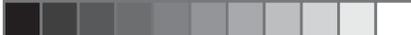
Esta condición se acentúa en las empresas que han demostrado poca capacidad para satisfacer las necesidades humanas más elementales, tales como apoyo, reconocimiento, influencia y control.

Diversas investigaciones revelan que los padecimientos musculoesqueléticos junto con el estrés explican el 80% de los días laborales perdidos. Esta relación es más evidente en organizaciones donde laboran poblaciones vulnerables, como las instituciones de salud y las educativas. En investigaciones recientes como la de Mamani Encalada y Col. (2007) con personal en el área de emergencias, se revelan como causa de ausentismo por estrés: sobrecarga de trabajo, presión del tiempo, ambigüedad de roles, inestabilidad laboral y problemas de interrelación con el equipo

5 Op. Cit. p.p. 19

6 Ramos González, José Migue. *Estrés en el trabajo*. Revista Latinoamericana de Salud en el Trabajo. Vol. 1. No. 2. 2001





multidisciplinario, disminuyendo notoriamente la calidad de los cuidados y la productividad. Arturo Navarrete Escobar, Jefe de Prestaciones Médicas, Delegación Coahuila, del IMSS y Cols. (2005), analizan los factores socioculturales y de organización de los servicios de salud, relacionados con el ausentismo no programado mediante un estudio descriptivo y transversal de un grupo de trabajadores de instituciones de seguridad social quienes durante el año anterior habían presentado ausentismo significativo; utilizando estadística descriptiva en donde el grupo de edad con mayor porcentaje de ausentismo fue el de 41 a 50 años (49.2 %) correlacionaron la antigüedad, el perfil y las causas del ausentismo. Varias de las causas atribuibles a tal fenómeno se relacionaban íntimamente con el estrés laboral⁷. Entre los docentes las cifras no son muy halagüeñas. En una investigación realizada por Tisiotti, Paola V. y Col. (2007), se encontró que la prevalencia del estrés laboral prolongado ascendía al 79%⁸ en donde el propio estrés, la organización de la tarea y el hecho de trabajar con alumnos que muchas veces no tenían el respaldo de sus padres eran las fuentes principales de estrés.

Travers y Cooper (1997) ponen de manifiesto cómo, en los últimos tiempos se ha presentado el problema del ausentismo, la renuncia al puesto de trabajo y la jubilación anticipada dentro del área docente que puesto en la jerga universitaria ha provocado la *desacademización de las instituciones de educación superior*. En este sentido, la pérdida de maestros competentes supone un costo demasiado alto para no tenerlo en cuenta. Muchos expertos consideran que el problema es una manifestación directa del estrés entre docentes en donde los maestros del nivel básico son los más propensos a “*escapar*” del ejercicio profesional.

Es importante clarificar que el estrés es una importante variable involucrada en el ausentismo por enfermedad. La dificultad

7 Arturo Navarrete-Escobar y Cols. *Ausentismo laboral en instituciones de seguridad social y factores relacionados*. Méx. Revista Médica del IMSS. 2005

8 Paola V. Tisiotti. *Prevalencia y dimensiones del burnout*. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 172 – Agosto 2007





para lograr que las organizaciones se conscienticen acerca de su relación con el ausentismo y la rotación de personal se ha debido a una falta de entendimiento acerca en que éste afecta la salud del empleado y la salud de la empresa, así como las dificultades para comprender con precisión aquello que la información sobre ausentismo puede significar. Sin embargo y en este sentido, vale clarificar que el ausentismo no es el único costo que las empresas pagan por causa del estrés laboral.

2. *Rotación de personal.* Junto con el ausentismo, las elevadas tasas de rotación de personal son uno de los signos más claros del estrés. La relación, en apariencia, es sencilla. Las personas que se enferman por su trabajo, que no pueden afrontar las presiones de sus labores o que consideran a su trabajo insatisfactorio, buscarán un trabajo alternativo y se irán en la primera oportunidad. El costo directo por rotación es elevado. A modo ilustrativo, Jiménez Castañeda (2006) refiere que en la industria maquiladora de Ciudad Juárez Chih., a partir del estudio de los factores de sociales y de salud que inciden en el desenvolvimiento laboral de la industria maquiladora, encontró que el turno de trabajo era una determinante para la renuncia de los empleados durante los primeros 30 días. La mayor rotación era atribuible a los reglamentos laborales, pues se consideran demasiados rígidos⁹. Otra condición a partir de la cual se explicó la rotación que entre la población femenina, casi 30 de cada 100 mujeres que trabajaron por lo menos 31 días presentaban antecedentes quirúrgicos; 10 de cada 100 eran fumadoras e igual número experimentaron alguna enfermedad o condición que requirió de incapacidad médica; por ende, se concluyó que los aspectos relacionados con la salud fueron determinantes en la rotación de personal¹⁰.

A partir de los trabajos realizados por Lara (2002) en materia de rotación de personal, se establecen como implicaciones: a) los bajos salarios y prestaciones; b) *trabajo monótono y cansado*; c) *demandas excesivas del empleo*; d) *incómodo ambiente de trabajo y socialización*

9 Condición relacionada tanto con la rotación como con el ausentismo

10 Ramsés, Jiménez Castañeda. *Rotación de personal. Evidencia empírica para Ciudad Juárez.* UdeCJ. 2006





*industrial precaria; e) inducción a enfermedades y deterioro de la salud por los procesos propios de la empresa*¹¹. Como se aprecia, buena parte de las causas de la rotación de personal, son adjudicables al estrés propio de la organización.

Carrillo y Santibáñez (1993) en estudios realizados en la ciudad de Tijuana, mencionan que la *poca integración social*¹² influye poderosamente en la rotación de personal. Al respecto afirman:

“Tradicionalmente se ha mencionado que un factor de la rotación es la escasa integración social en el trabajo. Se argumenta que un ambiente de trabajo que no propicia el compañerismo, derivado de un trabajo aislado e intenso, en donde no hay espacio para socializar con otros trabajadores ni siquiera después de las horas de trabajo, representa un aspecto central que inhibe la identificación de grupo y contrarresta los factores de retención en el empleo”¹³.

Como se aprecia, la socialización es un problema en el sector industrial estudiado. En ese sentido, se advierte que la rotación de personal básicamente es un efecto, más que una causa. Aunque no lo explicitan es probable que el estrés laboral esté involucrado en ello. Los resultados localizados por los autores hacen referencia a actitudes, conducta interpersonal de los trabajadores de la muestra estudiada, formas organizativas de las empresas y su influencia en la toma de decisiones.

A partir de los datos anteriores, se puede afirmar que el estrés influye de manera poderosa en la rotación de personal y que los costos generados por este rubro merecen tomarse en cuenta; dichos costos se vuelven más significativos si se considera el impacto de la

11 A. Lara. *Cambio tecnológico, demanda cualitativa y estrategias de aprendizaje en la industria*. Méx. Col-Méx. 2002

12 Ya se había tratado en otro apartado la importancia de la integración social y el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo como factor preventivo para el estrés laboral.

13 Jorge Carrillo, et. al. *Rotación de personal en las maquiladoras de exportación en Tijuana*. STPS y Col. de la Frontera Norte. 1993





pérdida del capital intelectual, particularmente en las universidades cuyas características precisan niveles elevados de escolaridad y cuya misión y actividad demanda la producción de conocimiento. Así mismo, los empleados consignados en las estadísticas de rotación se llevan consigo experiencia, conocimiento individual y muchas horas de capacitación que la organización invirtió en ellos durante su estancia en ellas.

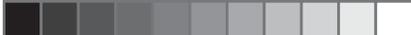
3. *Incremento de los accidentes laborales.* Al igual que los dos factores antes mencionados, los accidentes laborales pueden ser un signo claro de los efectos del estrés. Naturalmente no todos los accidentes se relacionan con el estrés pero en muchos sí es un factor involucrado. Cada vez existe mayor evidencia de que los empleados que están sujetos a un estrés persistente presentan mayor vulnerabilidad a sufrir algún accidente.

Matruana y Cols. (1994) en una investigación realizada con pacientes accidentados en el trabajo que habían sufrido una amputación grave, en máquinas industriales buscaron información relevante previa al accidente, las condiciones de trabajo, sintomatología neurótica y psicósomática, los niveles de estrés y cambios vitales. Los resultados mostraron que los pacientes amputados tenían menor tiempo de experiencia en el trabajo, mayor cantidad de eventos vitales en los últimos 6 meses, y un nivel significativamente mayor de sintomatología neurótica y psicósomática, así como de estrés laboral y extra-laboral¹⁴. Como se observa, el funcionamiento psicológico de los pacientes amputados presenta una participación importante en la dinámica estrés-accidente.

Íntimamente ligado con el estrés laboral se encuentra el consumo de sustancias adictivas como alcohol, tabaco y estimulantes, condicionantes potenciales de accidentes laborales. Una investigación realizada por Carreño García y Cols. (2006) acerca de las características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en la industria textil mexicana revela como fuentes mayormente referidas de estrés el “tener que luchar para salir adelante (87.6%), tener

14 Rodrigo Maturana, et. al. *Factores psicosociales relacionados con accidentes del trabajo.* En Revista chilena de Neuropsiquiatría. 1994





demasiado trabajo que hacer (60.5%) y *que ocurran accidentes si no se tiene cuidado* (51.6%)”¹⁵. Del total de la muestra 14.2% presentaron niveles altos de estrés en el trabajo; poco más de la mitad de ellos (61.7%) consumió alcohol en el último año; una cuarta parte (25.8%) se determinó que presentaba problemas con el consumo de alcohol, un poco más de la mitad de los trabajadores (64.2%) no bebe o tiene un consumo de bajo riesgo, mientras que 26.5% bebe alcohol en riesgo y sólo 5.3% se ubica en un consumo peligroso por la frecuencia y cantidad de su ingesta¹⁶.

Respecto a los problemas laborales, una cuarta parte (24.1%) mencionó que ha invertido más tiempo de lo normal en alguna actividad laboral, a 21% le han llamado la atención por errores en su desempeño, 18% sintieron que no alcanzaban a entregar un trabajo de calidad. Los accidentes que se mencionaron son: haber tenido heridas en las manos (17.5%), heridas en los dedos (15.7%), haber estado a punto de tener un accidente (13.5%) y 10% ha sufrido daños o lesiones al desempeñar su trabajo. Estas cifras revelan cómo la presencia del estrés y el consumo de alcohol condicionan la aparición de accidentes laborales.

Los costos derivados de un accidente tienen una repercusión directa sobre la organización: el tiempo que se requiere para manejarlo, la ausencia del trabajo, el daño físico a la planta/maquinaria y a las mercancías, las indemnizaciones y las multas gubernamentales son sólo algunas de sus repercusiones. De aquí deriva la importancia de efectuar análisis concienzudos acerca de las causas de los accidentes y el grado en que los “*errores humanos*” participan en ellos, en donde el estrés cumple un protagónico.

4. *Problemas relacionados con la toma de decisiones.* Las reacciones ante el estrés originan que las personas duden de sus capacidades y que no se percaten lo suficiente de lo que pasa a su alrededor. A

15 Silvia, Carreño García. Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. En *Salud Mental*. Vol. 29, No. 4, julio-agosto 2006

16 La muestra se compuso por 277 trabajadores –operarios–, todos hombres, de 16 a 65 años de edad, 85% con estudios de secundaria y 82.7% casados o en unión libre.





medida que aumenta la complejidad de la tecnología en el trabajo, existe una tendencia natural que alienta la autonomía y el uso del criterio individual, requiriéndose cada vez más que las personas se esfuercen en tomar decisiones. En este contexto, la toma de decisiones se vuelve una actividad cada vez más cotidiana en el desarrollo de las actividades propias de cada función.

Desde esta perspectiva, la persona que reencuentra bajo los efectos del estrés suele tomar dos alternativas: reñir y huir, pero no son las únicas reacciones ante una amenaza; es posible que la persona se paralice y no haga lo que debe hacer en los momentos y tiempos indicados. Esta respuesta ante el estrés es frecuente y puede asumir muchas formas. El individuo puede quedarse inmobilizado, incapaz de hacer cualquier cosa, incluso pensar. Otra reacción extrema consiste en vacilar y darle demasiadas vueltas a una situación, tendientes a estados de pánico. La persona evita tomar decisiones creándose un remolino de actividad inútil; meras acciones sin dirección.

Las respuestas disfuncionales descritas moldean la vida diaria de las personas que se esfuerzan por manejar las complejidades actuales del ambiente de trabajo. Se enfrentan con una disposición confusa de opciones sobre lo que se debe hacer y hacia dónde encaminar la energía de trabajo.

El estrés laboral importa en este contexto debido a que, cuando la presión supera la capacidad de afrontamiento de los trabajadores, se deteriora considerablemente la capacidad de toma de decisiones y la calidad de las decisiones tomadas. Nuevamente el estrés puede causar un funcionamiento erróneo en el sentido de que se puede estar tan abrumado con pensamientos, ideas y opciones que se pierde la capacidad para discriminar. La tensión de alcanzar un buen desempeño ocasiona que se tomen decisiones sin que realmente se dimensionen las consecuencias. Bajo esta circunstancia los errores llaman a la puerta.

Otros empleados enfrentan un proceso diferente. Tiene tantas decisiones que tomar, tanta información que procesar, demasiadas personas con las cuales hablar que descubren que ya no pueden afrontarlo “*desconectarse*”; pierden interés, el trabajo ya ni tiene





la importancia de antes. Esta disociación con respecto al trabajo invalida el proceso de toma de decisiones y genera un ambiente laboral donde existe una actitud de desdén en cuanto al servicio, la calidad y el desempeño. La energía y el compromiso parecen esfumarse; la indiferencia se convierte en el signo más tangible del estrés laboral.

5. *Disminución del rendimiento de la fuerza laboral.* Toda organización que con mecanismos de control eficientes tiende a la disminución de errores y al aseguramiento de la calidad. Es natural que si en las empresas trabajan humanos y los errores son algo tan natural en los humanos se presenten errores dentro de ciertos márgenes tolerables; sin embargo, se sabe que en las empresas con personal estresado, existe cierta proclividad al error. Cuando los errores se comenten a este nivel, los costos asociados no son perceptibles de inmediato, pero esto no hace que sea menos reales. La situación se complica por el hecho de que la economía moderna se orienta al servicio y es probable que los errores no sean sólo prácticos, sino también intelectuales; en cualquier caso con implicaciones a mediano y largo alcance y costos importantes para la empresa.

Es aquí donde la falta de participación, las deficiencias en la toma de decisiones, las actitudes indolentes hacia el trabajo conducen a problemas relacionados con la calidad. Mejorar la calidad de los productos y servicios de una organización ha sido uno de los principales objetivos estratégicos durante muchos años y se han logrado avances sustanciales en lo referente a la implementación de sistemas y el cambio de actitudes. Año con año, las empresas realizan fuertes inversiones de capital para desarrollar la cultura de calidad al interior de las mismas, pero es difícil asegurar que tendrán beneficios completos si no logran reducir el estrés de sus empleados.

Resulta contradictorio que algunos de los principios básicos del control de calidad se apliquen a los productos y a los procesos pero no a las personas. Se reemplazan la maquinaria averiada, se rediseñan los sistemas para optimizar las operaciones y se hace lo posible para que el concepto de calidad se maneje en todos los





procesos. Esto no ocurre con los trabajadores. Vincular el costo de la calidad con el manejo del estrés debería enfocar la atención sobre el bienestar del empleado como una determinante esencial del éxito de un programa de calidad y ayudar a las personas a darse cuenta de los beneficios que esto acarrea.

De la misma forma en que se utiliza la calidad como una manera de establecer una ventaja competitiva, la capacidad productiva de los trabajadores es frecuentemente uno de los motores de este objetivo. Sin embargo, es en la de reducción del nivel de potencial individual del empleado donde el estrés organizacional deja otra marca en la empresa. De la misma manera en que éste socava la aptitud del empleado para pensar de manera creativa¹⁷, tomar decisiones óptimas, asegurarse de la calidad y demás, también reduce drásticamente la capacidad y motivación del trabajador para dar de sí un desempeño que satisfaga un estándar elevado. Esto es un aspecto clave ya que se reduce significativamente el desempeño de cada empleado que lo experimenta, no sólo de aquellos que han llegado al nivel del *burn out*¹⁸. Desde esta perspectiva, todo trabajador con estrés laboral presenta un desempeño por debajo de su nivel de capacidad. La realidad de la vida laboral de muchas organizaciones es que el estrés vulnera la capacidad de afrontamiento de las personas e impulsa el bajo rendimiento. Expuesto lo anterior, se observa la complejidad en la caracterización del estrés laboral. Sus consecuencias a nivel personal y organizacional se dejan sentir en todos los niveles del organigrama ante los cuales se precisa intervenir de manera preventiva y correctiva.

En la última década, se ha prestado mayor atención a la inciden-

17 Bajo estrés laboral, las personas tienden a pensar de manera excesiva en los problemas, se enfocan en sus debilidades y se les dificulta pensar de manera clara en cualquier cosa. La creatividad y la innovación son las grandes ausentes, no hay espacio para el pensamiento original. Se siguen operando las actividades diarias por hábito con la menor referencia posible al mundo fuera de los problemas. Esta situación se aprecia claramente en las empresas donde el estrés es endémico; en ellas existe muy poca creatividad, a las personas les desagrada el cambio y a las ideas nuevas se les ignora o devalúa.

18 Denominación dada a la presencia de niveles altos de estrés laboral por períodos prolongados.





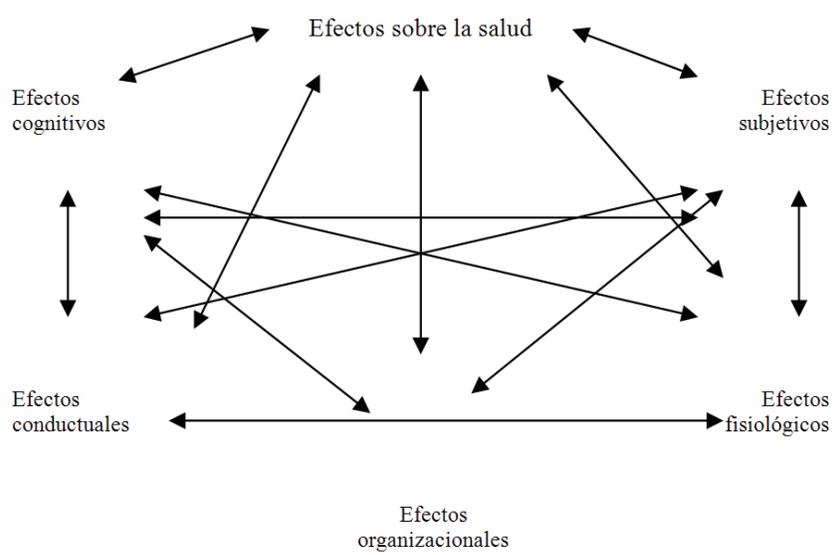
cia del estrés entre los docentes. En un estudio realizado a nivel internacional del estrés derivado de las actividades docentes (Kyriacou, 2007) se hace referencia constante a la presencia del estrés dentro de esta actividad profesional, en países tan diversos como los Estados Unidos, Israel, Colombia y Nueva Zelanda. Es así como en nuestros días, el trabajo docente es considerado como una actividad estresante (Milstein y Golasewski, 1985). Los informes reportan que los docentes y particularmente los docentes universitarios padecen estrés debido al trabajo que realizan en casa, al comportamiento de los alumnos, la falta de estrategias de promoción, insatisfactorias condiciones laborales, inadecuada relación profesional e interpersonal con los colegas, alumnos y personal administrativo, problemas a nivel sindical, la sobrecargas de actividades, la inestabilidad en el trabajo y un amplio abanico que sólo ratifica la posición en la que se encuentran aquellos que viven de esta actividad.

Estas condiciones se traducen en costos elevados tanto para el trabajador, como para la institución educativa y finalmente para el Estado y las invasiones relacionadas con trastornos asociados al ejercicio profesional de los docentes universitarios.





Fig. 1 La naturaleza interactiva de los síntomas del estrés (Sutherland y Cooper, 1991)



Quando se pretenden identificar las manifestaciones del estrés entre el profesorado es importante tener en cuenta que, en determinadas circunstancias, es posible que las características del entorno laboral constituyen la fuente del estrés (como las malas relaciones con los colegas) o bien manifestaciones de algún otro elemento estresante (como un exceso de trabajo que genere esas malas relaciones). A esto se añade el hecho de que un individuo no logra enfrentarse adecuadamente con las fuentes del estrés, esto puede generar un efecto “dominó” que crea más elementos estresantes. Fuera del trabajo, tales elementos también pueden ser evidentes e interactuar con los niveles de estrés experimentados en el trabajo, influyendo en ellos a su vez. Es importante que admitamos también la importancia de las diferencias individuales en términos de la percepción, naturaleza e intensidad de las reacciones frente a las presiones, ya que éstas pueden producir respuestas muy distintas dependiendo de cada persona.





CONCLUSIONES

De acuerdo con lo expuesto, cada día es más evidente que el estrés al que se enfrentan los trabajadores tiene efectos adversos sobre la salud. Cuando se examinan los efectos del estrés, debemos admitir que algunas de las exigencias consideradas potencialmente estresantes pueden tener resultados positivos (como los desafíos que aumentan progresivamente) y en buena medida, negativos, traducibles en el efecto *burn out*. De esta manera se concluye que el estrés entre los trabajadores, se sostiene sobre la base a dos motivos principales:

1. El estrés tiene serias implicaciones sobre actitudes y conductas particulares
2. Existen muchos costos derivados de la presencia del estrés negativo, a nivel individual, organizacional y nacional

Se puede investigar la relación entre las fuentes del estrés y sus síntomas. Se puede afirmar que los estudios respaldan que las fuentes del estrés en un trabajo concreto, unidas a las características personales, pueden predecir los síntomas de estrés, que pueden revelarse bajo las formas de insatisfacción laboral, problemas de salud mental, accidentes, intenciones de abandonar la profesión, absentismo, excesivo consumo de alcohol y tabaco, problemas familiares y una larga lista de síntomas psicológicos ha sugerido por ejemplo, que “el estrés supone una amenaza para la calidad de vida y para el bienestar físico y psicológico.

Las respuestas físicas al estrés pueden tener fatales consecuencias (enfermedades coronarias), así como síntomas menos graves, tales como dolores de cabeza y migrañas, úlceras e indigestiones, problemas de la espalda o cervicales, agotamiento o fatiga. Aunque debemos reconocer que la propia existencia puede resultar estresante, pasamos buena parte de nuestro tiempo en el trabajo, de manera que el estrés laboral merece un examen detallado. Cuando examinamos los efectos del estrés debemos tener en cuenta que no





podemos referirnos a las causas y los costes como si fueran facetas aisladas. Uno de los problemas principales en el estudio del estrés es que, con frecuencia, uno de sus síntomas puede constituir la fuente del estrés. Tal y como lo explican Sutherland y Cooper (1991):

Uno de los temas principales en la salud psicológica es la identificación de las vías causales y los mecanismos de la función interna. La situación es compleja porque no sabemos mucho sobre la secuencia temporal de los efectos del estrés ni sobre las relaciones que existen entre las variables implicadas.

Así mismo, se ha investigado la asociación entre los diversos orígenes del estrés ocupacional y sus consiguientes manifestaciones (es decir, psicológicas, fisiológicas y conductuales). También existe amplia documentación sobre los efectos a largo plazo de estos elementos estresantes. Los individuos incapaces de enfrentarse con efectividad a las exigencias ambientales empiezan a evidenciar pronto manifestaciones de estrés. Dependiendo de la naturaleza de éste del maestro en particular y de diversas variables intermediarias, las consecuencias del estrés pueden revelarse en las manifestaciones emocionales: sentimientos de ansiedad indefinida, insatisfacción, depresión, temor y frustración, baja autoestima, elementos cuyo posible resultado extremo sería el agotamiento total; manifestaciones conductuales: problemas de conducta, tales como desequilibrios alimenticios, consumo excesivo de tabaco y alcohol/medicamentos, violencia o insomnio y otros posibles síntomas de renuencia (como el absentismo y el abandono de la profesión); manifestaciones fisiológicas: dolencias cardíacas, enfermedades psicosomáticas, fatiga y bajas reservas de energía (Milstein y Golaszewski, 1985). Filian y Santoro (1981) afirman que las manifestaciones emocionales suelen ser las precursoras de otras manifestaciones conductuales y fisiológicas del estrés en los enseñantes, y por tanto no deberíamos considerar que aquellas tengan una naturaleza aislada.





REFERENCIAS

- Ausfelder, T. (2001). *Mobbing: el acoso moral en el trabajo; prevención, síntomas y soluciones*. Barcelona: Océano.
- Buendía Vidal, J., & Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide.
- Dorsch, F. (1985). *Diccionario de Psicología*, Barcelona: Herder.
- Gándara, M. (1998). *Estrés y trabajo: el síndrome del burnout*. Madrid: Cauce.
- Kornblit, A. L. & Mendes Diz, A.M. (1993). *El profesor acosado: del agobio al estrés*. Buenos Aires: Humanitas
- Nowak, K. (2006). *Perfil de Estrés*. México: Manual Moderno.
- Oblitas L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson Editores.
- Pervin L. & John O. (1998). *Personalidad, teoría e investigación*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, N. (2002). *Mobbing: vencer el acoso moral*. Barcelona: Planeta
- Rojas, E. (2002). *La ansiedad*. México: Planeta Mexicana.
- Stora, J. B. (1992). *El estrés*. Francia: Publicaciones Cruz O.
- Travers, C. J. & Cooper, C. L. (1997). *El estrés de los profesores: la presión en la actividad docente*. Barcelona: Paidós.
- Trull T. & Phares J. (2003). *Psicología clínica*. México: Thompson Editores.





INDICADORES PERSONALES PRESENTES EN EL ESTUDIANTE UNIVERSITARIO

*Rafael Armando Samaniego Garay.
Universidad Autónoma de Zacatecas.*

Uno de los problemas de la educación radica en que cada vez se incrementa el número de alumnos con dificultades de tipo personal y/o familiar que interfieren no solo en su desarrollo escolar sino que también afecta a los maestros responsables de su formación académica. En su gran mayoría los profesionales de la educación carecen de información desde una perspectiva psicosocial que les permita enfrentarse y a dar solución a las diversas problemáticas que presentan sus estudiantes ya que los problemas de los alumnos en el aula posiblemente puedan ser debidos a desajustes con sus áreas psicosociales mismos que pueden ser etiquetados como alumnos con problemas conductuales y sociales durante toda su trayectoria escolar. El objetivo del presente capítulo es describir una de las principales áreas psicosociales en el estudiante universitario, el área personal y sus indicadores que conlleva: la satisfacción con la figura corporal el auto concepto, el estado de ánimo y las metas y objetivos, presentes en el estudiante universitario. Considerando relevante realizar la descripción teórica de dichos elementos, abarcando aspectos tales como su conceptualización, características principales y alcances de dichas áreas en la adaptación escolar en los alumnos que ingresa a nuestras universidades.



Introducción

Consideramos que la mayoría de los problemas que presentan los alumnos en el aula posiblemente pueden ser debidos a desajustes o a una desadaptación en el medio escolar, provocada por factores de tipo personal o familiar, o ambos. Estos alumnos a la larga pueden llegar a ser etiquetados como alumnos con problemas conductuales y sociales durante toda su escolaridad en el ámbito educativo (Badia, 2004). En algunos estudios se ha relacionado a los alumnos con problemas de conducta con el bajo nivel económico así como con la estructura y el ambiente familiar, la educación de los padres, o con el nivel o grado en que se involucran los padres en la educación de sus hijos (Dodge, Pettit & Bates, 1994; Paulin, 2004).

Es preciso señalar que la permanente carencia de repertorios de información respecto a los aspectos psicosociales del estudiante es determinante para la presencia o ausencia de conductas problemáticas en el aula y que en específico, para los profesores en su actividad cotidiana, se ha detectado que se acentúa la necesidad de información y capacitación respecto a las áreas individuales, sociales, escolares, de salud y familiares de los estudiantes, para llegar a un adecuado uso del comportamiento de sus alumnos puesto que en algunas ocasiones los prejuicios de ciertos profesores sobre sus alumnos, no facilitan el trabajo académico formativo de los alumnos (Badia, 2004).

No podemos esperar que sean sólo los profesionales de la educación los encargados de esta labor de atención e intervención ante dichos problemas, debemos ser conscientes la mayoría de los profesionales de la educación carecen de elementos teórico-metodológicos desde una perspectiva psicosocial que les ayuden a enfrentarse y a dar solución a las diversas problemáticas que presentan sus alumnos. Por lo que consideramos que el problema de la educación es un problema de soluciones prácticas y no solamente conocimiento teórico. La observación teórica de un objeto no estudia el objeto en su totalidad, sino que sólo indica las ideas útiles para una elaboración teórica.



Cabe señalar que a la fecha, y debido a la gran diversidad existente entre los alumnos, medios educativos y terrenos de estudio, no se ha formulado aún ninguna teoría global aplicable al conjunto de la Psicología en el área de la educación, sino que al contrario y a lo largo de la historia, el desarrollo de la Psicología como ciencia ha hecho importantes aportes a la educación en aspectos muy centralizados, como la construcción del pensamiento y la educación de la memoria, de la atención, del lenguaje y de la imaginación, entre otros.

Generalmente el profesional de la Psicología trabaja en teorías y métodos sobre fenómenos concretos del aprendizaje, la motivación, el desarrollo y la enseñanza, dejando de lado los aspectos psicosociales del mismo como parte de un conocimiento integral del alumno. Ante lo cual conviene recordar a K.D. Ushinski cuando escribe: “No aconsejamos a los docentes que procedan de uno u otro modo, sino que decimos: estudiad las leyes de los diversos fenómenos biológicos, psíquicos y sociales que queréis dirigir y proceded de acuerdo con estas leyes y las circunstancias a las que queréis aplicarlas”.

Por lo que desde nuestra perspectiva, pensamos que es preciso considerar el estudio de las múltiples relaciones que existen entre el alumno y su medio emocional, familiar, de salud y escolar, involucrando aquellos aspectos de la vida cotidiana y su relación directa sobre la conducta de estudiante que lleva a cabo en los espacios áulicos, y que dicho estudio nos permita sugerir en lo sucesivo, que dicha información sea tomada en cuenta para lo que se llegue a considerar como importante y necesario respecto a metas, visiones, misiones, objetivos, estrategias, sistemas de evaluación, actividades correctoras de conductas negativas de los alumnos por parte de la institución, también respecto a los criterios de inclusión o de exclusión para los alumnos, a las recompensas y castigos entre los mismos por parte del personal docente y así orientar el quehacer de la actividad de enseñanza y aprendizaje, pues el hombre, es un ser social, vive y coexiste con otros hombres que al igual que él, son activos y capaces de transformar la sociedad.





El Área Personal del Estudiante Universitario

Comenzaremos con la descripción del área personal en los estudiantes, donde se mencionaran algunas de las definiciones y características acerca de dicha área, además de contemplar los diferentes indicadores que fueron considerados en este capítulo, tales como la satisfacción con la figura corporal, el auto concepto, el estado de ánimo y metas y objetivos.

En el desarrollo personal de todo ser humano la cultura, los grupos y las instituciones juegan un papel primordial. Por lo tanto, podemos decir que este proceso es producto de la interacción entre la herencia biológica, la cultural y el ambiente. Cuando consideramos los intereses y las necesidades de otros, cuando escuchamos las razones de otros y empezamos a cambiar nuestra manera de pensar y de actuar, nos desarrollamos como personas.

De acuerdo a la definición del área personal, encontramos que, según la real academia de la lengua española en el área personal se encuentran una serie de características de las cuales se podrá desglosar una idea general de lo que es en sí dicha área. Para llegar a una definición de este concepto es necesario desglosar cada uno de estos términos, así pues, área es definida como cada uno de los elementos que intervienen en un proceso, mientras que personal, es perteneciente o relativo a la persona (Diccionario de la real academia española, 2001).

Como punto de partida una definición general de lo que es el área personal del estudiante, nos dice que: “Comprende los eventos que se relacionan con la vida emocional, sexual, con sus pasatiempos, cambios físicos y psicológicos del adolescente o joven”. (Gómez & Duran, 2003).

Aunque esta definición contiene varios indicadores importantes dentro del área personal del estudiante, los que serán tomados en cuenta dentro de este capítulo solo serán cuatro, que nos parecen esenciales en la vida del alumno, los cuales son la satisfacción con la figura corporal, el auto concepto, el estado de ánimo y las metas y objetivos. Recapitulando, el área personal podría ser definida como todos aquellos elementos que intervienen en el proceso de





una persona, es decir, el conjunto de características que reúne un individuo, que en este caso serían los cuatro indicadores del área personal ya mencionados, considerados todos dentro del presente trabajo teórico y que serán descritos más adelante.

Los cambios hormonales en adolescentes o jóvenes estudiantes son precursores de cambios rápidos en su estado de ánimo, existe una necesidad mayor de privacidad, y una tendencia a ser temperamentales, durante este periodo puede ser que estén demasiado centrados en sí mismos, consideran que son la única persona en el mundo que se siente como él, o que solo a él le ocurren las cosas, o que es tan especial que nadie puede comprenderlo (y menos su familia). Este centrarse en sí mismo puede dar lugar a momentos de soledad y aislamiento, o bien en la forma de relacionarse con familiares y amigos en donde las emociones exageradas así como cierta inconsistencia en su comportamiento son habituales. Pasando de la tristeza a la alegría o de sentirse los más inteligentes a los menos inteligentes con rapidez (Verano, 2002).

En lo que se refiere a las metas y objetivos es muy notorio que en los jóvenes universitarios, el avance en las formas de pensar, razonar y aprender son especialmente significativos. Una de las consecuencias más relevante de estos cambios mentales es la formación de un auto concepto y formación de metas: pensar en quienes son y quienes quieren llegar a ser es un asunto que les ocupa tiempo y hace que exploren distintas identidades cambiando de una forma de ser a otra con cierta frecuencia. Esta exploración es necesaria para un buen ajuste psicológico al llegar a la edad adulta.

Así pues, mencionaremos en lo subsiguiente los diferentes indicadores del área personal que fueron considerandos en este capítulo, tales como la satisfacción con la figura corporal el auto concepto, el estado de ánimo y las metas y objetivos.

Satisfacción con la Imagen Corporal

La imagen corporal se ha definido como un constructo con una estructura multidimensional que abarca auto percepciones, pen-





samientos, sentimientos y acciones referentes al propio cuerpo, principalmente a su apariencia. La imagen corporal personal entonces, corresponde a la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo. Diversos estudios han diferenciado dos dimensiones subyacentes en dicha estructura: la dimensión perceptiva y la dimensión actitudinal (Thompson, 1990). La primera hace referencia a los aspectos perceptivos de la estimación del tamaño corporal. La segunda incluye las emociones o sensaciones que el individuo tiene asociadas a su apariencia corporal, y las evaluaciones cognitivas que hace de su propio cuerpo (Cash, 1994).

Por lo que una imagen personal positiva refleja confianza en sí mismo, lo que facilita que exista la autonomía personal, en cuanto a toma de decisiones y afrontamiento de problemas. Así por el contrario, una imagen negativa de sí mismo refleja falta de confianza en sí, y en las propias capacidades, lo que dificulta el logro de la autonomía personal y el establecimiento de relaciones satisfactorias.

Creemos que para el joven estudiante es muy importante su aspecto personal como forma de adaptación al ámbito escolar, ya que es posible que lo vean como una carta de aceptación hacia el exterior. Se sabe que diversos factores biológicos, psicológicos, ambientales, sociales y culturales interactúan y contribuyen a la preocupación excesiva por el peso corporal. (Levine, 1994). El esquema corporal: supone la idea que tenemos de nuestro cuerpo a partir de las sensaciones y estímulos. Esta imagen está muy relacionada e influenciada por las relaciones sociales, las modas, complejos o sentimientos hacia nosotros mismos.

De ahí que se toman dos aspectos principales relacionadas, con base a las cuales es tan importante considerar la imagen corporal en el desarrollo del adolescente y joven universitario, la primera es el miedo al rechazo y la necesidad de aprobación por parte de otras personas, y la segunda son las autoevaluaciones negativas y expectativas perfeccionistas. (Ludwig & Lazarus, 1972; Heiser & Shipley en Zagalaz, 2004).

En base a esta relación podemos mencionar que gracias a dichas exigencias tanto sociales como personales, es posible que se





lleguen a tener problemas muy serios de salud, es decir, la satisfacción con la figura corporal en la adolescencia nos puede llevar a tener problemas o trastornos de alimentación: Obesidad, bulimia y anorexia, cualquiera de ellas genera una cantidad enorme de alteraciones en la salud y conflictos en la autoimagen y en las relaciones interpersonales; todos tienen en común una problemática de autoestima, aspectos que sin duda impactan directamente en la adaptación escolar (Alcantara, en Eguiluz, 2003).

El Auto Concepto

El siguiente indicador del área personal es el auto concepto. Burns, lo interpreta como conceptualización de la propia persona hecha por el individuo, siendo así considerado como adornado de connotaciones emocionales y evaluativas, puesto que las creencias subjetivas y el conocimiento fáctico que el individuo se atribuye son enormemente personales, intensos y centrales, en grados variables a su identidad única (Burns, en Ramírez, M. et al, 2004).

Autores como Brock, afirman que el auto concepto es susceptible de modificación, siempre que se tengan en cuenta las dimensiones que influyen en cada periodo evolutivo, y se trabajen de forma simultánea y sistemática. (Brock, en Franco, 2006). De acuerdo con Harter, el auto concepto se refiere a las percepciones que tiene el individuo sobre sí mismo; de forma similar Kalish, considera que el auto concepto se puede definir como la imagen que cada sujeto tiene de su persona, reflejando sus experiencias y los modos en que estas experiencias se interpretan (kalish, en Amezcua, 2000).

No cabe duda de que existe un componente cognoscitivo del auto concepto que es la autoimagen, puesto que el auto concepto es en gran medida una estructura cognoscitiva que contiene imágenes de lo que somos, de lo que deseamos ser y de lo que manifestamos y deseamos manifestar a los demás (González & Tourón, en Álvarez, 2006). Existe también un componente afectivo y evaluable que es la autoestima; así, cada descripción de uno mismo está cargada de connotaciones emotivas, afectivas y evaluativas según diferentes



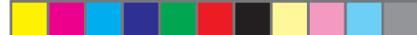


autores (Burns, Gecas, Wells, Marwell & Wylie, en Alvarez, 2006).

Una de las teorías más influyentes en cuanto al indicador del auto concepto es la teoría de la personalidad de Rogers, el cual, en sus propias palabras: "El individuo posee en sí mismo potenciales recursos para su propia comprensión, para cambiar su auto concepto, sus actitudes, y para dirigir su conducta, y estos recursos pueden ser liberados a condición de que un determinado clima de actitudes psicológicas facilitadoras pueda ser logrado". (Rogers, 1975). así, esta teoría, se caracteriza por su incidencia en los aspectos dinámicos y de cambio, sin embargo, dos de ellos, los conceptos de Organismo y Self tienen gran importancia en la teoría y pueden considerarse como los pilares sobre los que se asienta toda ella. (Boeree, 2003).

En su definición operativa del auto concepto, Rogers lo describe como un todo gestáltico y organizado de percepciones relativas a uno mismo, accesible a la conciencia, y que aluden a las propias características y capacidades, al concepto de uno mismo en relación a los demás y al medio, a los valores, metas e ideales, percibidos positiva o negativamente por el sujeto. Este autor tiene en cuenta el concepto de yo ideal, que representa aquello que quisiéramos ser y que está formado por percepciones especialmente significativas e importantes para el sujeto. (Rogers, 2004). Para explicar el proceso de la formación del yo, Rogers introduce dos nuevas motivaciones, la necesidad de consideración positiva y la necesidad de autoestima, que se adquieren en el curso del desarrollo y que pueden entrar en contradicción con la tendencia innata hacia la actualización. A medida que comienza a surgir la conciencia de sí mismo, el niño desarrolla una necesidad de recibir amor y afecto (consideración positiva) por parte de las personas socialmente significativas. Esta necesidad es universal, persistente y recíproca (el sujeto percibe de forma igualmente gratificante y satisfactoria cuando él proporciona afecto a los demás que cuando lo recibe). La necesidad de consideración positiva es una motivación poderosa, por lo que para conseguir su satisfacción, el individuo puede llegar a descuidar experiencias positivas para su propia actualización y desarrollo. (Rogers, C., en Álvarez, 2003).





Consideramos que esta manera de enfocar el indicador del área personal a la adaptación escolar es muy fructífera, primero, porque permite aplicar métodos aceptados y experimentados para clasificar las actitudes en la medición del auto concepto y, en segundo lugar, porque centra la atención en el hecho de que este no está compuesto de un elemento único. Los individuos poseen un amplio abanico de auto conceptos en relación a sus percepciones específicas. Así pues, utilizar el término actitudes hacia el yo, en lugar de auto concepto, acentúa el hecho de la existencia de muchas formas en que la persona puede concebirse a sí misma (Burns, en Ramírez, et al. 2004). Mientras que González y Tourón, (en Ramírez, et al. 2004) definen el auto concepto como organización de actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo. Ellos mencionan que se sabe que la mejora en la dimensión académica tiene un efecto de mejora del auto concepto.

Clemes, (en Ballester, 2006).refiriéndose a la autoestima como parte esencial del auto concepto, opina que es el punto de partida para el desarrollo positivo de las relaciones humanas, del aprendizaje, de la creatividad y de la responsabilidad personal. Es el "aglutinante" que liga la personalidad del hombre y conforma una estructura positiva, homogénea y eficaz. Siempre será la autoestima la que determine hasta qué punto podrá el hombre utilizar sus recursos personales y las posibilidades con las que ha nacido, sea cual fuere la etapa de desarrollo en que se encuentre. El proceso de adaptación humana que viven los sujetos en su ingreso a nuevos ambientes se puede ver reflejado en las modificaciones comportamentales que se presentan a raíz de éste. La autoestima es el juicio de valor que tenemos de nosotros mismos, es la capacidad de sentirnos hábiles e importantes; es también el grado de respeto y amor hacia nosotros mismos. Se puede tener una elevada autoestima en relación a una dimensión o un aspecto, pero contar con un déficit de autoestima en otra. El auto concepto es integral, es la valoración de conjunto. Clemes considera la autoestima como la parte afectiva del auto concepto (Clemes, en Ballester, 2006).





Estado de ánimo

Es el siguiente indicador del área personal, del cual podemos decir que son estados afectivos variables relacionados con estímulos y emociones pasajeras, este no puede ser casual, sino que depende en parte de factores corporales y de factores psíquicos. A sí mismo, se ha observado que síntomas depresivos presentes en niños y adolescentes se encuentran asociados al pobre desarrollo de las habilidades sociales, bajo auto concepto, e importantes dificultades para poder estudiar y aprender, también se refiere en diversos estudios que la presencia de síntomas depresivos aumentan con el paso de la pre adolescencia a la adolescencia y que dicho aumento era mayor entre las mujeres en comparación a los varones (Bonaldi & Fernández, en Mario, 2005).

Dentro del estado de ánimo, podemos encontrar elementos como lo son irritabilidad, estrés, ansiedad, tristeza o depresión, son estas emociones pasajeras las que más prevalecen en la adolescencia o juventud, en las cuales además existe diferencia de género, ya que son más recurrentes en un género que en el otro. Se han encontrado diferencias de género en variables cognitivas en adolescentes, estas indican como las mujeres adolescentes obtienen puntajes más bajos en pensamientos positivos y puntajes mayores en pensamientos automáticos negativos, orientación negativa hacia el problema y necesidad de aprobación y éxito (Calvete & Cardeñoso, en Gómez, 2007). En entre los hombres y las mujeres se encuentran diferencias en la frecuencia con la que expresan emociones tanto positivas como negativas. Emociones positivas, como calma y entusiasmo son expresadas más frecuentemente por los hombres que la mujeres, y éstas expresan más las emociones negativas, como ansiedad y tristeza (Simon & Nath, en Gómez, 2007). Otros autores señalan que las mujeres expresan con mayor frecuencia emociones de felicidad, tristeza y miedo, mientras que los hombres expresan más emociones de cólera (Grossman & Wood, en Gómez, 2007).

El estrés es parte inevitable de la vida diaria y del estado de ánimo. En la adolescencia, el estrés se produce por los numero-





Los cambios cognoscitivos, sociales, psicológicos y biológicos que tienen lugar durante la transición de la infancia a la adultez. Por consiguiente, la mayoría de sucesos estresantes de la adolescencia guarda estrecha relación con tareas del desarrollo específicas de la edad. (Mondragón et al. 2006). La irritabilidad es una de las emociones básicas del ser humano. Es un mecanismo de adaptación que se dispara cuando uno está cansado o frustrado. “Se trata de un proceso que caracteriza a las personas que lo padecen por una hipersensibilidad a los estímulos externos. La respuesta a un estímulo suele ser exagerada o desproporcionada”. Le llamamos coeficiente de irritabilidad: “Grado de cólera y fastidio que tiende a absorber y contener en su vida diaria” (Mondragón et al. 2006). La depresión se caracteriza principalmente, por la presencia de un estado de ánimo irritable y/o disfórico, y por la falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa. Además se acompaña por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad motora, cansancio, especialmente matutino, pobre concepto de uno mismo, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, ideas de muerte y/o de suicidio o intento de suicidio (Gómez, 2007). El trastorno trae repercusiones negativas a nivel personal, familiar, escolar y/o social.

El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Habitualmente las personas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y de expresiones afectivas. La gente siente que tiene cierto control sobre su estado de ánimo. En los trastornos del estado de ánimo se pierde esta sensación de control y se experimenta un malestar general. La mayoría de las investigaciones explican cómo los rasgos psicológicos, predicen los estados emocionales, afecto positivo y negativo y, por ende, la satisfacción con la vida (Costa & McCrae, en Castro, 2002).

Entonces podemos decir que el estado de ánimo del estudiante universitario, dependerá de varios factores tanto internos como externos que influirán en su vida diaria, como la escuela, la familia, factores psicosociales, adicciones, factores genéticos, químicos y hormonales entre otros, por esto es que el estado de ánimo de los





adolescentes y jóvenes estudiantes es tan impredecible que afectara ya sea de manera positiva o negativa al mismo y su rendimiento escolar.

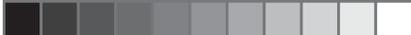
Metas y objetivos del adolescente

Otro de los importantes elementos dentro del área personal son las metas y objetivos del adolescente, ya que de estas dependerá en muchas ocasiones el futuro que les espera a estos alumnos, es importante que tenga bien definido lo que quieren lograr y hasta donde quieren llegar para así poder plantearse nuevas metas. Entendemos por meta, aquellas representaciones mentales realizadas por los sujetos de los diferentes objetivos propuestos en un ambiente de logro y que resultan asumidos para guiar el comportamiento, la afectividad y la cognición en diferentes situaciones, como lo es en este caso la escuela. En este aspecto es crucial mencionar la motivación del individuo para así poder lograr las metas y objetivos propuestos.

Desde un enfoque escolar o académico, en la actualidad los modelos motivacionales más recientes consideran a la motivación como un constructo hipotético que explica el inicio, dirección, perseverancia de una conducta hacia una determinada meta académica centrado en el aprendizaje, rendimiento, el yo, la valoración social o la evitación del trabajo (García, en de La Fuente, 2004). Además según Pintrich y DeGroot, en este proceso están implicados 4 componentes: 1.- el valor que le dan a las metas; 2.- la percepción de sus competencias; 3.- las atribuciones causales y; 4.- las reacciones emocionales. (Pintrich & DeGroot, en de La Fuente, 2004).

Existen distintos modelos teóricos que nos podrían hablar acerca del estudio de la motivación, (la teoría de la auto eficacia de Bandura en 1994, la teoría de la expectativa-valor por Wigfield & Eccles en el 2000, la teoría de la atribución causal de Miller 2000, o la teoría de la motivación intrínseca-extrínseca de Ryan & Deci, 2000). Los cuales han sido retomadas por autores





contemporáneos con ciertas modificaciones, pero al fin todas van encaminadas al tema de la motivación el cual ya nos dimos cuenta que es primordial en el desarrollo de metas y objetivos en este caso del adolescente y joven universitario.

Una teoría muy importante en el desarrollo de las metas y objetivos del adolescente, la cual fue denominada como “teoría motivacional de las metas de logro”, la cual surge de investigaciones realizadas en el ámbito escolar por diversos autores (Ames & Nicholls 1987) la cual plantea como idea principal que el individuo es percibido como un organismo intencional, dirigido por objetivos hacia una meta que opera de forma racional (Ames y Nicholls, en Rodríguez, 2007). La idea principal que maneja esta teoría, hace referencia a la creencia de que las metas de un individuo consisten en esforzarse para demostrar competencia y habilidad en los contextos de logro, entendiendo por estos contextos de logro, aquellos en los que el alumno participa, tales como el entorno educativo, familiar entre otros y de los que puede recibir influencias para la orientación de sus metas. Además en esta teoría fijan mucho la atención al concepto de habilidad (ya sea dirigido a la ejecución de un progreso, aprendizaje, perfeccionamiento, o dirigido a la ejecución de rendimiento o comparación social), al constructo multidimensional (ya que está compuesto por parámetros personales, sociales, contextuales y de desarrollo) y las metas (como determinantes de la conducta). Además de que el hecho de definir una meta tendrá que ver con la percepción de cada individuo acerca del éxito y el fracaso.

Las metas, están referidas a representaciones cognitivas, potencialmente accesible y consciente, no son rasgos en el sentido de personalidad clásicos, sino representaciones cognitivas que pueden mostrar estabilidad, así como sensibilidad contextual. Representan una unidad de conocimiento estructurada o concepción subjetiva, personal o teoría sobre los propósitos de una tarea de logro, así como de otros elementos referidos a como este se define el éxito y la competencia, el papel del esfuerzo y errores y normas de evaluación. Estos elementos se activan conjuntamente, el esquema y la teoría, o individualmente, buscando información pertinente





en el contexto a través del pensamiento explícito consciente y el conocimiento sobre la tarea del logro. (Pintrich, en de La Fuente, 2004).

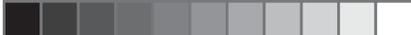
La motivación es un proceso general por el cual se inicia y dirige una conducta hacia el logro de una meta. “Este proceso involucra variables tanto cognitivas como afectivas: cognitivas, en cuanto a habilidades de pensamiento y conductas instrumentales para alcanzar las metas propuestas; afectivas, en tanto comprende elementos como la autovaloración, auto concepto, etc. (Alcalá & Antonijevic, en Navarro, 2003).

Woolfolk, establece cuatro planteamientos generales para la motivación, los adeptos de los planteamientos conductuales explican la motivación con conceptos como “recompensa” e “incentivo”. Una recompensa es un objeto o evento atractivo que se proporciona como consecuencia de una conducta particular. Un incentivo es un objeto que alienta o desalienta la conducta, la promesa de una calificación alta es un incentivo, recibir la calificación es una recompensa, que en este caso sería la obtención de cierta meta u objetivo. Por tanto, de acuerdo con la perspectiva conductual, una comprensión de la motivación del estudiante comienza con un análisis cuidadoso de los incentivos y recompensas presentes. (Woolfolk, en Navarro, 2003).

La perspectiva humanista enfatiza fuentes intrínsecas de motivación como las necesidades que la persona tiene de “autorrealización”, la “tendencia de actualización” innata), o la necesidad de “autodeterminación”. Lo que estas teorías tienen en común es la creencia de que las personas están motivadas de modo continuo por la necesidad innata de explotar su potencial y así llegar a diversas metas y objetivos. Así, desde la perspectiva humanista, motivar a los estudiantes implica fomentar sus recursos internos, su sentido de competencia, autoestima, autonomía y realización. (Navarro, 2003).

Las teorías del aprendizaje social son integraciones de los planteamientos conductuales y cognoscitivo: consideran tanto el interés de los teóricos conductuales con los efectos y resultados de la conducta, como el interés de los teóricos cognoscitivos en el





impacto de las creencias y expectativas individuales. Al respecto, Bandura, en su teoría cognoscitiva social, refiere que la motivación se considera como el producto de dos fuerzas principales, la expectativa del individuo de alcanzar una meta y el valor de esa meta para él mismo. En otras palabras, los aspectos importantes para la persona son, ¿Si me esfuerzo puedo tener éxito? y ¿Si tengo éxito, el resultado será valioso o recompensante?, la motivación es producto de estas dos fuerzas, puesto que si cualquier factor tiene valor cero, no hay motivación para trabajar hacia el objetivo. (Bandura, citado por Navarro, 2003).

CONCLUSIONES

El propósito de describir estos 4 indicadores del área personal en el estudiante universitario (la satisfacción con la figura corporal el auto concepto, el estado de ánimo y las metas y objetivos) es porque los consideramos como de suma importancia en la adaptación y desarrollo de actividades cotidianas por parte del estudiante universitario, ya que por un lado, nos permite ampliar la perspectiva de aquellos aspectos individuales presentes en el estudiante que acude a las aulas universitarias y considerar en él otros elementos más allá de los que son propiamente académicos, y por otro lado, el de prevenir posibles problemáticas y situaciones que se le puedan presentar a raíz de una mala integración y conformación de los indicadores del área personal.

Algunos estudiantes podrían preocuparse excesivamente de: su rendimiento y adaptación escolar, su apariencia, su desarrollo físico, su popularidad, sus posibles consumos de alcohol y drogas entre otros muchos factores, por los cuales podrían comenzar a desarrollar de manera a veces acertada a veces confusa adecuada o inadecuada una serie de metas y objetivos, ya sea a corto, mediano y largo plazo, con el fin de tener con mayor claridad un mejor futuro. Donde al pasar del tiempo, al acercarse a la vida adulta, la mayoría de adolescentes logran más claridad con respecto a lo que desean, las posibilidades que tienen para llevar a cabo





sus proyectos, y la forma en que lo harán, de esta forma es como llegan a alcanzar sus metas y objetivos propuestos.

Las emociones del adolescente y joven universitario, a veces parecen y son consideradas un tanto exageradas, sus acciones son a veces inconsistentes. Es normal que los adolescentes cambien repentinamente de estado de ánimo, entre la felicidad y la tristeza, entre sentirse inteligentes o no. De hecho es muy común en ellos que en un momento quieran que se les trate y se les cuide como a un niño pequeño, pero cinco minutos más tarde quieren que los adultos se alejen de ellos, y de esta manera tratar de ser independientes, aspecto que sin duda son fácil y constante observancia en la actividad cotidiana dentro de las aulas.

Por otro lado, también sabemos que uno de los principales cambios que se viven los estudiantes tiene que ver con la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, ese cuerpo que es muy diferente al que tenías de niño o niña, es aquí donde entran las problemáticas con la satisfacción con la figura corporal, lo cual les puede provocar angustia y ansiedad, por los cambios tan rápidos que hay en ellos. Esta situación puede provocar en ellos una especie de aislamiento, lo cual se ve en el momento en el que quieren estar encerrados y a solas, a la vez también esto les provoca una exploración constante del cuerpo. También surgen sensaciones de vergüenza e incomodidad, especialmente por la creencia de que las demás personas están muy pendientes de los cambios que ha experimentado su cuerpo. Esto genera que se le dedique mucho tiempo y atención a la apariencia física, probando nuevas formas de vestir, peinarse, hablar, caminar, con la intención de mostrarse más atractivo y de ser aceptado.

Es en esta etapa donde también se adquiere una forma de pensar de tipo formal o hipotético-deductivo, con la cual se puede razonar e ir más allá de las experiencias concretas, con lo cual van formando su auto concepto, además de que de esta forma, las y los adolescentes también se interesan en problemas que no tienen que ver con su realidad cercana, desarrollan su capacidad crítica, piensan en valores y consecuencias a largo plazo, disfru-





tan de la capacidad de reflexionar y explorar sus sentimientos y pensamientos, entre otras cosas.

A lo largo de los años, se han realizado múltiples investigaciones relacionadas con el área personal del adolescente, así como de los 4 indicadores relacionados con ella, las cuales las describiéremos a continuación: Estudios realizados en Gran Bretaña, Estados Unidos, Suecia y Australia demostraron que el 80% de las adolescentes estaban preocupadas por su imagen corporal, considerándose obesas más del 50%, cuando las medidas antropométricas revelaron que sólo lo eran el 25%, según las tablas normalizadas de peso, altura y edad utilizadas (Crispo, et al. en Zagalaz, 2004).

Actualmente se está realizando una investigación acerca de la imagen corporal, la cual se está realizando en España, esta es denominada como “La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal”, los autores de esta investigación son Zagalaz, Romero, y Contreras, la muestra fue de alumnas de primer y segundo curso de ESO, de edades comprendidas entre los 12 y los 14 años de dos colegios de Jaén capital, esta investigación se encuentra en proceso ya que no solo es investigación, sino que también se está implementando un programa llamado: “Programa de prevención desde la educación física escolar de la provincia de Jaén”, por lo que están en espera de dichos resultados.(Zagalaz, Romero & Contreras, 2007).

Encontramos también investigaciones acerca de las metas, una de ellas se realizó en estudiantes de bioquímica en Argentina, realizada por una revista de investigación educativa y encabezada por Salim, en el 2006, denominada, “Motivaciones, enfoques y estrategias de aprendizaje en estudiantes de Bioquímica de una universidad pública argentina”, en la cual se trabajó con una muestra no aleatoria compuesta por estudiantes voluntarios, de la cual, el objetivo de este trabajo era comprender cómo aprenden los alumnos universitarios y conocer las motivaciones, estrategias y metas académicas que se plantean a la hora de estudiar una carrera, el núcleo clave en esta investigación era tratar de ver qué tipos de motivos y estrategias desarrollan para lograr sus metas





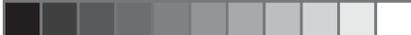
u objetivos concretos de aprendizaje, en cuanto a esta disposición es primordial la motivación (o más concretamente un conjunto de variables como las metas de aprendizaje y el auto concepto). Los resultados obtenidos de esta investigación, fueron que si hay existencia de una asociación entre motivación y uso de estrategias. (Salim, 2006).

El hecho de estudiar, describir y explicar el área personal del los estudiantes universitarios nos daría mayores posibilidades para conocer y mejorar el proceso de aprendizaje tanto a nivel personal como a nivel institucional, además al estudiar este factor se podrá promover el logro académico, y lograr un óptimo desarrollo de las habilidades, destrezas y competencias y capacidades en los alumnos, así como el de poder generar y adquirir habilidades sociales y valores en ellos, el cual consideramos que representaría un sistema adecuado para el cursar una carrera y así cumplir las metas académicas con un apoyo completo en el potencial personal de los estudiantes, convertirse en es personas y alumnos productivos, contribuyendo a ser miembros de la comunidad de manera proactiva.

REFERENCIAS

- Abarca-Fernández R., (2001) *Teoría del aprendizaje constructivista* consultado en junio/23/2006 en: <http://kino.iteso.mx/~luisg/teoria%20del%20aprendizaje%20constructivista.doc>
- Álvarez, C., (2003) "*Teoría humanista de Rogers*", Universidad de Oviedo, España, fecha de consulta: 3 de julio de 2008 <http://apuntes.rincondelvago.com/teoria-humanista-de-rogers.html>
- Álvarez, N. "*La relación que existe entre el auto concepto y la depresión entre administradores del Colegio Anglo Americano*", Universidad del valle de México, Laureate International Universities, Boletín de psicología, México, 2006, fecha de consulta: 16 de mayo de 2008. <http://www.chapultepec.uvmnet.edu/downloads/Boletin3.pdf>
- Amezcuá, J. & Pichardo, C., (2000) "*Diferencias de género en auto concepto en sujetos adolescentes*", anales de psicología, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, España, Universidad de Granada, Fecha de consulta: 22 de junio de 2008. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=814990>
- Badia, M. (2004). La Salud Mental en el aula. Abordaje psicosocial de problemas conductuales. *Revista de educación social*. Consultado en Marzo/24/2006 en <http://www.eduso.net/res/?b=5&c=42&n=120>.





- Ballester, L. Martí X. Cerdà, M. & Orte C., (2006), "Auto concepto, Estilos de Afrontamiento y Conducta del Alumnado Universitario", Universitat de les Balears, 2006 revista de ciencias sociales. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2008, <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/brage.pdf>
- Boeree, G., (2003) "Teorías de la Personalidad Carl Rogers", psicología online, fecha de consulta: 14 de mayo de 2008, <http://www.psicologia-online.com/ebooks/personalidad/rogers.htm>
- Cash, T.F (1994). "Body-image attitudes: Evaluation, investment, and affect". Perceptual and Motor Skills.
- Castro, A., & Díaz F., (2002), "Objetivos de vida y satisfacción vital en adolescentes españoles y argentinos", Universidad de Palermo (Argentina) y Universidad Complutense de Madrid, Psicothema, España, fecha de consulta: 10 de julio de 2008, <http://www.psycothema.com/pdf/694.pdf>
- De la fuente, J., (2004) "Perspectivas recientes en el estudio de la motivación: teoría de la motivación: la teoría de la orientación de meta". Revista electrónica de investigación psicoeducativa, universidad de Almería, España. Fecha de consulta: 31 de marzo de 2008. http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/3/espagnol/Art_3_26.pdf
- "Diccionario de la lengua española" (2001), vigésima segunda edición.
- Dogge, k.; Pettit, G. & Bates, J. (1994) "Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems". *Child Development*. Núm. 65 pp. 649-665.
- Eguiluz, L. (2003), *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico dinámico*, México: Pax.
- Franco, C., (2006) *Relación entre las variables auto concepto y creatividad en una muestra de alumnos de educación infantil*. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8. Consultado el 7 de julio de 2008 en: <http://redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-franco.html>
- Gómez, E. & Duran, C., (2003), *Sucesos de la vida*. México: Manual Moderno.
- Gómez., Y. (2007), Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, *Revista Latinoamericana Psicología*, consultado el 18 de julio de 2008, <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v39n3/v39n3a01.pdf>
- Levine, M., Smolak, L., Moodey, A., Shuman, M. & Hessen, L., (1994). Normative developmental challenges and dieting and eating disturbances in middle school girls. *eta disorders*
- Mario, S. et al, (2005). Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de lima metropolitana, *Revista IIPSI*, 8(2) consultado: 17 de octubre de 2007, dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2238148
- Mendez, X. (1998). Trabajo psicosocial. *Revista de servicio social*, 1(1), 14-23.
- Mondragon, D., Lara J., Baca, J. (2006), *Depresión como déficit académico en adolescentes*, Facultad de medicina Dr. Ignacio Chávez, México: consultado el 18 de agosto de 2008, http://www.medicina.umich.mx/fisio_h/memorias/depres.pdf
- Navarro, R. (2003). El rendimiento académico, concepto, investigación y desarrollo. *Revista electrónica iberoamericana de investigación sobre calidad, eficacia y cambio en la educación*, Red iberoamericana de investigación sobre cambio y eficacia escolar, Madrid, España. Fecha de consulta: 6 de abril de 2008, <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/551/55110208.pdf>
- Navarro, R. (2003). El desarrollo de habilidades sociales ¿determina el éxito académico? Red científica, ciencia, tecnología y pensamiento, *Red iberoamericana de investigación sobre cambio y eficacia escolar*, Madrid España, Fecha de consulta: 20 de abril de 2008, <http://www.redcientifica.com/doc/doc200306230601.html>





- Paulín, H. (2004). *Un enfoque psicosocial para la investigación e intervención en disciplina y convivencia escolar*. Consultado en agosto/23/2006 en [http://www.reduc.cl/raes.nsf/0/7c74b9cceca711b7c04256cb0004b305e/\\$FILE/00.734-03.PDF](http://www.reduc.cl/raes.nsf/0/7c74b9cceca711b7c04256cb0004b305e/$FILE/00.734-03.PDF).
- Ramírez, M., Herrera, I., Herrera, F., (2004) *Auto concepto*, *Revista Iberoamericana de Educación*. Consultado 16 de junio de 2008. <http://personal.telefonica.terra.es/web/ph/Autoconcepto.htm>
- Rodríguez, M., (2007), *Motivación, auto concepto físico, disciplina y orientación disposicional en estudiantes de educación física*, (tesis doctoral inédita), Universidad de Murcia, España, consultado el 7 de septiembre de 2008, <http://biblioteca.universia.net/ficha.do?id=33760894>
- Rogers, C., (1975). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Buenos Aires, Paidós.
- Rogers, C., (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Buenos Aires: Paidós
- Salim, R., (2006). Motivaciones, enfoques y estrategias de aprendizaje en estudiantes de Bioquímica de una universidad pública argentina. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 8. <http://redic.uabc.mx/vol8no1/contenido-salim.html>
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and Treatment*. New York: USA: Pergamon Press, Inc.
- Verano, G. (2002), *Cómo ayudar a su hijo durante los primeros años de la adolescencia*, Departamento de Educación de los Estados Unidos, Oficina de Asuntos Intergubernamentales e Inteligencia, Washington, D.C., Fecha de consulta: 13 de mayo de 2008, <http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/adolescentes-guia.pdf>
- Zagalaz, M., Rodríguez, I. (2004), *La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén*. *Revista Iberoamericana de Educación, Universidad de Sevilla, España*, Fecha de consulta: 27 de abril de 2008, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1987174&orden=87511&info=link>





LA CONDUCTA SEXUAL SALUDABLE, VIRTUD VERSUS ESPEJISMO

*Fuensanta López Rosales.
Universidad Autónoma de Nuevo León*

El presente trabajo aborda la conducta sexual saludable, como el estudio de los comportamientos amorosos o sexuales. Vivimos en una sociedad cambiante donde los jóvenes tienen mayor oportunidad de libertad de expresión de su sexualidad. Aunado a la falta de responsabilidad, y poca prudencia que presentan llevando a considerar el tema de la sexualidad como uno de los temas de interés social. Es esta población joven donde es común presentar sentimientos de inseguridad al confiar en la propia capacidad para seleccionar a un(a) compañero(a) sexual y tener monogamia serial, lo que predispone al contagio de enfermedades, la ejecución de comportamientos de riesgo. La conducta responsable depende de los procesos psicológicos personales y de las situacionales cotidianas al momento de tener una posible relación sexual. Una salud sexual adecuada conlleva conocerse a sí mismo, comprender el propio funcionamiento sexual, y el de la pareja. Los chicos tienden a combinar el alcohol, la marihuana u otras sustancias tóxicas como los solventes en la relación sexual. Alterando el sistema nervioso central del individuo, haciendo que pierda su capacidad para realizar juicios asertivos sobre las situación que vive (acto sexual o coito). La teoría Cognitivo Social de Bandura se presenta como alternativa para





trabajar en la conducta sexual saludable. Se presenta la psicoterapia focal, para trabajar la conducta antisocial que dificulta la conducta responsable.

La conducta sexual es el estudio del comportamiento amoroso o sexual. Presente en toda la historia del ser humano, la mujer se apareaba para reproducirse con el hombre más fuertes y más joven en ciertas culturas; en otros lugares se apareaba con el hombre mayor dada su experiencia; así cada época y cultura va tejiendo las reglas para aparearse.

Versus en el sentido de hacia dónde nos dirigimos, hacia la virtud o hacia un espejismo de conducta saludable, donde solicitamos a lector inferir la respuesta. Es como una lucha donde dos rivales al ponerse de espaldas se disponen a realizar una conducta saludable o verlo como algo no necesario, ir dos pasos adelante, y uno hacia atrás.

Después los varones elegían a la mujer con quien aparearse o satisfacer sus necesidades. Nacieron las clases sociales, las mujeres pobres solo llegaban a tener el amor de su misma clase, pero a las de clase social alta se les casaba con él más rico que se pudiera. De 1900 en adelante, las mujeres y hombres se casaban por amor y no por clases sociales, la homosexualidad fue apareciendo mas, tanto en hombres como en mujeres, y para finales del siglo XX las personas dan abiertamente a conocer sus preferencias sexuales, hoy en día es mucho más aceptada por la mayoría.

El ser humano debe contar con las habilidades necesarias que le sirvan para encarar situaciones de riesgo en la cotidianidad. No obstante, la persona a diferencia de otros seres vivos, tiene dos capacidades o virtudes especiales el libre albedrío (criterio) y la voluntad para decidir entre su comportamiento relacionado a impactar su crecimiento o desarrollo, señalan Brito & Bonfil (1997).

Lo anterior está relacionado directamente con las conductas de riesgo o de prevención pueden ser ejecutadas muchas de las veces con el consentimiento de los seres humanos ya sea para prevenir o acercarse a la transmisión de enfermedades.

Como sabemos, la adolescencia es una etapa de desarrollo, en la cual el individuo experimenta los cambios físicos como emo-





cionales, de la niñez a la adultez; con la característica importante de la curiosidad por el área que experimenta sensaciones que le son producidas por el desarrollo de sus órganos sexuales.

Vivimos en una sociedad cambiante, donde los jóvenes tienen mayor oportunidad de libertad de expresión de su sexualidad; su corta edad, poca responsabilidad, y reducida prudencia llevan a considerar el tema de la sexualidad como uno de los temas de interés social.

Dentro de la población joven es común que se presenten sentimientos de inseguridad de la propia capacidad para seleccionar a un(a) compañero(a) sexual y tener así múltiples parejas en monogamia serial, lo que predispone al contagio de enfermedades, y la ejecución de comportamientos de riesgo. La prevención, depende de los procesos psicológicos personales y de las situacionales cotidianas al momento de tener una posible relación sexual.

Al hablar de sexualidad, se incluyen los sentimientos acerca de ti mismo y de otros, y considerando que la palabra relación sexual se usa a menudo, con sentido limitado; las acciones sexuales son solamente una parte de la sexualidad.

Nuestra identidad sexual se refleja ya en la madurez, que va más allá de la capacidad de reproducción, una salud sexual adecuada, conlleva conocerse a sí mismo, comprender el propio funcionamiento sexual, y el de la pareja.

El adolescente presenta una búsqueda de sí mismo y de su identidad, una tendencia grupal, una necesidad de intelectualizar y fantasear, a veces crisis religiosa, contradicciones sucesivas en la conducta, separación progresiva de los padres, constantes fluctuaciones de humor y estados de ánimo.

Conducta sexual responsable y factores de riesgo

Son factores de riesgo los órganos sexuales en desarrollo para la procreación: la intensa curiosidad sexual, el gran interés por el propio cuerpo, el despertar del instinto sexual, la búsqueda de independencia, las fuertes presiones de compañeros, o conocidos. Los jóvenes





inician sus relaciones sexuales sin la posibilidad de reflexionar. Varía el factor edad por región, en Nuevo León (2002), en nuestra muestra de 962 adolescentes encontramos que el inicio de actividad sexual es de 13 años en hombres, y 15 en mujeres, en población escolarizada de los siete municipios principales, de ellos el 28% son sexualmente activos, el 26% usa regularmente condón, a esta edad los hombres tienen experiencia de ya 2 compañeras sexuales, las mujeres cuentan con la experiencia de un compañero sexual.

Kelly, Gray & Sewankambo (2002). Aplicaron cuestionarios y obtuvieron muestras de sangre para pruebas de VIH en 7216 mujeres africanas sexualmente activas de 15 a 19 años, donde un 17% estaba infectada, el riesgo de prevalencia de la infección se incrementa a medida que aumenta la edad de sus compañeros sexuales; fue más alto con 10 o más años de diferencia.

En el 2006, en el mundo hay 38.6 millones de personas que viven con el sida, 4.1 millones de nuevas infecciones, 2.8 millones de defunciones. En América Latina, había 1.6 millones de casos, con prevalencia de adultos del 0.5 en transmisión de relaciones sexuales, homosexualidad, y drogas endovenosas. En México se estimaron 200,000 casos tomando en cuenta un 33% de subregistro, con retraso en la notificación, subdiagnostico de 18%, que por cada persona infectada pueden existir 10 contactos, 40% tienen de 25 a 29 años, 44% homosexuales, 44% heterosexuales (UNAIDS 2006).

La OPS, en el 2006, estima que la mitad de todas las infecciones que se presentan cada año, son en menores de 25 años, la mayoría se infecta por vía sexual, considerando un período de latencia de 2 a 12 años, así es como un gran número se pudo haber infectado en la adolescencia.

Conducta sexual responsable y el embarazo en adolescentes

Algunos padres y maestros continúan creyendo que sostener pláticas de sexualidad con los adolescentes tiene que ver con fomentar la curiosidad o actividad sexual, prefiriendo no aceptar que los





jóvenes están interesados o pueden estar experimentando las relaciones sexuales, sin información adecuada y con conocimiento escaso del uso de las medidas preventivas como el condón, o con inseguridad a la hora de decidirse para a no tener relaciones sexuales bajo una variedad de situaciones de presión.

La adolescencia no es el tiempo para la paternidad o la maternidad, más en muchos casos los adolescentes terminan siendo papas, mientras otros recurren al aborto como la alternativa para solucionar un problema social, al que no encuentran otra salida posible. En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen al bebé. Las dos restantes acuden al aborto. En cambio, en los estratos sociales medios altos y altos, el número de chicas que recurren al aborto es mayor porque en estos grupos la maternidad adolescente es poco tolerada.

Cierto es que la maternidad precoz constituye una seria amenaza al desarrollo educativo de la mujer y a su bienestar económico, así es como gran número de los embarazos son interrumpidos por medio de abortos no seguros que conllevan a complicaciones serias en gran cantidad de casos e incluso a la muerte.

El embarazo adolescente debe estudiarse detenidamente por las implicaciones que tiene, no sólo para el crecimiento no planeado de la población, sino también por sus repercusiones en el desarrollo individual de las mujeres que inician su historia de gestaciones a edades tempranas. Muchos padres adolescentes en el mundo se encuentran solos con un hijo en brazos, sin apoyo familiar, ni del estado.

El embarazo precoz va más allá de un problema de salud, se convierte en un mecanismo de reproducción de la pobreza y la exclusión de la niña y la mujer de las oportunidades de educación, capacitación, empleo, ingreso y participación. Cada año 11, 000 adolescentes tienen un hijo no deseado. Cuatro de cada 10 embarazos son en menores de 20 años que terminan en aborto, según un estudio del CSIC. 2006. Hablar de sexo representa aún en nuestros días, suposiciones y prejuicios con respecto al tema distorsionando la información por las fuentes de obtención de datos, que van desde los amigos, revistas amarillistas, libros y medios de comunicación.





Es evidente el creciente uso de drogas por vía parenteral (endovenosa) en la población de ambos sexos y de cualquier clase social en nuestro país. México ocupa el nada respetable sexto lugar a nivel mundial de consumidores de cocaína, muestra de ello son los últimos cinco años donde se ha triplicado la cantidad de personas adictas al consumo de este estupefaciente.

Existe un aumento de riesgo para contraer enfermedades, en las personas que consumen drogas en comparación con los que no consumen. Las infecciones son todavía más cercanas debido a que muchas de las parejas sexualmente activas, creen poseer una débil autoeficacia percibida para ser capaces de hablar sincera y abiertamente sobre la negociación de medidas de protección sexual, hablar sobre enfermedades de transmisión sexual, así como de la historia sexual y uso de drogas con la pareja actual.

La conducta sexual responsable y factores de riesgo para VIH-SIDA.

La actividad sexual prematura (antes de 16 años), es actividad sexual no protegida, es comportamiento sexual de alto riesgo. (mezclado a veces con prostitución, drogas, homosexualidad, bisexualidad), relaciones con parejas de monogamia serial, antecedentes enfermedades de transmisión sexual.

López & Levy, (1977) aplicaron un cuestionario sobre conductas sexuales a 97 estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Moscú encontraron que 67% ya había tenido relaciones sexuales, 18% nunca usaron condón, 12% siempre usaron condón, 19% pidieron o dieron dinero o drogas por el sexo, 48 tuvieron más de 1 compañero sexual, 33% tuvieron relaciones sexuales solo con su compañero(a) sexual, 33% usaban drogas todo el tiempo, 6% eran drogas inyectables todo el tiempo.

Sigue siendo necesaria la educación sexual y la evaluación de los comportamientos de riesgo en el ámbito escolar que supere la mera información que a todas luces es vana para prevenir y proteger a los adolescentes de posibles transmisiones. Las enfermedades



de transmisión sexual, son signos-síntomas y consecuencias en la siguiente tabla:

Enfermedad	signos y síntomas	consecuencias
Clamidiiasis	Aparece en la 3era. Semana después de la exposición. Flujo genital anormal. Sensación de ardor al orinar. Dolores en el abdomen inferior. Dolor durante el acto sexual. Muchas veces no hay síntomas.	No tratada puede provocar inflamación pélvica, gravidez ectópica, esterilidad y dolores pélvicos crónicos. Los recién nacidos, expuestos durante el parto, pueden presentar infecciones respiratorias, neumonía o infecciones oculares.
Tricomoniasis	Aparece entre 4 y 20 días después de la exposición. Flujo vaginal amarillento o verdoso con olor fétido. Dolor al orinar y durante el acto sexual. En los hombres puede haber flujo uretral y comezón o ausencia total de síntomas ligeros.	Alto riesgo de ser contagiado por VIH; si está expuesto a ese virus, pueden aumentar complicaciones, como partos prematuros y niños de poco peso al nacer.
Gonorrea	Muchas veces suaves o ausentes. Flujo genital y sensación de ardor o de comezón al orinar.	Puede originar esterilidad en el hombre, afectar articulaciones, las válvulas cardiacas o el cerebro, y producir ceguera en recién nacidos infectados.
Sífilis	Heridas sin dolor en fase inicial, en órganos genitales, pueden aparecer en cualquier zona del cuerpo. Fase secundaria exantema (erupción cutánea), fiebre fatiga, dolor de garganta, caída de cabello, ganglios inflamados en cuerpo.	Pueden ocurrir daños al corazón, ojos, sistema nervioso, huesos y articulaciones. Aumenta riesgo de contagio por VIH. Generalmente es transmitida al feto.
SIDA (AIDS-VIH) Datos oficiales: 501,301 en los E. U. 76,396 en Brasil 20,000 en México.	Destruye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones, destruyendo células de sistema inmunológico. Ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, sudor, erupciones, etc.	Todos los infectados por el VIH pueden acabar teniendo SIDA y morir debido a las complicaciones de esta enfermedad.



Herpes genital	Sensación de ardor o comezón; dolor en las piernas, en los glúteos o en el área genital, flujo vaginal, tumoraciones o heridas abiertas dolorosas.	Aumenta el riesgo de infecciones por el VIH. Si hay exposición, la infección puede pasar al recién nacido durante el parto. El 50% de bebés expuestos, mueren o tienen daños cerebrales.
----------------	--	--

(FUENTE Vibrant Life, Tomado de Vida e Saúde). En "Revista Enfoque de Nuestro Tiempo" (Guerrero. 1997).

Por lo que respecta a la enfermedad del SIDA, esta surge como la forma más grave infección del Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y se manifiesta por la aparición de infecciones severas causadas por microbios "oportunistas", así como por algunas variedades de cánceres como el sarcoma de Kaposi. Dentro del cuadro clínico también pueden observarse otras manifestaciones, sobre todo neurológicas.

En relación a la vía de transmisión heterosexual, los adolescentes constituyen un grupo en riesgo potencialmente alto, susceptible de adquirir la infección del VIH y, considerando que están iniciándose más tempranamente en sus prácticas sexuales sin tomar medidas de protección, aún teniendo la suficiente información para no contagiarse, siguen realizando una serie de comportamientos de riesgo que los exponen a ser más vulnerables a la infección; mucha gente aún sigue creyendo que la infección sólo puede darle a homosexuales o trabajadoras sexuales, pero no se dan cuenta que eso los hace más susceptibles a la adquisición de la enfermedad.

Los muchachos que truncan sus estudios, los que trabajan en la calle, los indígenas, los explotados sexualmente, los consumidores de drogas, los reclutas militares, los presos, las empleadas domésticas, no han tenido el acceso a una formación básica de habilidades sociales de protección. De tal forma que esta situación constituye un gran factor en el riesgo de infección del VIH.

Según los datos de ONUSIDA. (2001), existen 250 millones de niños menores de 18 años que trabajan, de los cuales, por lo menos un tercio de ellos realizan el servicio doméstico y el de la prostitu-





ción que violan sus derechos de salud y los hacen especialmente vulnerables a la infección. Estos jóvenes tienen poca o ninguna autoridad para negociar las relaciones sexuales más seguras.

Las Conductas de Riesgo podrían definirse de la siguiente manera: Son cualquier comportamiento que comprometa los aspectos biopsicosociales del desarrollo exitoso del adolescente. Estos autores comentan que en un principio el concepto de riesgo había sido fundamentalmente biomédico mostrando solo preocupación por los resultados adversos que se pudieran dar, pero con la incorporación de la conducta al concepto de riesgo, se ha hecho una reformulación abarcando el aspecto psicosocial y no solamente el biomédico con resultados adversos, negativos o indeseables.

Es indudable que las conductas de riesgo siempre tienen que trabajarse desde la perspectiva biopsicosocial, ya que deben considerarse tanto los beneficios que los adolescentes perciben como los costos de sus comportamientos. La salud integral del individuo siempre va a depender de la interrelación armónica de esos tres sistemas antes mencionados. Cuando un individuo presenta determinados comportamientos negativos ante su familia y la sociedad en general, es porque ha recibido gran influencia de estos componentes.

Los jóvenes, como consecuencia de la etapa que están pasando, sufren de varias crisis, y en ocasiones para la solución de sus problemas, se refugian considerablemente en las drogas y en el abuso de alcohol. Los chicos tienden a combinar el alcohol, la marihuana u otras sustancias tóxicas como los solventes en la relación sexual. Y altera el sistema nervioso central del individuo, haciendo que pierda su capacidad para realizar juicios asertivos sobre la situación que vive (acto sexual o coito). Aumentando potencialmente el riesgo de infección por VIH/SIDA.





Tabla. Factores de riesgo durante la adolescencia.

Factores individuales	Factores familiares	Factores sociales (ambos géneros)
1. Abandono escolar.	Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar).	Condición económica desfavorable.
2. Dificultad para planear proyectos de vida a largo plazo.	Familia en crisis.	Migración reciente.
3. Personalidad inestable.	Pérdida de un familiar.	Trabajo no calificado.
4. Baja autoestima.	Madre con embarazo en la adolescencia.	Vivir en área rural.
5. Poca confianza.	Hermana adolescente embarazada.	Ingreso precoz a la fuerza de trabajo.
6. Falta de actitud preventiva.	Madre aislada y emocionalmente poco accesible.	Mitos y tabúes a cerca de la sexualidad.
7. Menarquía precoz.	Vínculo más estrecho con el padre.	Marginación social.
8. Conducta antisocial.	Padre ausente.	Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios masivos de comunicación.
9. Abuso de sustancias.	Vínculo más estrecho con la madre, pero ambivalente.	Machismo como valor cultural.
10. Sentimientos de desesperanza.		
11. Bajo nivel educativo.		

(FUENTE: Silber, Giurgiovich y Munist. 1995: 252-253). En: "La salud del adolescente y del joven".



La conducta sexual saludable y el aprendizaje Social y su relación con la resiliencia.

La teoría Cognitivo Social, también llamada del Aprendizaje Social, fue propuesta por Bandura (1987) y ha sido usada para modular la conducta sexual sana. Dentro de esta teoría se maneja, como postulado principal, que el comportamiento humano se adquiere, fundamentalmente, en un entorno social mediante un proceso de aprendizaje vicario; aunque de hecho, esta teoría también se ha ocupado de otros procesos psicológicos como los mecanismos motivacionales y autorreguladores del comportamiento (López & Moral 2002).

La teoría del aprendizaje social, enfatiza la importancia de observar y modelar las conductas, actitudes, y reacciones emocionales de otros. La mayoría de la conducta humana es aprendida a través de la observación de modelados: observando otras formas e ideas de actuación de nuevas conductas, ayudando a codificar la información que más tarde servirá para guiar el comportamiento.

Los conceptos que subraya el aprendizaje observacional son la atención, incluyendo eventos modelados (distinción, equilibrio afectivo, complejidad, prevalencia, valor funcional) y observando características (capacidades sensoriales, nivel de excitación, situación perceptual, intensificación del pasado o refuerzos del pasado); la retención, incluyendo codificación simbólica, organización cognitiva, ensayo simbólico y ensayo motor; la reproducción motora, incluyendo habilidades físicas, la auto observación de reproducción y la corrección de información; así como la motivación, que incluye lo que proviene del exterior, el refuerzo propio y el vicario. La teoría del aprendizaje social, por el hecho de que cubre totalmente la atención, memoria y motivación, comprende ambas estructuras cognitiva y comportamental.

La teoría del aprendizaje social explica a la conducta humana, como una interacción continua y recíproca entre las influencias cognitivas, comportamentales y medioambientales. Bandura hace referencia del papel causal que tiene el pensamiento en la motivación, el afecto y la acción humana. Al manejar el término



“social” en la teoría, es porque el pensamiento y la acción tienen orígenes sociales.

Un concepto importante manejado en esta teoría, es el determinismo recíproco. Este es un tipo de modelo que explica el funcionamiento psicológico del individuo como consecuencia de una reciprocidad triádica entre los factores personales, cognitivos y ambientales. Estos tres factores actúan entre sí como determinantes interactivos. Dentro de su teoría, Bandura, maneja un concepto muy importante que tiene gran influencia en la conducta sexual responsable (saludable), al cual denomina con el nombre de autoeficacia percibida. Comenta que la autoeficacia percibida se relaciona con la creencia de las personas para controlar su propia motivación, su conducta, y su medio ambiente social. Estas creencias sobre sus capacidades afectan lo que van escoger para realizar, cuánto esfuerzo van a emplear, cuánto durará su persistencia haciendo frente a las dificultades, si van a tomar actitudes de debilidad o seguridad en sí mismas y el monto de estrés y depresión que ellos experimenten en tales situaciones.

En la actualidad es importante realizar acciones de prevención en conducta sexual responsable (saludable). El papel de las experiencias estresantes, sean de naturaleza aguda o crónica son importantes en el desarrollo de la vida sexual. Aunque se ha reconocido la influencia del estrés en la psicopatología del adolescente, el papel de las experiencias estresantes en los adolescentes depende de la forma en que el adolescente intenta enfrentar el estrés resultante de ellas. La posibilidad de un enfrentamiento adaptativo puede disminuir el impacto de ellas, mientras que otros patrones menos exitosos de afrontamiento pueden contribuir a resultados negativos de larga duración.

Se ha sugerido que el apoyo social, la comunicación social y familiar, pueden disminuir los riesgos de problemas de los adolescentes, como el suicidio, el embarazo precoz y algunas enfermedades (Fergusson, Beautrais & Horwood, 2003; Resnick, et al. 1997). Asimismo, se ha encontrado la ausencia de estas condiciones (Barcelata, Lucio & Durán 2004).





En un inicio se consideraba que el afrontamiento enfocado al problema era más exitoso que el afrontamiento enfocado a las emociones. Lazarus (1966), pionero en este campo, estableció un debate entre cómo la cognición y la emoción se relacionan con el éxito o fracaso del afrontamiento. Enfoques más actuales sobre el afrontamiento (Stanton & Franz, 1999) consideran que no está claro el papel de la emoción, pero que en ocasiones el aceptar las emociones propias puede ser más exitoso que el evitarlas. La emoción puede organizar la atención y la acción productivamente, pero también puede resultar en un proceso cognitivo de desadaptación. Según este autor hay diferencias de género importantes y para las mujeres es más difícil enfrentar las situaciones difíciles si no elaboran las emociones. Aunque el desarrollo del procesamiento de las emociones se inicia temprano en el desarrollo del niño, este proceso muestra cambios en algunas transiciones, como la de la adolescencia.

De acuerdo con Seiffge-Krenke (1998), existen factores específicos relacionados con la conservación de la salud en la adolescencia y cada una de las fases del desarrollo individual. En relación con el afrontamiento en adolescentes, se ha propuesto un modelo de afrontamiento en adolescentes a través de cinco estilos de afrontamiento: afrontamiento comprometido de control primario, comprometido de control secundario, no comprometido, involuntario y de no compromiso involuntario. Por otra parte, Frydenberg y Lewis (1997) han propuesto un modelo basado en 18 estrategias de afrontamiento obtenidas empíricamente y que se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo.

Otro aspecto relacionado con el afrontamiento, es el de la personalidad. Para algunos autores el afrontamiento se considera un rasgo más o menos estable (Kavseck y Seiffge-Krenke, 1996), como los rasgos de personalidad. El inventario MMPI-A para adolescentes, adaptado a México (Lucio, Ampudia y Durán, 1997) cuenta con escalas para evaluar el enfrentamiento en este grupo de edad.

Otros aspectos relevantes en la actualidad con respecto al estudio de la adolescencia son los de la vulnerabilidad y la resiliencia.





La resiliencia es definida desde el punto de vista de Masten y Powell (2003), quien considera que la resiliencia se refiere a patrones de adaptación positiva en el contexto de un riesgo significativo o de factores adversos para el desarrollo. Para decir que una persona es resiliente se requieren dos cosas fundamentales, que la persona esté bien, y que haya tenido que superar riesgo y adversidades significativos (Masten & Coatsworth, 1998).

La resiliencia es más bien un patrón psicológico que un diagnóstico. La resiliencia está muy relacionada con la eficacia, que significa mostrarse apto y competente en las tareas que corresponden a su edad y contexto, así como a el momento histórico. La competencia se centra en la eficacia psicosocial. Por ejemplo en la clase media mexicana para que un adolescente sea considerado competente se necesita que vaya bien en la escuela, que tenga amigos y que acepte las reglas de disciplina que le ponen sus padres y la escuela. Sin embargo en una clase social diferente se pueden esperar otras cosas, como que el adolescente sea capaz de empezar a ganarse la vida o que la adolescente establezca una relación de pareja y tenga hijos.

La conducta sexual saludable y las habilidades sociales

Son un conjunto de comportamientos eficaces en las relaciones interpersonales. Se adquieren a través del aprendizaje. Incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos. Suponen iniciativas y repuestas afectivas y apropiadas. Son recíprocas por naturaleza y acrecientan el reforzamiento social, su práctica está influida por el medio.

Las habilidades relacionadas con los sentimientos tienen que ver con conocer los propios sentimientos, saber expresarlos, comprender los sentimientos de los demás, enfrentarse con el estado de ánimo del otro, resolver el miedo, autorecompensarse.

Las habilidades alternativas a la agresión, tienen que ver con saber pedir permiso, saber compartir algo, ayudar a los demás, saber emplear el autocontrol, defender los propios derechos, evitar





los problemas con los demás no entrar en peleas, responder a las bromas.

Las habilidades para hacer frente al estrés, resolver la venganza, Defender a un amigo, responder a la persuasión, enfrentarse a los mensajes contradictorios, responder al fracaso, hacer frente a las presiones de grupo.

Las habilidades de planificación pueden tomar iniciativas: discernir sobre la causa de un problema, establecer un objetivo, resolver los problemas según su importancia, concentrarse en una tarea, saber tomar decisiones adecuadas.

Las primeras habilidades sociales son: saber escuchar, iniciar una conversación, formular una pregunta, dar las gracias, presentarse, presentar a otras personas, hacer un cumplido. Las habilidades sociales avanzadas son saber pedir ayuda, participar, dar instrucciones, seguir instrucciones, saber disculparse.

El desarrollo de la capacidad de competencia, lo cual se sabe que se relaciona con la resiliencia, no significa obtener resultados sobresalientes como quizá muchos padres les piden a sus hijos. La resiliencia es una capacidad que todos los seres humanos tienen (Benard, 2004).

En la óptica de la resiliencia, los conflictos son la base del desarrollo, pues cuando aparecen pueden estar anunciando crecimiento, transformación y buenas noticias. Werner & Smith, (2001) identificaron dos tipos de factores protectores al desarrollar resiliencia: factores internos, como las características del temperamento, la inteligencia, el sentido del humor, las habilidades de empatía y el locus de control interno. Además de factores externos como cohesión y afabilidad familiar donde existe un sentido de valor, protección y amor, al menos por uno de los padres.

Uno de los hallazgos más importantes ha sido el de la contribución de la familia como elemento favorecedor de las competencias y el afrontamiento adaptativo (Balwin, Baldwin y Cole, 1990).

Ante la ausencia de relaciones familiares positivas y la emergencia de sucesos estresantes personales y familiares, las escuelas pueden ofrecer una fuente alterna de apoyo y protección (Bernard, 2004).





Asimismo, Bernard señala en su revisión de la literatura de investigación sobre la resiliencia que algunos elementos que promueven la resiliencia de los estudiantes en el ámbito familiar son entre otros:

- La escucha activa de los miembros.
- El mostrar respeto hacia los miembros
- La calidez en las relaciones familiares y el afecto
- El que los padres muestren atención personalizada e interés.
- Que los padres reconozcan las reacciones afectivas de los hijos
- La aceptación de los hijos por lo que son y no por lo que ellos quieren que sean
- Que muestren paciencia
- Que los padres creen un sentido de pertenencia a la cultura
- Que los padres constituyan modelos a seguir pero permitan al adolescente planear su vida

Mientras que en el ámbito escolar se consideran factores protectores:

- Que cada alumno tenga una relación cercana con adultos de su escuela.
- Que las escuelas y los salones de clase se sientan más como una comunidad.
- Que las escuelas y los salones de clase hagan uso de procesos de grupos pequeños.
- Que el tamaño de las escuelas y grupos se mantenga pequeño.
- Promover relaciones cercanas entre los profesores y demás personal escolar.
- La disponibilidad de programas de intervención temprana.





- Programas de apoyo que unan a los adolescentes con voluntarios de la comunidad.
- La invitación de las familias y la comunidad a hacer equipo con la escuela.

Ruano & Serra (2000) mencionan que se ha revelado que la estrategia de afrontamiento familiar no se origina en un único instante sino que se modifica progresivamente a lo largo del tiempo. Olson & Lavee (1989) pretenden comprender las dimensiones fundamentales del afrontamiento y cómo estas dimensiones varían a lo largo del ciclo vital de la familia por consiguiente se puede considerar que es posible disminuir el estrés familiar si se mejoran las formas de afrontamiento a través de una orientación adecuada.

La conducta sexual saludable y los adolescentes de conducta antisocial

El trabajo con adolescentes de conducta antisocial, presenta pocos recursos económicos, e institucionales para su atención, faltan programas preventivos. Los padres ponen resistencias para que sus hijos sean atendidos, las escuelas o centros educativos no cuentan con el personal formado para intervenir hacia una adaptación.

Una autora que ha servido de base para analizar la conducta antisocial, en un enfoque integrador, utilizado hoy en día para intervenir clínicamente en distintos hospitales como el nuestro, el Hospital Universitario de la UANL, desde un enfoque grupal es la patología descrita por Ana Freud. (1974), habla del impulso sexual con un aumento indiscriminado en la actividad impulsiva, que afecta las facetas de la sexualidad infantil, las respuestas agresivo-sexuales de los primeros cinco años de vida, en esta etapa se vive y funciona desde el cuidado familiar, sus impulsos pre-genitales se dirigen hacia sus padres o cuidadores. El sistema defensivo del yo sometido a una tensión excesiva; oscila entre refrenar sus impulsos o dar vía libre a la actividad impulsiva. La conducta antisocial, es caracterizada por el fallo a las reglas, desordenes conductuales, realización de actos delictivos. Ausencia de desarrollo en el juicio moral característica del trastorno antisocial.





Otra autora aplicada en enfoque grupal hacia la atención de chicos con trastorno antisocial en trabajos clínicos de investigación es Klein, para quien el superyó de un antisocial no es menos severo, presenta un desarrollo diferente, la fijación en un estadio muy temprano. La debilidad o falta de superyó, no es la falta de la conciencia, sino la abrumadora severidad del superyó. En la fase sádica, el niño se protege contra este temor a sus objetos introyectados, los ataques contra ellos en su imaginación; tienen el propósito de silenciar las intolerables amenazas del superyó. Se establece un círculo vicioso, la angustia del niño lo impulsa a destruir sus objetos, esto lleva a un incremento de la propia angustia, y lo presiona una vez más contra sus objetos; este círculo vicioso constituye el mecanismo psicológico que parece estar en el fondo de las tendencias antisociales y criminales en el individuo.

Ortiz en el 2010, explica como la voracidad en la conducta antisocial, está ligada estrechamente con la falta de apetito. Siempre nace de una de privación del objeto de amor, que el niño busca, y trata de encontrarlo, de regresar a ese momento que no se le da, presentando este cuadro de auto castigo, Los estudios de seguimiento con hiperactividad, falta de atención en la infancia temprana o media, han mostrado una alza en la tasa de conducta antisocial, mostrando una relación, entre estos dos factores en edades tempranas, con conductas delictivas. No se puede decir con precisión las causas de la conducta antisocial pero sí que están vinculadas, con la área biológica, genética y la crianza, tomando del maltrato, el patrón coercitivo y hostil persistente en la crianza, más que una disciplina con golpes, lo más determinante en la conducta antisocial.

Desde la teoría etiológica del carácter, está presente la percepción del individuo, de su temprana infancia, hubo una falla efectiva en el soporte del yo que sostenía su desarrollo emocional. Los procesos de maduración quedaron obstruidos por una falla del ambiente facilitador. El individuo lleva encima dos cargas separadas. Una es, la carga cada vez más pesada del proceso de maduración perturbado y en algunos aspectos, atrofiado o poster-





gado. La otra es la esperanza de que el ambiente reconozca y repare la falla específica que ocasionó el daño; esta esperanza nunca se extingue del todo. En la gran mayoría de los casos los padres, familiares o custodios del niño admiten el hecho de “abandono” (tan a menudo inevitable).

La conducta sexual responsable contra los síntomas del desorden de personalidad antisocial.

El desorden conductual está definido en el DSM IV como un patrón de conducta en el que los derechos básicos o reglas apropiadas a la edad o normas sociales son violados repetidamente. Se buscan malas conductas en cuatro áreas principales: A agresión hacia la gente o hacia los animales, destrucción de propiedad ajena robo, serias violaciones de las reglas

Estos problemas de conducta deben causar un daño significativo al funcionamiento social académico u ocupacional del niño. El diagnóstico depende en hechos reportados y registros establecidos. Por ejemplo un arresto.

Las personas con Trastorno Antisocial de la Personalidad pueden ser expertas en socializar, capaces de manipular, El diagnóstico está caracterizado por un patrón de mala conducta extenso en todas las facetas de la vida. Marcada por una constante violación de las reglas y normas sociales, como constantes mentiras, robos con violencia, asesinatos entre otros.

La conducta sexual responsable contra la tendencia antisocial

La falta de esperanza es la característica básica del adolescente privado manifiesta dicha tendencia en sus periodos esperanzados.

Primeras Señales de la Tendencia Antisocial

La voracidad, estrechamente ligado a la inhibición del apetito. El individuo afectado por el trastorno de carácter presenta:





- Empobrecimiento de la personalidad, sentimiento de agravio, irrealidad, conciencia de la falta de un propósito serio para su vida.
- Incapacidad de socializar.

La conducta sexual responsable y la psicopatología antisocial

Presentan características estructurales secundarias, manifestaciones no específicas de debilidad del yo, que refiere a una falta de control de impulsos, falta de tolerancia a la ansiedad y falta de desarrollo de los canales para la sublimación; esto es, el superyó mantiene un sistema de valores infantiles o inmaduros, lo cual se puede observar en las demandas morales internas contradictorias, conducta destructiva y en las relaciones objetales que muchas veces son caóticas, además que los mecanismos de defensa por lo general son primitivos.

Las historias del desarrollo de estos jóvenes muestran una incapacidad para vincularse con los demás, Asimismo, indican una profunda interferencia con la capacidad de apego; la calidad del apego refleja la profundidad y especificidad paralelas de los modelos funcionales internos o representaciones de objeto. En la mejor situación, tienen representaciones parciales de objeto, a tal grado que perciben a las otras personas en términos de su dependencia hacia ellos.

Para su tratamiento, es necesario proveer al adolescente de un cuidado donde él pueda redescubrir y poner a prueba, y volver a experimentar con los impulsos del ello. Tomando como base la terapia grupal, que nos da el beneficio, de que el paciente se encuentre con personas, con su mismo problema y se relacione, con ellos se identifique, y todos en conjunto lidien con los problemas de todos, la psicoterapia espera que el paciente desarrolle una capacidad creciente para controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar necesidades instintivas, desarrollar relaciones interpersonales estables y satisfactorias, de lo que carece el adolescente antisocial. Y la psicoterapia focal, que





trata de identificar el problema que más afecte a la persona (foco) prestándole mayor atención para tratar de disminuirlo. Estas son las bases con las cuales se puede guiar un método de intervención para estos adolescentes. Trabajarse el estrés, la ansiedad y la angustia utilizando una serie de técnicas, que ayuden a seguir con el programa sin que los pacientes deserten.

Manejar durante las sesiones la tolerancia, la escucha, y el establecimiento de los límites establecerlas durante las sesiones. Cuando un paciente habla de algo que realmente lo esté afectando o que no quiere hablar, puede hacerse una señal, con frases como “ya no puedo continuar” o “es demasiado para mí”, el cual el terapeuta y los pacientes identifiquen y respeten su tiempo. Al igual como por ejemplo escribir algo que causa mucha angustia en el paciente, y guardarlo en un sobre pegarlo en lo más alto de la pared, y conforme valla avanzado las sesiones bajar poco, a poco simulando que el nivel de angustia ante eso escrito, está disminuyendo, hasta el momento que el paciente pueda decirlo.

Psicoterapia focal para la conducta sexual reponsable

Los conflictos focales derivan de conflictos nucleares más profundos y tempranos, es probable que se originen durante periodos cruciales del desarrollo al comienzo de la vida, los cuales permanecen latentes, reprimidos o “no resueltos”; uno de ellos se activa (o ha permanecido activo) y constantemente parece estar subyacente a la conducta con el aspecto de conflicto focal, que se puede identificar como variaciones en un mismo tema (Ornsteyn y Kalthoff, 1967; mencionados por Balint 1996).

French (1958,1970, mencionado por Balint 1996) es quien introduce el concepto de “conflicto focal” y “conflicto nuclear”. El primero se refiere al más cercano a la “superficie” en un momento dado, y explica la mayor parte del material clínico de una sesión terapéutica determinada. El “conflicto focal”, observa y describe los impulsos que se condensan en un conflicto y luego se descargan en las verbalizaciones y en las producciones del paciente (Whitman y Stock, 1958; mencionados por Balint, 1996). La estructura esquemática de un conflicto focal es la siguiente: “un motivo perturbador” (un impulso o un deseo) está en conflicto





con un “motivo reactivo” (una respuesta del superyo o del yo), lo cual crea la necesidad de encontrar una “solución” (una forma de transacción de adaptación o defensiva).

Al involucrarse sexualmente con una persona, es esencial iniciar la relación con una comunicación abierta sobre los sentimientos e inquietudes y mantener esta apertura todo el tiempo. Las personas con madurez sexual entienden y aceptan los aspectos mentales, físicos, éticos, espirituales y sociales de la sexualidad humana.

Basan su comportamiento sexual en un conjunto de valores personales cuidadosamente seleccionados y continuamente revisados.

Son capaces de discutir sobre la sexualidad abiertamente y sobre todo, de externar sus preocupaciones sexuales, contacto y sensibilidad con su compañero(a). No utilizan el comportamiento sexual para manipular, presionar o perjudicar a otros seres humanos.

Conocen, comprenden y aceptan la responsabilidad y sus consecuencias de la actividad sexual. Son capaces de reconocer los problemas sexuales y buscar ayuda.

Asumen una responsabilidad activa de su salud reproductiva y no permiten que sus deseos de gratificación sexual gobiernen su vida. Más bien, equilibran la gratificación sexual con otros placeres, valores y satisfacciones.

CONCLUSIONES

La conducta sexual es el estudio de los comportamientos sexuales. Que han estado presentes en toda la historia del ser humano, las mujeres se apareaban.

El ser humano debe contar con habilidades necesarias que le sirvan para encarar situaciones de riesgo en la cotidianidad. La persona a diferencia de otros seres vivos, tiene dos capacidades especiales el libre albedrío y la voluntad para decidir entre sus posibles decisiones relacionadas con comportamientos que puedan afectar su crecimiento o desarrollo.

Hoy los jóvenes inician sus relaciones sexuales tempranamente





y sin la posibilidad de reflexionar. Varía el factor edad por región.

En los sectores populares y marginales, ocho de cada diez chicas embarazadas tienen el bebé. Las dos restantes acuden al aborto. Se sugiere que el apoyo social, la comunicación familiar pueden disminuir los riesgos de problemas de los adolescentes, como el suicidio, el embarazo precoz y algunas enfermedades.

Las conductas sexuales deben trabajarse desde la perspectiva biopsicosocial, ya que debe considerarse tanto los beneficios que lo adolescentes perciben como los costos de sus comportamientos. El trabajo en el caso de los adolescentes de conducta antisocial es caracterizado por el fallo de las reglas, desordenes conductuales, realización de actos delictivos. Ausencia de desarrollo en el juicio moral donde aumenta la posibilidad de conductas de riesgo.

En el programa grupal con enfoque focal, basado en el aquí y en el ahora, diseñado para la intervención con personas de conducta antisocial se recomienda la tolerancia, la escucha y el estableciendo de los límites durante las sesiones.

REFERENCIAS

- Baldwin, A., Baldwin, C. & Cole, R. (1990). Stress-resistant families and stress resistant children. En Rolf et al., (Ed), *Risk and Protective Factors in the development of psychopathology*. (257-280). Australia: Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca,
- Barcelata, B., Lucio, E. & Durán, C. (2004). Indicadores de malestar psicológico en un grupo de adolescentes mexicanos. *Revista Colombiana de Psicología*, 13.
- Brito, A. & Bonfil, C: (1997). Educación sexual y lenguaje cotidiano: las intervenciones directas. Entrevista a Peter Aggleton. El Nacional (LETRA S).
- Balint, O. (1996). *Psicoterapia focal: terapia breve para psicoanalistas* México: Gedisa.
- Bernard, B. (2004). *Resiliency: what we have learned*. San Francisco: WestEd.
- Fergusson, D., Beautrais, A. & Horwood, L. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young people. *Psychological Medicine*, 33.
- Freud, A. (1974). *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development 1965*. New York: International Universities Press.



- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Kavsek, M. & Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 651-668.
- Lazarus, R. (1976). *Patterns of Adjustment*. New York: Oxford University Press.
- Lucio, E., Ampudia, A. & Durán, C. (1997). *Manual para la administración y calificación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota Adolescentes MMPI-A. Versión en español*. México: Manual Moderno.
- López, R.F. & Moral, J. (2002). Sexo, autoeficacia y actitud hacia conductas sexuales de riesgo en población adolescente. *Medicina Universitaria*, 5(18).
- López P. & Levy A. (1997). *SIDA en pediatría*. Cali: Ed. del Valle
- Masten, A. & Coatsworth, D. (1998). The development of competent in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*, 53, 205-220.
- Masten, A. A. & Powell, J. L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerabilities: Adaptation in the context of childhood adversities*. (1-25). New York: Cambridge. University Press.
- Olson, D. H. & Lavee, Y. (1989). Family systems and family stress: A family life cycle perspective. En Kreppner, K. Lerner, R. M. (Ed.). *Family systems and life-span development*. (165-195). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ortiz, M. (2010). Modelo de intervención psicoterapéutica para adolescentes víctimas de maltrato que presentan conducta antisocial. (Tesis doctoral inédita). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Resnick, M., Bearman, P., Blue, R., Barman, K., Harris, K., Jones, J., Tabor, J., Beuring, T., Sieving, R., Show, M. Ireland, M., Bearinger, L., & Udry, J. (1997). Protecting adolescents from harm: Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
- Ruano, R. y Serra, E. (2000). Estrategias de afrontamiento en familias con hijos Adolescentes. *Anales de Psicología*, 16(2).
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Stanton A. & Franz, R. (1999). Focusing on emotion: An adaptive coping strategy. En Snyder C. (Ed.), *Coping: the psychology of what works*. New York: Oxford University Press.
- Werner, E. & Smith, R. (2001). *Journeys from Childhood to the Midlife: Risk, Resilience and Recovery*. Estados Unidos: Cornell University Press.
- Kelly, R. Gray, R. & Kelly, Gray & Sewankambo, N. (2002). Diferencias de edad en compañeros sexuales y riesgo para adquirir VIH en Uganda rural. XIV. conferencia internacional sobre Sida. Barcelona España.



ÍNDICE

Prologo	9
Ideación Suicida en Adolescentes: Un Modelo Explicativo	15
La Actitud hacia la Comida en Estudiantes Universitarios: Validación y Confiabilidad del Eating Attitudes Test (EAT-26)	35
Significado del Amor de Pareja en Jóvenes Universitarios	47
Salud Mental y Estilos de Vida en Estudiantes Universitarios	75
Cuestionario de Ejercicio Basada en el Modelo Transteorético de la Conducta en Estudiantes Universitarios	93
Validación de la Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE) en Universitarios de Mérida Yucatán	125
Factores Relacionados con la Violencia Escolar en Adolescentes	165
Trabajo y Estrés: Su Influencia sobre la Salud Mental	187





Indicadores Personales Presentes en el Estudiante Universitario	225
La Conducta Sexual Saludable, Virtud Versus Espejismo	245





COMITÉ TÉCNICO REVISOR

Gonzalo Musitu Ochoa

(Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España)

Alejandro Vera Jiménez

(Universidad Autónoma del Estado de Morelos)

María Elena Ávila Guerrero

(Universidad Autónoma del Estado de Morelos)

Belén Martínez Ferrer

(Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España)

Luis Antonio Lucio López

(Universidad Autónoma de Nuevo León)







Tópicos de psicología de la salud en el ámbito universitario, de Juan Carlos Sánchez Sosa y María Elena Villarreal González. Terminó de imprimirse en marzo de 2011, en los talleres de Imprenta Universitaria de la UANL. En su composición se utilizaron los tipos NewBskvll BT de 8, 9, 11, 13, 14, 20 y 22 El cuidado de la edición estuvo a cargo de los autores. Formato interior y diseño de portada de Claudio Tamez Garza.











