



Ante los problemas de salud en México y su fuerte demanda de atención e intervención, la psicología de la salud es una herramienta que aplica diversas estrategias: investigación, prevención de enfermedades, rehabilitación y promoción de la salud con base en el trabajo interdisciplinario. En efecto: se trata de una disciplina pertinente y necesaria en el área de la salud y el cuidado de la vida. En esta obra, los autores ofrecen un panorama de la psicología de la salud en distintas problemáticas (estrés, inteligencia emocional, obesidad, fibromialgia, entre otros) mediante estudios cuantitativos y cualitativos en diferentes etapas del ciclo vital (niños, jóvenes, adultos y adultos mayores). Cabe destacar que el alcance de los contenidos abarca los ámbitos académico y profesional.

Psicología de la salud  
y sus campos de aplicación

MARÍA DOLORES GARCÍA SÁNCHEZ  
RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY

MARÍA DOLORES GARCÍA SÁNCHEZ  
RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY  
Coordinadores

# Psicología de la salud y sus campos de aplicación



Consortio de  
Universidades  
Mexicanas

UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR



# Psicología de la salud y sus campos de aplicación



# Psicología de la salud y sus campos de aplicación

MARÍA DOLORES GARCÍA SÁNCHEZ  
RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY  
Coordinadores



Zacatecas, México, 2013

Esta investigación, arbitrada por pares académicos,  
se privilegia con el aval de la institución que la edita.

PRIMERA EDICIÓN 2013

© María Dolores García Sánchez  
Rafael Armando Samaniego Garay

© UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ZACATECAS  
Coordinación de Investigación y Posgrado  
Torre de Rectoría, segundo piso,  
Campus UAZ Siglo XXI,  
Carretera Zacatecas-Guadalajara, kilómetro 6,  
Ejido La Escondida, 98160, Zacatecas, México  
uazproyectoeditorial@gmail.com

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

ISBN 978-607-7678-88-5

EDICIÓN AL CUIDADO DE  
Georgia Aralú González Pérez  
Israel David Piña García

CORRECCIÓN AL CUIDADO DE  
Erika Isabel Varela Rodríguez  
Georgia Aralú González Pérez

DISEÑO DE PORTADA  
Israel David Piña García

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra,  
incluido el diseño tipográfico y de portada, por cualquier  
medio electrónico o mecánico, sin la autorización por  
escrito de la Universidad Autónoma de Zacatecas.



Impreso y hecho en México  
*Printed and made in Mexico*

# Contenido

9	Prólogo
13	La psicología de la salud y sus avances
41	La sexualidad vista por niños de educación básica
63	Estrategias de afrontamiento en niños con padres migrantes de Tlaltenango, Zacatecas
93	Validez del cuestionario de maltrato infantil en muestra mexicana
123	Estrés académico en estudiantes de preparatoria
147	Inteligencia emocional percibida y rendimiento académico en estudiantes de bachillerato
171	Estrés en el ámbito académico. Estudio comparativo en estudiantes de licenciatura de un Modelo Educativo Tradicional e Inovador
193	Tratamiento psicológico y médico de la fibromialgia: soluciones viables al sufrimiento
233	Historia de vida en personas con obesidad mórbida
277	Salud del adulto mayor: ansiedad en la presencia de hipertensión y diabetes
299	Sobre los autores



## Prólogo

Dentro de la disciplina el concepto de «psicología de la salud» es de historia reciente y la instauración formal de la división dentro de la American Psychological Association (APA) aún más, incluso en términos de desarrollo científico se encuentra en la primera de sus etapas evolutivas. En 1980 la APA la definió como «la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud». En suma, se trata de una aplicación teórico-práctica del conocimiento psicológico al proceso salud-enfermedad. Su principal objetivo es entender la función que desempeña lo psicológico en la determinación de la salud, además de la interinfluencia causal de los fenómenos psíquicos y los fenómenos de la salud/enfermedad.

Desde su establecimiento se ha desarrollado exponencialmente. En la actualidad ha sido incluida en el plan curricular de diversas escuelas de psicología en el mundo a niveles de licenciatura, maestría y doctorado. También ha sido empleada en los sistemas de salud en distintos países, aunque no lo suficiente. Poco a poco se le ha incluido en la formación de los distintos profesionales de la salud, de ahí la visión más multidisciplinaria del fenómeno salud-enfermedad. Ello muestra interesantes resultados en el desarrollo tanto a su interior como en la

aceptabilidad de la especialidad dentro de la comunidad de profesionales y técnicos de la salud.

La literatura mundial de los últimos años es un ejemplo de su evolución. Escritos con el tópico de la psicología y la salud han aparecido en infinidad de prestigiadas publicaciones. Se abordan problemas claramente diferenciados de la psiquiatría y la psicopatología, con sus propios objetos y variables de estudio. Estas temáticas reflejan la búsqueda de conocimientos para hacer frente a los efectos sociales y económicos en la salud. En los diferentes foros nacionales e internacionales, transdisciplinarios e intersectoriales se evidencia cómo se intenta comprender e intervenir en dicha problemática. Se plantea la relación entre salud, hábitos, prácticas sociales, educación, medio ambiente y calidad de vida, con la intención de ir más allá del paradigma biomédico, dado que el contexto donde se encuentra inmerso atraviesa por un proceso de transición de población mundial, cambios demográficos, globalización, cultura, desarrollo sustentable, equidad social. Establece también una serie de demandas sociales: adecuación de la formación académica en función del área y la actividad laboral, desarrollo de competencias psicológicas y su vínculo con problemas de salud–enfermedad tradicionales y emergentes, relación investigación–intervención.

Actualmente las discusiones en torno a la salud y el bienestar abarcan una dimensión global a la vez que enfrentan retos los obstáculos para la atención y la educación de la sociedad. Distintas disciplinas aportan conocimientos con el fin de proponer acciones que transformen y mejoren las condiciones. La World Health Conference de la World Health Organization (WHO) (Ottawa, 1986) indicó que se debería de trabajar en la promoción de la

salud capacitando a la comunidad y haciéndola participe de la conducción del proceso salud-enfermedad. De esa manera habría un mayor control sobre los factores determinantes.

Así, la psicología de la salud se desempeña en distintos ámbitos: planificación y adherencia a los tratamientos de diversas enfermedades, programas de educación y prevención de trastornos orgánicos y psicológicos. Lo anterior constata el aporte que la psicología como ciencia hace a los temas de salud en la búsqueda del estado de bienestar y del bienestar biopsicosocial. Falta todavía una visión global comunitaria de prevención e intervención colectiva. Dentro de los procesos administrativos existe un obstáculo entre el pensar y el hacer, la teoría y la práctica.

En este libro se tratan tópicos referentes a la salud, asociados a los comportamientos protectores y de riesgo, cambio de hábitos, educación en salud, trabajo conjunto entre los agentes promotores, comunidades y reorientación de servicios de salud. El objetivo es ofrecer una amplio panorama de las áreas de aplicación de la psicología de la salud en los diferentes grupos de la población. Se pretende que alumnos, profesionales de la psicología como de disciplinas afines y cualquier interesado conozcan las investigaciones e intervenciones efectuadas, su aportación y contribución dentro del contexto mexicano (Colima, Juárez, Zacatecas, Monterrey, Mérida, Ciudad de México).

Los autores centran sus análisis en varios temas: estrés en el ámbito académico, tratamiento psicológico de la fibromialgia, estrategias de afrontamiento en niños y cómo perciben su sexualidad, ansiedad del adulto ma-

yor con hipertensión y diabetes, personas con obesidad mórbida. Todo ello sin dejar de lado emociones, creencias, afrontamiento y conductas.

Finalmente deseo externar una felicitación a los autores por el tiempo dedicado para realizar la presente obra, cuyo contenido considero fundamental debido a la relevancia que posee la psicología de la salud en los albores de esta segunda década del siglo XXI.

*Javier Álvarez*

Universidad Autónoma de Nuevo León

# La psicología de la salud y sus avances



MARÍA DOLORES GARCÍA SÁNCHEZ  
RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY  
Universidad Autónoma de Zacatecas



## PERSPECTIVA HISTÓRICA

### *Psicofisiología experimental*

Se analiza la perspectiva histórica con relación a la fundación de la psicología de la salud, el contexto de surgimiento, sus tendencias, retos y campos de aplicación en México en la actualidad. A principios del siglo xx algunos investigadores mostraron interés en el análisis de los correlatos psicofisiológicos de procesos básicos como la conducta y el sueño. Los estudios se orientaron a definir criterios en cuanto a métodos y procedimientos adecuados para el abordaje de este tipo de fenómenos, entre ellos la respuesta galvánica de la piel, las ondas cerebrales, el ritmo cardíaco, la presión sanguínea, asociados a la atención, la actividad, la competencia, el acto sexual, el sueño.

Los resultados evidenciaron una serie de comportamientos acerca de inespecíficos efectos de estrés en el organismo. Walter Cannon (1932) hace alusión a las reacciones emocionales en los vuelos. Sus descubrimientos se consideran la base para las primeras investigaciones psicosomáticas enfocadas hacia la idea de los patrones de respuestas psicofisiológicas adaptativas y defensivas, y la manera en que llegan a incidir en la salud y la enfermedad cuando se prolongan en situaciones de tensión.

En los sesenta Stanley Schacter y Jerome Singer enfatizaron sobre el rol que juegan los procesos biocognitivos en las emociones y cómo los esfuerzos naturales por mantener el equilibrio involucran necesariamente un efecto emocional. Dichas ideas fueron retomadas por otros autores, quienes delinearon los mecanismos sub-

yacentes a las experiencias emocionales. Otra área de la psico fisiología que también contribuyó a la fundación de la psicología de la salud fue el estudio de la conciencia. Se encontraron evidencias de los patrones de actividad del sistema nervioso central y periférico que ocurren durante los procesos humanos de conciencia, en una dirección que iba más allá de lo conocido hasta entonces. Determinadas líneas de investigación permitieron esbozar los patrones de respuesta diferenciales de las personas en cuanto a respuestas fisiológicas periféricas y electrocorticales. Así, se logró establecer que los sujetos diestros en los procesos verbales involucran al hemisferio izquierdo y en los espaciales al hemisferio derecho.

De igual modo Seyle arrojó datos relevantes acerca de las lesiones gastrointestinales en ratas. Demostró que la inmovilización produce ese tipo de patología, a la que definió «síndrome de estrés». Posterior a esos estudios con animales se desarrollaron investigaciones para localizar los procesos psicobiológicos subyacentes a enfermedades del corazón, artritis, dolor, sin soslayar la influencia de los factores psicosociales en los procesos inmunológicos (cáncer). Mediante el examen de fenómenos de auto-regulación biológica fue posible delimitar los alcances de las respuestas fisiológicas, la conducta, la conciencia y la independencia. A nivel clínico permitió el empleo de la técnica *biofeedback*, retroalimentación informativa del estado fisiológico del organismo. Su uso se amplió en la medición del ritmo cardíaco, temperatura corporal, tensión muscular y respuestas somáticas en general. Esta técnica es muy significativa dentro de la psicología de la salud. Cabe destacar que sofisticadas tecnologías computacionales facilitan una mejor integración de los datos y presentaciones gráficas.

## *Medicina psicosomática*

De 1930 a 1950 diferentes aportaciones se centraron en estudiar el rol de la ansiedad y el estrés en el desarrollo de la exacerbación de una variedad de enfermedades físicas. Sobresalen los trabajos de Franz Alexander y Harold G. Wolf. El primero propuso la existencia de una mediación simbólica en los procesos fisiológicos. Apoyó la idea de que los conflictos inconscientes referentes al mal funcionamiento del cuerpo disparan desórdenes fisiológicos.

El segundo pasó treinta años en el Centro Médico de la Universidad de Cornell (New York) estudiando los efectos de los estresores psicosociales sobre las medidas de la fisiología periférica (por ejemplo, la actividad muscular), asumió que están relacionados con específicos desórdenes médicos. Conoció en especial los mecanismos de las jaquecas y desarrolló tratamientos psicológicos para combatirlas. Si bien a partir de tales reflexiones se terminó con ciertos fundamentos y se animó a otros a considerar la posible asociación entre «mente» y «cuerpo», las estrategias de investigación fueron principalmente estudios de caso.

## *Psicología clínica empírica*

Los psicólogos clínicos empezaron a interesarse en la evaluación de los resultados de las terapias, en términos de costo-beneficio; en particular, aquellas basadas en el aprendizaje social: datos empíricos y breves aproximaciones terapéuticas de problemas conductuales. Después tales técnicas de evaluación fueron desarrolladas, pero sólo se mostraron cambios mínimos en los síntomas.

Con el conductismo y otras terapias de carácter constructivo se recopilaron datos de importantes alteraciones clínicas. En un corto lapso se realizaron investigaciones en numerosos problemas de salud (dolor de espalda crónico, artritis, jaqueca). La actitud de los profesionales de la salud tiende a ser más bien pragmática que la de los psicólogos clínicos, en específico los que han seguido una orientación conductual o constructivamente han desarrollado un sistema de lenguaje y una tecnología que los profesionales de la salud también entienden. Estos últimos saben por su experiencia que los factores psicológicos afectan a la salud y la enfermedad, por lo menos en ciertos casos, aunque esos factores fueron largamente olvidados, por incomprensibles. ¿Por qué existe ahora la tendencia de aceptar la esencia de esos problemas? En parte, debido al desarrollo de tecnologías psicológicas disponibles que pueden entender y usar en la problemática de salud que atienden.

### *Apoyos gubernamentales para los tratamientos de reducción de riesgo cardiovascular*

Los apoyos del gobierno a psicólogos en el área de la salud fueron otorgados para desarrollar escalas de detección de riesgo cardiovascular, por ejemplo el de National Heart, Lung, and Blood Institute, del Programa de Prevención de Enfermedades Coronarias de Standford en North Karelia. Los programas desprendidos se orientaron a identificar factores de riesgo e intentar reducirlos; el objetivo era transformar las conductas que llevaban a esos estados. Las intervenciones psicológicas fueron determinantes y tendían a modificar hábitos alimenticios,

deportivos o alguna adicción. De igual modo, se mostró que puede manejarse en la detección de riesgo vascular. Los cambios cognitivos y los conductuales se consideraron un potencial a trabajar con la intención de disminuir el efecto de prácticas perniciosas individuales y sociales.

### *Re-conceptualización del dolor*

La teoría de «la puerta de control» de Ronald Melzack y Patrick Wall (1965) fue un elemento trascendental para el cambio de la teoría y el tratamiento del dolor. Proponía que el dolor se ve afectado por factores psicológicos y fisiológicos, ambos representan una base en torno a la investigación acerca de los procesos psicológicos. Melzack y Wall insisten en una conceptualización más compleja del dolor, más allá de una visión puramente sensorial.

Fordayce (1976) y Sternback (1978) enfatizaron la naturaleza psicológica del dolor crónico. Argumentaron que el dolor es una experiencia subjetiva que no puede ser objetivamente medida y que se comunica a través de la verbalización o acciones corporales (llanto, gestos, cojeras, etcétera). Esa conducta puede ser reforzada de forma operante fuera de la conciencia del sujeto. La atención, la comodidad y la evitación de las consecuencias negativas, u otro evento potencialmente reforzador siguen a la manifestación del dolor e incrementan su recurrencia. La inactividad, el exceso de comida, el aburrimiento o las expectativas del incremento del dolor, en ciertas situaciones acrecientan el problema. Así, una variedad de factores cognitivos o conductuales contribuyen a la experiencia del dolor; las intervenciones psicológicas directas modificaron estos componentes de padecimiento

y pudieron ser desarrolladas para la aplicación de los distintos tipos de dolor.

### *Filosofía holística del cuidado de la salud y énfasis sobre la prevención*

En el pasado los profesionales médicos eran considerados especialistas. En la actualidad esta tendencia continúa, aunque se empieza a trabajar en las bases de tratamientos especializados a fin de proveer una atención médica integral. La medicina familiar es vista de nueva cuenta como una aproximación importante en el cuidado de los pacientes. Los médicos jóvenes han adoptado como parte central de su trabajo que los pacientes deben entender, a su nivel de comprensión, que la salud y la enfermedad son multidimensionales. Si bien pueden consultar con varios especialistas (neurólogos, internistas, cardiólogos, psicólogos) la última responsabilidad descansa en ellos mismos. Ahora los médicos con una orientación holística en el cuidado de la salud serán capaces de evaluar los factores psicosociales en el historial médico, puesto que cuentan con fuentes referenciales (la psicología de la salud) que ofrecen soluciones en el tratamiento directo de varios de esos problemas.

## SUS ORÍGENES

La psicología de la salud es un área de trabajo de la psicología que nació para dar respuesta a una demanda sociosanitaria (García, 1980; Grau, 1995, 1996b; Holtzman et al., 1988; Restrepo, 1992; Urbina, Rodríguez, 1990). Aun con

este enfoque integrativo tiene su especificidad: su bregar institucional es multidisciplinario, pero conserva a la psicología como disciplina madre (Grau, 1997; Piña, Buillé-Goyri, 1994). Así ha sucedido también con la psicología de la salud en Latinoamérica, caracterizada por un rápido crecimiento de recursos humanos pero con una insuficiente incorporación de profesionales al sector salud. Las causas principales son, entre otras, un amplio espectro temático y un déficit de investigaciones con metodologías que logren generalizaciones y rápida introducción a la práctica en la solución de los problemas de salud (Bayés y Marín, 1992; Grau, 1997, 1998; Rodríguez y Rojas, 1996; Urbina y Rodríguez, 1990).

Se ha afirmado que la psicología de la salud surgió en Latinoamérica a finales de los sesenta en Cuba, con el desarrollo de recursos profesionales para la atención primaria de salud y dentro de la política central en el Ministerio de Salud Pública (Grau, 1996a). Se llevaron a cabo servicios de psicología en una extensa red institucional en salud y diversas actividades asistenciales, docentes e investigativas. Desde 1974, cuando Stone proponía el término de «Health Psychology» para crear un nuevo currículum en la Universidad de California, un gran número de psicólogos trabajaba con ese perfil en instituciones cubanas, lo que reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo. Desde entonces, numerosos psicólogos latinoamericanos han contribuido a su desarrollo conceptual, organizativo y científico.

Adicionalmente, en la Universidad de Yale se efectuó un congreso de medicina sobre el comportamiento; en él se observó la necesidad de estudiar la salud desde diversas disciplinas, es así como surge la psicología de la salud

para prevenir la enfermedad. Ante las demandas de la población, el psicólogo se vio en la necesidad de no intervenir sin tener una teoría donde basarse, por ello, faltan todavía bases metodológicas. Calatayud (1999) menciona que la psicología de la salud surge debido a los cambios del estado de salud de la población.

Por otra parte un importante número de subdisciplinas de la psicología (clínica, social, del desarrollo, experimental) con un interés común en indicadores relacionados con la salud acordaron en 1978 formar la División de la Psicología de la Salud de la APA. Su objetivo principal era proveer de las bases de entrenamiento —rescatadas de una diversidad de tratamientos de la psicología clínica u otras subespecialidades de la psicología— a los estudiantes de la psicología de la salud. En 1995, en la Conferencia Nacional de Trabajo en la mesa sobre Educación y Entrenamiento en Psicología de la Salud se presentó la discusión acerca de la naturaleza de los futuros entrenamientos en el área y se expusieron datos acerca del rápido crecimiento de este campo.

## CONCEPTOS Y OBJETIVOS

En la actualidad se considera a la salud dentro de un marco integral como un estado de bienestar físico, psicológico y social; más aún, se trata sólo desde una perspectiva biológica, así que es necesario incorporar el marco psicológico y social en la práctica, es decir en el sistema sanitario a nivel de prevención y tratamiento de enfermedad. Asimismo, existen distintos factores que posibilitan que la psicología se incorpore al campo de la salud; el sistema

sanitario prioriza la salud en vez de la enfermedad que es lo tradicional. Además se sabe que han aumentado las tasas de mortalidad y morbilidad debido a los comportamientos de las personas. En ese sentido, la salud implica aspectos personales, grupales, sociales y culturales que influyen en el individuo. Lo anterior determinará el origen, el mantenimiento, la evolución y el pronóstico de la enfermedad.

La psicología de la salud se encarga de estudiar las variables que mantienen al individuo saludable, de una manera biopsicosocial: el sistema biológico hace referencia al estado físico y genético de la persona; el psicológico y social a la cultura, valores, y normas donde vive el individuo y la forma en que realiza sus actividades. El conjunto hace que se dé el comportamiento y el estilo de vida de las personas. Ello permite entender y evaluar la problemática, y a través de la investigación prevenir las enfermedades, realizar rehabilitación y promocionar la salud.

Son diversas las definiciones que algunos teóricos confieren a la psicología de la salud. Matarazzo brinda cuatro acepciones: *a)* Un campo relacionado con las contribuciones que los psicólogos pueden hacer a la salud. *b)* El término salud debe ser entendido de la manera más amplia posible e incluir la enfermedad, la salud física y mental, trastornos específicos y diagnósticos, sentido general del malestar, la robustez o el bienestar. *c)* El campo no debe limitarse a la investigación o a la construcción de teorías, pero sí debe vincularse con la aplicación de la investigación y la teoría de la prevención, el tratamiento y la prestación de servicios. *d)* Todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea a nivel individuo, grupo

o sistema social en general, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud (Matarazzo, 1980).

Para Rodríguez es un área de aplicación de la psicología al marco de la salud, que estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados a la salud y la enfermedad física de los individuos, integra las aportaciones de las diferentes disciplinas psicológicas y colabora en el diseño y aplicación de programas de intervención individuales, grupales y comunitarios para la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad, con el propósito de conseguir una buena calidad de vida del enfermo (Rodríguez, 2005).

La División de Psicología de la Salud de la APA la considera como las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, el tratamiento y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención (APA, 1974).

En síntesis, la psicología de la salud se preocupa por: *a)* aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar; *b)* la condición de enfermedad; *c)* la recuperación; *d)* las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud, expresado en la práctica en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas; *e)* adecuación de los servicios de salud a las necesidades de quienes los reciben.

Los alcances de esta disciplina tienen que ver con la comunidad en general, la prevención y la promoción de la salud. Algunos de sus objetivos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son: comprender y evaluar los factores biológicos, sociales y ambientales; saber que el estrés es causa de problemas de salud; conocer métodos de afrontamiento del estrés; crear programas que aumenten los hábitos de salud.

De acuerdo con la APA (Buela-Casal y Carrobbles, 1996) son varios sus objetivos: *a)* Comprender y evaluar la interacción biopsicosocial en el estado de bienestar. *b)* Entender que las investigaciones psicológicas se puede aplicar en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad. *c)* Ser consciente que el estrés llega a ser causa de problemas en la salud. *d)* Desarrollar habilidades para el diseño y la aplicación con el fin de incrementar los hábitos saludables. *e)* Asimilar el proceso por el que atraviesan los pacientes al buscar tratamiento. *f)* Determinar los factores que intervienen en el tratamiento hospitalario y la adhesión a él y cómo afecta el médico en el comportamiento del paciente. *g)* Comprender las diferencias y los límites de la psicología de la salud y la medicina. *h)* Entender el impacto psicológico que existe en los pacientes y sus familiares en las enfermedades incapacitantes. *i)* Aplicar técnicas de afrontamiento en las enfermedades crónicas.

## TENDENCIAS, PERSPECTIVAS Y RETOS EN MÉXICO

Las aproximaciones tradicionales de la psicología (clínica, médica, medicina psicosomática) se complementan con

enfoques más recientes, como los de la psicología social comunitaria y el de la medicina conductual. Esto ha diversificado las funciones, las actividades y los programas en los que participan los psicólogos. La psicología de la salud apareció por el interés de comprender globalmente las contribuciones de los factores psicosociales en el proceso salud-enfermedad y de revisar las experiencias prácticas acumuladas por el quehacer psicológico en diferentes instituciones de un sistema dado de salud (Grau, 1997; Morales y Grau, 1989).

Una gran cantidad de los problemas que se enfrentan se encuentra determinada por diversas condiciones: ausencia de un marco teórico común, poca generalización de metodologías junto a una baja proporción de investigación básica, además de una severa falta de comunicación académica en el área. Esta última se plasma en deficiencias en la formación de postgrado, cuyas orientaciones (epistemológicas, teóricas, metodológicas o de intervención) diversifican el campo de acción en la práctica, aparte de que presuponen una formación fraccionada y parcial. En la actualidad es más evidente la necesidad de propiciar una formación integral en el campo multiaxial de la psicología de la salud.

En cuanto a sus tendencias se piensa que el trabajo tradicional interdisciplinario será propenso a enriquecerse con nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento de base psicológica, como procedimientos no estandarizados de diagnóstico e investigación cualitativa, técnicas abiertas de personalidad y para la detección final del deterioro orgánico, la rehabilitación integral del paciente esquizofrénico y los marcadores neuropsicológicos de enfermedades crónicas del encéfalo. La neuropsicología

ampliará sus horizontes y proporcionará nuevos procedimientos de rehabilitación.

El estudio de los estilos de vida alcanzaría un desarrollo mayor con el surgimiento y curso de las enfermedades crónicas. Una tarea central es develar la posibilidad de aplicar principios y técnicas psicológicas que ayuden a los pacientes a afrontar y adaptarse a tales enfermedades (cardiovasculares, VIH-SIDA, cáncer, diabetes, trastornos gastrointestinales, asma bronquial, afecciones reumáticas). Rápidamente se intensificaría el estudio sobre el estrés emocional, con su identificación como patrón de riesgo o vulnerabilidad para enfermar.

Al respecto, junto a los clásicos trabajos en torno a patrón A, patrón C, alexitimia, represión de emociones, se acumulan experiencias acerca de la confidencialidad y la salud, los modelos de autocontrol y determinadas cualidades «salutogénicas» como compromiso, autoestima, optimismo, autoconfianza. Asimismo, se profundiza en la búsqueda de modelos multimodales que garanticen los procesos de adopción de precauciones, se integran variables cognitivas, emocionales y conductuales sobre la base de la autorregulación personal, las cuales son fundamentales en las tareas de educación, promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas, de transmisión sexual, embarazos no deseados y aborto.

Se trabajará de manera constante en la búsqueda de métodos y técnicas de influencia psicosocial que motiven a la población y grupos especiales de riesgo a cuidar su salud. Con la aplicación del método epidemiológico se fortalecerá cada vez más el trabajo interdisciplinario. Distintas técnicas (encuestas, entrevistas, cuestionarios, escalas auto clasificatorias y grupos de discusión) de-

muestran su efectividad en la actual epidemiología inter-ventiva psicosocial, en el estudio de los problemas más complejos de la salud humana y en los cambios constantes a que se ven sometidos.

Continuarán la búsqueda y la aplicación de los mejores procedimientos que motiven y capaciten al personal de salud en la comprensión de los factores psicosociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad. De igual modo, se tomará en cuenta el empleo de métodos psicológicos para promover, prevenir y atender a enfermos; es decir, desarrollar habilidades sociales y comunicativas del personal de salud con pacientes y familiares dentro de contextos variados del quehacer profesional cotidiano.

Concerniente a las perspectivas de la disciplina se vincularán en torno a la calidad y satisfacción de los servicios de salud, de acuerdo con la potencialidad de los métodos y técnicas sociopsicológicas para la evaluación de los componentes subjetivos. Además, se asociarán con la contribución al desarrollo de formas de organización institucional, sistemas de comunicación efectivos con usuarios y métodos incentivadores de participación popular en las tareas de la salud pública. La incorporación en investigaciones de servicios de salud y el despliegue de una gran variedad de tareas en la caracterización y la modificación del clima de instituciones de salud son líneas vigentes en esa dirección. Se prestará más atención en situaciones de desastres naturales y de distinta índole (antropogénicos, tecnológicos) con la intención de disminuir el choque emocional de sobrevivientes y familiares con estrés postraumático.

Por otro lado, el campo de la psicología de la salud se ampliará y profundizará. El espectro temático crece a

medida que los factores de orden humano, manifiestos en el proceso salud–enfermedad, adquieren mayor relevancia para la solución de importantes problemas de salud pública. Paralelamente se observa una tendencia ascendente en la profundización de los aspectos teórico–metodológicos y conceptuales y en la búsqueda de definiciones más precisas de su aparato categorial. En la actualidad, aún plagada de modelos teóricos y de conflictivas discusiones sustentadas en posiciones rezagadas de escuelas y doctrinas, puede y debe trascender el horizonte clínico e ir a la indagación de la causalidad en el proceso salud–enfermedad. El área de la psicología y la salud está determinada por tres hechos:

1. Los modelos teóricos «tradicionales» no siempre conllevan una reflexión crítica en torno de sus orígenes y características epistémicas y ontológicas.

2. En esos modelos se carece de categorías tipo interfase que permitan vincular de manera coherente y congruente los conceptos del nivel básico con los potencialmente aplicables en el ámbito de la salud.

3. El uso incorrecto de los conceptos centrales (entiéndase los de afrontamiento, creencias, actitudes, autoeficacia, intención, adherencia, auto cuidado, etcétera) en la práctica de investigación.

Se ha destacado que no se trata sólo de que en los modelos teóricos (bajo el supuesto de que los conceptos comparten una misma característica, la de su orientación cognoscitivo–social) se incorporen conceptos que amplíen el espectro explicativo de los fenómenos «psicológicos» de la salud y la enfermedad, como si con ello se garantizara el respeto irrestricto de la coherencia y la congruencia.

En la medida en que los psicólogos que se insertan profesionalmente en el ámbito de la salud reconocen la trascendencia del modelo teórico–conceptual —si existe un genuino interés por avanzar de manera ordenada y sistemática en la comprensión de lo psicológico y su conexión con los fenómenos de la salud y la enfermedad— se vuelve inevitable el apoyarse en otros modelos teóricos (Piña, Ybarra, Alcalá, Samaniego, 2010). Éstos no deben concebirse como una suerte de receptáculo al que se le agregan conceptos que intentan informar de lo psicológico. Los modelos deben ser articulados y partir del reconocimiento de que lo psicológico opera en diferentes niveles de complejidad, de forma que sea factible imprimirle organicidad a los dominios teórico y metodológico en el contexto de la relación psicología y salud (Ardila, Lippke Ziegelman y Marks, como se citaron en Piña et al., 2010).

Se pretende, en última instancia, evitar el pragmatismo simplista que históricamente ha dominado en el campo de actuación (debido a la influencia del modelo médico en su orientación clínico–patológica, en los términos expuestos por Goldiamond) para dar paso a una modalidad de trabajo que mantenga correspondencia lógica, conceptual, metodológica y empírica. Lo anterior exige un cambio en la formación y el entrenamiento de los profesionales de la psicología interesados en el ámbito de la salud, pues en opinión de Ribes, la aplicación del conocimiento psicológico presupone que se debe ser competente en los dominios teórico y metodológico (Goldiamond y Ribes, como se citaron en Piña et al., 2010).

Dicha reflexión teórica, que deberá hacerse desde la práctica y la investigación de muchos años, se dirige a la

delimitación de la psicología de la salud como disciplina psicológica, a la complementación teórica de las ciencias médicas, y esencialmente a la optimización de sus derivaciones prácticas. La adecuada elaboración teórica de la experiencia acumulada en ella pautará su avance en los albores del siglo XXI. El papel desempeñado se enmarcará en sus características económicas, sociales, políticas, del desarrollo científico-técnico y del sistema estructural de salud de cada nación. Los psicólogos se están convirtiendo en protagonistas e intérpretes de ese proceso universal de construcción de una nueva forma de pensamiento en salud. Para ello, la psicología de la salud debe transformar sus propios paradigmas, reelaborar las tácticas dispersas y proponer grandes estrategias integradoras, capaces de enfocar y dirigir de modo eficaz acciones concretas, en contextos bien delimitados.

## CAMPOS DE APLICACIÓN

Oblitas (2006) entiende a la psicología de la salud como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, el fortalecimiento y el mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Su campo de aplicación es muy amplio si se reconoce que la salud se encuentra influenciada por conductas, pensamientos, emociones, sentimientos y relaciones sociales. En el caso de las conductas no ocurren en el vacío; según Winett, King y Atman (1989, como se citaron en Becoña, Vázquez y Oblitas, 2006) para comprenderlas es necesario entender el contexto en que ocurren. Abarca una serie de factores

personales, interpersonales, ambientales, institucionales, políticas públicas, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales.

Dentro de una perspectiva todavía más compleja habría que agregar determinantes sociales, por ejemplo la globalización. El desarrollo del capitalismo deteriora en forma acelerada la calidad de vida de las mayorías e impacta sobre cuatro procesos diferentes pero interrelacionados. Dichos procesos (López, Escudero y Carmona, 2008) son varios: incremento de la pobreza, profundización de las desigualdades económico-políticas, deterioro ecológico y sus consecuencias en la salud y ampliación de la brechas socio-sanitarias que conforman sociedades altamente polarizadas.

Ante ese panorama y al reconocer la importancia que ha recobrado el tema de la salud en el siglo XXI, la psicología de la salud ha tenido un crecimiento vertiginoso, a la vez que se ha fortalecido de modo sustancial en los últimos años en las áreas académica, profesional y de investigación. En lo académico se observa una creciente apertura en los planes curriculares de las universidades, la enseñanza de la cátedra de psicología de la salud a nivel licenciatura y la apertura de programas de especialización y postgrado (Contreras, Londoño, Vinaccia y Quiceno, 2006; Oblitas, 2006; Piña, 2005). Sin embargo, hay quienes opinan que continúa supeditada a unas cuantas horas dentro de una asignatura, regularmente denominada psicología clínica y de la salud; mientras que en los temas de formación existe un mayor predominio en prevención y promoción, lo que provoca un vacío importante en rehabilitación y salud pública, acorde con un estudio realizado en Colombia (Londoño y Flores, 2010).

Concerniente a lo profesional, se elevó considerablemente el número de psicólogos dedicados a esta área en la década de los ochenta. En 1982 apareció *Health Psychology*, que en 1993 se convirtió en la revista oficial de la APA y la de mayor circulación en el mundo. Un año después tuvo lugar la primera conferencia norteamericana sobre la formación del psicólogo de la salud y las directrices para la formación del especialista (Contreras et al., 2006). Es pertinente comentar que cada vez son más los servicios sanitarios que demandan la presencia de psicólogos de la salud. En Estados Unidos sobresalen los centros médicos, ahí los psicólogos se han transformado en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, odontología (Rodríguez, 1998).

Dentro del área de investigación se reflejó en América Latina con la creación de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA) el 16 de noviembre de 1996 y su seccional en Colombia. Ello ha permitido la proliferación de actividades de divulgación y la difusión del conocimiento a través de congresos y simposios, así como el aumento de grupos de investigación dedicados al tema. En Colombia, Contreras et al. (2006) exponen que a partir del año 2000, con el surgimiento de COLCIENCIAS, se posibilitó el desarrollo de la psicología de la salud, según lo demuestra la diversidad de líneas de investigación y proyectos generados por distintas universidades colombianas. En México también es notorio el incremento de publicaciones y libros especializados (Piña, 2005).

Respecto a los campos donde se aplican los conocimientos y las técnicas de la psicología de la salud, Barriga, León, Ballesteros, Medina (2004) y Rodríguez (2001) los han

ubicado en tres grandes áreas: *a)* promoción de la salud y prevención de la enfermedad; *b)* etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, *c)* mejora del sistema de cuidado de salud y políticas sanitarias.

*Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.* Instauration o aumento de comportamientos asociados de forma positiva con la salud. La promoción de la salud es un concepto más amplio que el de prevención, pues supone la instauración y el mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de las personas (Rodríguez, 2001). La estrategia en cuanto al primero se realiza a través de la educación sanitaria, cuyo fin es tratar que los individuos modifiquen sus comportamientos, adquieran y conserven hábitos saludables, aprendan a utilizar los servicios de salud disponibles y obtengan las habilidades suficientes para decidir individual o colectivamente, sobre el mejoramiento de su estado de salud y el saneamiento del medio que habitan.

El segundo implica reducir o eliminar las conductas que suponen un riesgo a la salud, mediante la modificación de los factores ambientales que la ponen en peligro. La prevención se puede hacer a distintos niveles: el objetivo de la primaria es la disminución de la incidencia de enfermedades, la secundaria intenta acortar el periodo de duración de las enfermedades y la terciaria trata de reducir secuelas y complicaciones de la enfermedad. Los programas de promoción y prevención se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios, incluyen desde campañas en los medios de comunicación hasta intervenciones directas con las personas. Dichas intervenciones pueden ser unidimensionales y

multidimensionales, dependiendo de si lo que se pretende producir son cambios en una o varias conductas de riesgo o de salud de forma simultánea.

La psicología social de la salud juega un papel fundamental, ya que su principal aportación es estudiar los factores psicosociales que intervienen en la etiología de los problemas de salud, por ejemplo estudiar cómo el contexto sociocultural afecta a la salud y la enfermedad a través de estilos de vida y actitudes de la población, o bien cómo la distribución de recursos genera problemas de salud por la desigualdad al momento de acceder a los servicios de atención.

*Etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.* Estos conceptos son las fases implicadas en el proceso de la enfermedad. Rodríguez (2001) sostiene que la psicología social contribuye a estudiar la percepción de los síntomas por parte de los pacientes, la construcción social de la enfermedad y de la salud en la cultura; los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, el tratamiento y el proceso de rehabilitación, así como las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de tales procesos.

De igual modo, se busca identificar los factores que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermedad, donde el aporte teórico surge del estudio del rol, la comunicación, la indefensión aprendida, los procesos de aprendizaje social, las teorías de la atribución, la disonancia cognitiva y los estudios del estrés, afrontamiento y apoyo social. De los procedimientos terapéuticos sobresalen la intervención en el impacto psicosocial de la hospitalización (Rodríguez y Zurriaga, 1997), mejorar la adaptación a la enfermedad, coadyuvar en el ajuste

y adaptación del enfermo crónico, diseñar programas de intervención psicológica de los enfermos quirúrgicos (Moix, 1997) y mejorar el entorno psicosocial de los enfermos en situación terminal.

*Mejora del sistema de cuidado de salud y políticas sanitarias.* Es un campo reciente, cuya participación se dirige hacia la mejora de la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario, lo que se traduce en ofrecer un servicio de calidad a los usuarios. Aquí la función de la psicología social es crucial al aportar aspectos metodológicos y conceptuales en el análisis y modificación de las actitudes de la población y de los profesionales de la salud. Se interesa en estudiar cómo los mecanismos de influencia social y el sistema socio-cultural inciden en los estilos de vida. Lo anterior permite diseñar programas encaminados a crear actitudes favorables hacia el uso racional de los servicios de salud (Barriga et al., 1990, como se citaron en Rodríguez, 2001). La calidad asistencial supone la mejora de las relaciones interpersonales de los usuarios con los profesionales de la salud, aumenta la competencia social de los profesionales y su propia satisfacción.

Otro campo de aplicación actual de la psicología de la salud que interesa por sus implicaciones es el estudio del impacto que tiene el comportamiento del profesional de la salud en los pacientes. Un aspecto relevante es la comunicación entre ambos, puesto que es indispensable analizar la estructura y la dinámica del proceso de comunicación, y los factores que la facilitan u obstaculizan. En todo proceso terapéutico hay influencias interpersonales y subjetivas, por lo que la investigación sobre la conformidad y la obediencia a la autoridad y los modelos de poder social han esclarecido la compren-

sión del incumplimiento de las prescripciones médicas por parte de los pacientes (Harrison, Caplan, French y Wellons, 1982; Milgran, 1974; Stone, 1979, como se citaron en Rodríguez, 2001).

Por ejemplo, se ha demostrado que el «cumplimiento» se incrementa cuando aumenta la satisfacción del paciente en un trato amigable y cálido con su médico, con consultas o sesiones informativas y cuando reciben retroalimentación (Stone, 1979; Spacapan, 1987, como se citaron en Rodríguez, 2001). En consecuencia, es probable que este campo de aplicación emergente se fortalezca paulatinamente con la suma de nuevas investigaciones que coadyuven a una mejor relación médico-paciente, la cual redundará en beneficios de los usuarios de los servicios profesionales de la salud.

## REFERENCIAS

- Bayés, R. y Marín, B. (1992). La psicología de la salud en España y en América Latina. Ponencia central en el área «Psicología de la salud». *Libro de Ponencias del Congreso Iberoamericano de Psicología* (pp. 60-74). Madrid.
- Becona, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas (Coord.), *Psicología de la salud* (2ª ed.) (pp. 15-56). México: Plaza y Valdés.
- Buela-Casal, G. y Carrobbles, J.A. (1996). Concepto de psicología clínica. Medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Comps.), *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 3-12). Madrid: Siglo XXI.

- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J.M. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 120–129.
- García, A.L. (1980). Psychology and health care in Cuba. *American Psychologist*, 35, 1080–90.
- Grau, J. (1995). La psicología de la salud a las puertas del siglo XXI. Conferencia inaugural de la I Reunión ALAPSA de la Región Norte–Occidente de México, Guadalajara.
- Grau, J. (1995). La psicología de la salud en Cuba. Ponencia presentada en el simposio «El rol del psicólogo de la salud en América Latina». XXV Congreso Interamericano de Psicología, Puerto Rico.
- Grau, J. (1996a). Hacia una integración en la psicología de la salud. Conferencia inaugural de la II Reunión ALAPSA de la Región Norte–Occidente de México, Culiacán.
- Grau, J. (1996b). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Grau, J. (1997). Psicología de la salud, una perspectiva latinoamericana. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*, 1(1), 6–19.
- Grau, J. (1997). *Calidad de vida y salud: problemas en su investigación* (Tesis de especialista de I grado en psicología de la salud). Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba.
- Grau, J. (1998). La psicología de la salud en latinoamérica a las puertas del siglo XXI: ¿dónde estamos y hacia dónde vamos? *Boletín de la Seccional de ASOCOPIS*, 1–5.
- Grau, J. y González, U. (1997). Ética, calidad de vida y psicología de la salud. Conferencia magistral en el IV Congreso de psicólogos de Chile, Santiago de Chile.
- Holtzman, W.H. et al. (1988). Psicología de la salud: contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud. *Boletín de la OPS*, 105(5), 245–282.

- Londoño, C. y Flores, L. (2010). Formación en psicología de la salud en Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(1), 55–61.
- López, O., Escudero, J. y Carmona, L. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller latinoamericano de determinantes sociales de la salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323–335. Recuperado de <http://www.medicinasocial.info>
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807–817.
- Morales, F. y Grau, J. (1989). Hacia una periodización del desarrollo histórico de la psicología de la salud en Cuba. I Seminario Internacional de Psicología de la Salud en la Atención Primaria (PSICOLOGIA'89), La Habana.
- Moix, Q.J. (1997). Evaluación de la ansiedad en la antesala del quirófano. *Medicina Clínica*, 108(4), 157–158.
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud* (2ª ed.). México: Plaza y Valdés.
- Piña, J.A. y Buillé–Goyri R. (1994). La psicología en el ámbito de la salud pública: perspectivas de un modelo psicológico para la investigación y la prevención. *Psicología y salud*, 3, 177–85.
- Piña, J. (2005). Psicología de la salud en México en el periodo 2000–2004: análisis, investigación y difusión. *Psicología y salud*, 15(2), 157–168.
- Piña López, J.A., Ybarra Sagarduy, J.L., Alcalá Sánchez, I.G. y Samaniego Garay, R.A. (2010). Psicología y salud: la importancia de llamarse Modelo y apellidarse Teórico–conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2(1), 21–29. Recuperado de [http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/Art\\_Reg\\_Resumen.php?id=49](http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/Art_Reg_Resumen.php?id=49)
- Restrepo, M. (1992). Atención primaria en salud: un reto para la psicología en Colombia. En L. Flores (Ed.), *Psicología de la salud en Colombia* (Vol. 1). Santa Fé de Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina de la Salud.

- Rodríguez G. y Rojas M. (1996). Health psychology in Latin America. XXVI International Congress of Psychology, Montreal.
- Rodríguez, M.J. (1998). Psicología de la salud y psicología clínica. *Papeles del psicólogo* (69). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=772>
- Rodríguez, M.J. (2001). *Psicología Social de la Salud* (2ª ed.) Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, M.J. y Zurriaga, L.R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Urbina, S.J. y Rodríguez, G. (1990). *El psicólogo en el sector salud en México*. Memorias del I Congreso Internacional sobre Psicología y Salud, Universidad Nacional Autónoma de México/ Hospital General de México, 349–60.

# La sexualidad vista por niños de educación básica



REBELÍN ECHEVERRÍA ECHEVERRÍA  
MARÍA TERESITA CASTILLO LEÓN  
MARÍA JOSÉ DE LILLE QUINTAL  
MARISSA LORENA GAMBOA ANCONA  
Universidad Autónoma de Yucatán



## RESUMEN

A pesar de que actualmente se reconoce la sexualidad como parte fundamental del desarrollo integral de las personas, se reproducen actitudes que limitan su comprensión y reconocimiento en niños. De ahí el interés de generar investigaciones aplicadas que aporten a su comprensión y a la generación de acciones. Se pretende analizar las actitudes que tienen los niños respecto a la sexualidad en edad escolar primaria, se contemplan tres escuelas públicas y tres privadas de Mérida, Yucatán. Asimismo, se desea mostrar de manera general el proceso de intervención en materia de sexualidad, diseñado e implementado a partir de los resultados obtenidos.

Este trabajo se basó en la propuesta metodológica de Investigación Acción Participativa (IAP) con técnicas cualitativas y talleres comunitarios con directivos, profesores, padres, madres y niños de seis escuelas. Uno de los productos de la investigación fue un juego de mesa educativo-preventivo dirigido a menores que abarca temáticas como sexualidad, violencia intrafamiliar, equidad de género y derechos humanos. Se discute la importancia de continuar desarrollando una labor educativa promotora de una sexualidad sana, libre de prejuicios y estereotipos, además de involucrar de manera activa a cada uno de los actores de las comunidades educativas. Lo anterior con el fin de emprender tareas que fomenten la capacidad crítica de cada persona involucrada en la educación, de modo que se promueve el goce de una sexualidad plena y con equidad.

*Palabras clave:* sexualidad, niños, educación, IAP.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad no es un concepto unívoco, por un lado, designa diversos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo; por otro, relaciones sociales, ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en cuanto a los comportamientos sexuales, elaborados específica, histórica y culturalmente. En ese sentido, a un comportamiento, un deseo o una fantasía los vuelven sexuales los significados socialmente aprendidos (Szasz y Lerner, 1998).

Tanto los cambios económicos, políticos como los sociales impactan a los individuos, en sus juicios, creencias y conductas. Las concepciones del cuerpo y la sexualidad que han orientado la vida personal y social en el pasado deben ser analizadas y reconstruidas con el objetivo de contribuir a un nuevo marco que facilite el crecimiento propio y una convivencia saludable, promotora del bienestar social. La sexualidad no escapa a la lógica de esta necesaria y constante evaluación; la variedad de enfoques, prácticas, valores y finalidades que la originan en los distintos contextos, locales y globales, obligan a someterla a un análisis crítico.

La forma como cada persona concibe y vive su sexualidad desde la infancia hasta la edad adulta avanzada, tiene profundas repercusiones en su proyección personal y en la dinámica social de su entorno (Bach, 2004). El desarrollo de una sexualidad sana es paralelo al desarrollo integral del individuo. Una visión de la sexualidad que conjunta pensamiento, emoción y acción reflexionada, basada en el respeto a la dignidad humana y en los derechos humanos, es el punto de partida de

una sexualidad plena, anticipando posibles futuros deseables o indeseables.

A pesar de que ahora se reconoce a la sexualidad como elemento conformador del desarrollo integral de las personas, aún se reproduce una serie de ideas que la juzga como temática que sólo incumbe a las personas adultas. A través de la historia se observan líneas de pensamiento que hasta la fecha continúan visualizando la etapa de la niñez y la infancia como periodos sin significado sexual, considerando que la sexualidad inicia hasta la adolescencia (CONAPO, 1986).

Antes del siglo xx era impensable afirmar que los niños poseían sexualidad, es decir, deseos, fantasías y experiencias placenteras. Aún en el presente existen muchas creencias que lo impiden. En nuestra sociedad, se condena la búsqueda del placer y el placer mismo en una relación hasta convertirse en tabú. El cuerpo es considerando «bueno» mientras se oculten sus referencias a lo sexual y no sea tomado como el lugar del placer y del goce. La sexualidad es vista casi de manera exclusiva destinada a la procreación. En lo cotidiano se alude sólo a la genitalidad, es decir, a las relaciones coitales, a la unión corporal de una mujer con un hombre, sin tomar en cuenta otras dimensiones y el respeto por la diversidad sexual. Ante esto ¿cómo no excluir a los niños del mundo de la sexualidad? A través del tiempo se les ha revestido de inocencia absoluta, se les ha transformado en seres asexuados, en modelos de pureza, en seres carentes de deseos y placeres.

Dentro de ese contexto han prevalecido tabúes, mitos y creencias erróneas en torno a la sexualidad infantil, las cuales han limitado la oportunidad de que los menores

reciban información certera y formación adecuada a su nivel de desarrollo psicosocial. Es común que en diferentes sectores socioeconómicos se piense que es inapropiado hablar abiertamente de la sexualidad frente a los niños; optan por transmitirles ideas fantásticas para evitar abordar el tema, pues los padres no se sienten suficientemente preparados para hacerlo (Pick, Givaudan y Díaz Loving, 2002). Con frecuencia es común escuchar a personas decir que hablar de sexualidad con los niños es «despertarles el morbo» y «hacerlos perder su inocencia», muchos adultos tienen la convicción de que mientras menos sepan de ello es mejor (Oliver Juárez, 1998).

Lo anterior ha derivado en diversidad de problemáticas sociales que atentan contra la integridad de los niños: explotación, violación, abuso sexual y enfermedades de transmisión sexual son cada vez más frecuentes en la población infantil. El promover en ellos silencios, prejuicios y temores no conduce a la inocencia, pero sí a la ignorancia. Impedir que se enteren del funcionamiento real de su cuerpo, de las enfermedades y riesgos existentes, propicia su indefensión. Es indispensable considerarlos seres sexuales, con derecho de acceder a la información y formación en materia de sexualidad, lo más fidedigno y claro posible, ajustado a su nivel de crecimiento.

La socialización primaria es la base fundamental que permite desarrollar y consolidar ese proceso, de ahí la importancia de fomentar una conciencia crítica, que facilite el autoconocimiento, el reconocimiento y la constante mejora en el proceso formativo de los menores. En el caso de los padres al no contar con esa formación, se sienten incómodos y avergonzados ante sus hijos puesto que carecen de elementos para superar la situación

(Pick, Givaudan y Martínez, 1994). Por tanto, es fundamental cuestionar su propia sexualidad, sus actitudes al respecto y lo transmitido a sus hijos. Deben además propiciar un ambiente de comunicación y diálogo abierto que eluda mitos, estereotipos y temores arraigados en lo social a fin de promover el goce de una sexualidad plena y responsable.

Así, las políticas actuales en salud, educación y derechos humanos locales, nacionales e internacionales, establecen la necesidad de difundir en los niños el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable, que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos, en un ambiente social libre de violencia. Resulta indispensable construir nuevos espacios que posibiliten la expresión clara y abierta de las inquietudes relativas a la sexualidad y la equidad de género, éstos servirán como apoyo a los programas institucionales de educación primaria, así como a la labor de los padres —considerados los primeros educadores sexuales y promotores o represores de los derechos humanos.

## SEXUALIDAD EN LA INFANCIA

En cada etapa de la vida se producen cambios físicos, psicológicos y sociales, reflejados en comportamientos interpretados y evaluados socialmente de manera diferencial. Las manifestaciones de la sexualidad de niños son distintas a las de los adolescentes, adultos y ancianos; no obstante, muchas de las conductas características de su etapa de desarrollo son interpretadas y evaluadas desde una óptica adulta que desvirtúa su sentido. En este pe-

riodo sus conductas e intereses sexuales son objeto de mayor censura social, situación que los conduce a ocultar varios de sus comportamientos. Es fundamental reconocer que la experiencia sexual, pese a recibir mayor desaprobación social, no cesa o disminuye en ese ciclo, al contrario, se hace más frecuente (Rice, 1997).

Durante la infancia, el niño manifiesta su sexualidad con relación a su propio cuerpo y con las demás personas, o bien por las sensaciones placenteras que experimenta. Dichas manifestaciones son esenciales para un desarrollo adecuado de su sexualidad, no son en absoluto dañinas, ni física ni psíquicamente. Pero, si ante estas conductas reciben amenazas o castigos por las personas adultas, generarán sentimientos de culpabilidad y una concepción negativa y peligrosa de la sexualidad. Sus intereses y conductas sexuales persistirán, aunque no lo muestren abiertamente. Aparte de fomentar la mentira, la falta de comunicación y el temor, obstaculizarán un adecuado desarrollo de su sexualidad (Bolaños-Espinosa, et al., 1999).

En cambio, si existe un clima de naturalidad y confianza, podrán observarse en las primeras edades conductas de observación, autoexploración y exploración entre iguales, las cuales llevarán a una expresión natural de sus vivencias en edades superiores, a la vez que inquietudes e intereses sobre sexualidad. Ello permitirá un desarrollo sexual sano y una prevención de situaciones de riesgo y vínculos equitativos entre los géneros.

Adicionalmente, en esta etapa de desarrollo psico-sexual y social, los niños interiorizan, adquieren y construyen sus formas de ver la sexualidad y la moral sexual. Gran parte de lo interiorizado consiste en estereotipos,

ideas y actitudes que las personas adultas tienen hacia ese tema, cuestión que afectará de forma positiva o negativa su vida personal y sus relaciones genéricas. El contexto familiar y social determina, en gran medida, las expectativas asociadas con el género desde el momento del nacimiento. Es común que los padres relacionen las características clasificadas como tradicionalmente masculinas a los varones y las femeninas a las mujeres: «los niños no lloran, las niñas sí», «las niñas usan lazos en el cabello, los niños gorra», «las niñas hacen la limpieza, los niños juegan al fútbol».

A partir de concepciones de dicho tipo se establece un trato diferente según el sexo. En nuestra sociedad, de manera muy extendida, a las niñas se les prepara para la crianza y el hogar; la maternidad se les ofrece como su realización absoluta en la vida. En contraposición, a los niños se les induce a considerarse fuertes y decididos a ser los proveedores económicos y los jefes de sus futuras familias. Tales estereotipos son la base de diversos desajustes de la sociedad, pues condicionan las oportunidades, los deberes y los derechos sin valorar la capacidad real de cada individuo, ni lo que cada quien elige para su vida.

Son incontables las consecuencias que provoca el fomento de los roles y papeles sexuales y sociales estereotipados. Al juzgar a los hombres por su fuerza e inteligencia y a las mujeres por su belleza y abnegación, no es extraño que ellas atribuyan sus éxitos a la suerte y los fracasos a su falta de habilidad, ni que los hombres lo hagan a la inversa. Perpetuar ese tipo de prácticas y roles tradicionales limita a ambos respecto a las posibilidades de elección libre de su ser y su quehacer para desarrollar

su sexualidad y potencialidades. Asimismo, incrementa la reproducción de mecanismos sociales que favorecen las prácticas sexuales y sociales excluyentes e inequitativas, el abuso de poder y la violencia, entre otros.

Dentro y fuera de la familia las actitudes de los padres representan un aprendizaje sobre la sexualidad de acuerdo con los mensajes verbales y no verbales que transmiten a sus hijos en la cotidianidad (la distribución de actividades, la desnudez, la expresión de los afectos), y al hecho de responder o no a sus dudas e inquietudes (Pick, Givaudan y Díaz Loving, 2002).

La gran capacidad de asimilación de los niños obliga a valorar este periodo «crítico» en cuanto a la adopción de actitudes naturales y positivas hacia la sexualidad. Por esa razón es importante que reciban en la familia, la escuela y los medios masivos de comunicación, una visión positiva de ella, es decir, como una dimensión humana mucho más amplia que la genitalidad. Es indispensable además de que en lugar de una moral persecutoria y represiva, adquieran valores éticos fundamentales como la igualdad y equidad genérica, la responsabilidad frente a las prácticas de riesgo, el respeto a los demás, el derecho a decir «no» y que su decisión sea aceptada (Bolaños-Espinosa et al., 1999).

Los niños tienen derecho a contrastar sus conocimientos y actitudes en un ambiente familiar y escolar flexible, cooperativo y sincero. Los adultos deben facilitar el proceso de búsqueda de respuestas individuales y colectivas a las preguntas que plantean. Todos los mensajes, actitudes, valores, creencias y comportamientos de los padres serán de trascendencia para el desarrollo de las potencialidades sexuales, genéricas, eróticas, reproductivas y de

vinculación (Rubio Aureoles, 2002). Es necesario que los adultos analicen su papel como ejemplo para niños y la influencia que sus actitudes y concepciones ejercen sobre los modelos simbólicos presentados a través de los libros de texto o los medios de comunicación.

Con base en lo anterior, es prioritario identificar actitudes, maneras de pensar, estereotipos, fantasías y mitos más frecuentes en torno a la sexualidad, con la finalidad de verbalizarlos, contrastarlos y paulatinamente descubrir lo correcto o erróneo en ellos. Así, los niños participarán de una nueva construcción–acomodación entre la información contrastada y sus concepciones previas. De no ser así continuarán reproduciendo actitudes y comportamientos que limitan el bienestar personal y social. Una visión clara y objetiva propiciará un desarrollo psicosocial y sexual libre de prejuicios y estereotipos, que los aproximará al ejercicio de su derecho a una sexualidad propia y personal, deslindada de las formas simbólicas masculinas y femeninas tradicionalmente aceptadas.

## EL CONTEXTO

Este trabajo deriva de un proceso de IAP que tuvo como objetivo difundir la construcción de espacios que faciliten la expresión abierta de experiencias, inquietudes y cuestionamientos acerca de la sexualidad, la violencia intrafamiliar, el diseño e implementación de estrategias de promoción de los derechos humanos y la equidad de género orientadas a escuelas de educación primaria, públicas y privadas, de la ciudad de Mérida, Yucatán. Ello, con el propósito de apoyar los programas institucionales

de la SEP enfocados a ese nivel, a los padres, docentes y niños a través de diversas estrategias socioeducativas.

### *Objetivo*

Analizar las actitudes hacia la sexualidad de niños en edad escolar primaria de tres escuelas públicas y tres privadas de Mérida. De manera complementaria se presenta una descripción general del proceso de intervención en materia de sexualidad, diseñado e implementado a partir de los resultados del diagnóstico realizado respecto a esa temática.

### *Método*

El proyecto general de investigación se basó en la propuesta metodológica de la IAP, integrada por tres elementos: investigación, acción y participación (Balcazar, et al., 2006; Demo, 1985; Martí, 2001). Incluyó el desarrollo de las tres fases propias de la metodología: elaboración de un diagnóstico de la situación, diseño e implementación de estrategias de intervención y evaluación de la totalidad del proceso y de su impacto.

Se desarrolló en seis escuelas primarias distribuidas al norte, centro y sur de la ciudad de Mérida. En total intervinieron 360 niños en edad escolar primaria de todos los grados; asimismo, colaboraron padres y docentes.

El diagnóstico constituyó la pieza central, sustento de las siguientes etapas de la investigación (Aguilar y Ander-Egg, 2001). En la primera fase resultó crucial la participación de todos los involucrados para identificar sus necesidades, experiencias y cuestionamientos respecto a

la sexualidad y la violencia. Las técnicas empleadas para el logro y consecución de ésta fueron las propias de un diagnóstico comunitario participativo realizado con cada uno de los grupos. A la vez se promovió la interacción social, la expresión, la comunicación, la argumentación de sus posturas personales, el respeto hacia otras opiniones, el apoyo social, así como el compartir experiencias, dudas e inquietudes con sus compañeros (Riedemann, 2001). Adicionalmente se desarrolló un análisis de contenido basado en la propuesta metodológica de Colle (2001), de los textos obligatorios y complementarios de educación primaria; también se realizaron entrevistas semiestructuradas a diversos participantes.

Después de la recolección de la información se llevó a cabo el análisis interpretativo de los datos, se tomó en cuenta su complejo y constante proceso de construcción social y cultural (Michrina y Richards, 1996). Se procedió entonces a la fase de socialización de resultados y al diseño e implementación de las estrategias de intervención. En ese sentido, primero se trabajó en la elaboración de un manual educativo y talleres participativos dirigidos a las personas adultas, acorde con sus necesidades, inquietudes y cuestionamientos que se plantean. Posteriormente se diseñó un juego educativo promotor de una sexualidad integral y de una vida sin violencia para los niños, aspectos importantes para el sano ejercicio de los derechos humanos y la equidad de género.

En la fase de diagnóstico del proyecto, en específico lo efectuado con los niños de las escuelas participantes en materia de sexualidad, así como la descripción general de la estrategia de intervención implementada se muestran algunos de los resultados:

- ¿Qué es la sexualidad?
- *Que está feo hacerlo*
- ¿Hacerlo?, ¿hacer qué?
- *Que hace mal, es malo hacer eso.*
- ¿Qué es malo hacer?
- *La sexualidad, ¡Ay, no quiero decirlo, no lo voy a decir, no lo voy a decir! Mi papá me ha dicho que es malo hacerlo... está feo hacerlo, se ve mal. Es que se ve feo, se oye feo decirlo. Es como cuando los hombres y las mujeres se besan (risa).*
- ¿Y qué más?
- *Cuando nos estamos bañando (risa).*
- ¿Qué tiene que ver con que nos estemos bañando?
- *Pues nos quitamos la ropa (risa)*
- Ah! ¿Te quitas la ropa?, ¿y qué más?
- *Ni modo que nos bañemos con ropa.<sup>1</sup>*

Como puede notarse, independientemente de su grado escolar los niños poseen conocimientos o concepciones incompletas y poco claras respecto a la sexualidad. En las diferentes técnicas aplicadas, las entrevistas y las conversaciones realizadas, los alumnos de primero y segundo grado expresaron no saber nada acerca de ella, ni tener dudas o preguntas; por su parte, la mayoría de los de tercero a sexto la entienden como el hecho de que un hombre y una mujer tengan relaciones genitales. Este fue el ejemplo más recurrente, lo asociaban a la adultez, vivir en matrimonio y tener la intención de formar una familia. Otros ejemplos fueron: relaciones sexuales y genitales, menstruación, pornografía, condones, órganos genitales, embarazo, bebés y acto velado, oculto y objeto de engaño por parte de los padres.

<sup>1</sup> Entrevista realizada a estudiante de tercer año de primaria.

En distintos momentos los niños expresaron actitudes negativas hacia la sexualidad. Algunos de sus argumentos evidenciaron creencias erróneas vinculadas a la sexualidad y el cuerpo, emociones y sentimientos negativos y comportamientos que reforzaban sus ideas y sentimientos. Referente a sus creencias, expresaron diversas ideas: «en el catecismo me dijeron que no debo de hablar de eso», «mi papá me ha dicho que es feo», «la sexualidad es que te toquen donde no te gusta que te toquen», «sexo es tener relaciones con otro, sexualidad es tener ganas de tener relaciones», «sexualidad es que a veces te pueden violar», «que cuando sea grande voy a procrear», «sexualidad es no violar», «es tener un esposo, ser feliz y ya», «el hombre tiene que poner espermatozoides a la mujer para que se produzca el embarazo», entre otras.

Concerniente a emociones y sentimientos, manifestaron de manera insistente: «me da pena hablar de eso», «eso es malo», «fooo», «es sucio», «qué miedo», «es cochino», «que asqueroso». De modo conductual, sus expresiones faciales y sus movimientos corporales se produjeron en congruencia con las ideas y las emociones que indicaban. En ocasiones evitaban expresar sus puntos de vista, desviaban la mirada a otro lado o hacia el compañero con expresiones de complicidad y de silencio. Este último se veía alterado debido a las frecuentes risas contenidas y la presión ejercida por el grupo.

Los alumnos argumentaron que cuando tienen dudas sobre el tema acuden o acudirían a su mamá, sólo algunos mencionaron que recurrirían a su papá. Sin embargo, la mayoría, independientemente de su sexo, apuntaron que sus padres no les resuelven sus inquietudes ya que por lo regular exclaman «es un tema que se habla

entre las personas adultas», o que «es algo que no hay que hacer, para que no se dé un embarazo». Un niño comentó: «Eso de la sexualidad no lo entiendo, se lo pregunté a mi papá y él me dice que eso sólo lo hacen los grandes» y una niña sostuvo: «mamá habla de eso para que no lo hagamos, porque si no te embarazas».

Aparte de las abuelas, los profesores y los amigos, a quienes también inquietan, reciben información de la televisión, los libros de texto y las revistas que en ocasiones introducen a la escuela. Un alumno de cuarto refirió: «una vez lo vi en un letrero de una revista que decía <si quiere que sus hijos no sé qué, hableles de la sexualidad>, algo así decía, pero nadie me ha dicho». Son pocos los casos en los que los infantes indicaron haber revisado con sus padres determinado libro educativo o video que les haya resultado útil, o haber sostenido una conversación al respecto. No obstante, en ciertas situaciones asociaron la sexualidad con escenas vistas en la televisión, principalmente en las telenovelas, de las cuales expresaron «se revolcaban en la cama» o se «besaban asqueroso», al mismo tiempo que enfatizaban: «qué asco», «esa es una zorra», «eso es horrible». Es evidente que los medios masivos de comunicación juegan un importante papel en la percepción que los niños tienen de la sexualidad.

Acerca de las partes del cuerpo humano, los estudiantes de quinto y sexto grado son quienes identificaron con claridad las funciones de los distintos órganos, de los genitales precisaron: «El pene sirve para la expulsión de espermatozoides, para tener erecciones, para eyacular y tener relaciones genitales; los testículos para la producción de espermatozoides; el prepucio para proteger el pene; la vagina para la menstruación y tener relaciones

genitales; los ovarios para la producción de óvulos; los pezones para amamantar, y, los labios menores y mayores para proteger la vagina». Independientemente del grado escolar, es notorio el uso extensivo de sobrenombres: mamas, «chuchos» y «tetas»; testículos, «gumaros» y «huevos»; pene, «pollo» y «pito»; vulva, «cuca», «concha» o «cosita».

Durante las actividades desarrolladas mediante dibujos del cuerpo masculino y femenino desnudos se constató que tendían a dividirse el ejercicio. Esto evidenció los prejuicios existentes, pues enfatizaron que las niñas se conocían a ellas mismas y los niños igual, de lo contrario no sabrían qué dibujar. Después de risas, negociaciones y burlas lograron cumplir la tarea de manera más inclusiva, a pesar de la pena que de vez en cuando los invadía.

Una actividad más permitió reconocer las partes del cuerpo que les gustaba o no que les tocaran. En general, hubo un rechazo hacia los genitales, los pechos y los glúteos. Entre las razones que las alumnas expresaron para sustentar sus respuestas destacan: «mi mamá me dijo que nadie me debe de tocar el pecho, porque nos debemos cuidar», «mi mamá me explicó que no te deben tocar allá, no es correcto». Los niños no manifestaron ningún motivo para impedirlo. Asimismo, la mayoría indicó que hasta el momento nadie había tocado sus órganos genitales, pero que en caso de que se presentara la situación le pegarían a la persona, le avisarían a sus padres, lo acusarían, llamarían a la policía o expresarían su disgusto, pidiéndole que lo dejara de hacer. Es notable que tanto las niñas como los niños asociaron la posibilidad de un abuso o tocamiento con personas del sexo masculino, ajena al ambiente familiar y cercano.

En los diferentes grupos se percibieron estereotipos dirigidos hacia el ser hombre o ser mujer. Referente al primero resaltan las siguientes expresiones: «con más pelos se ve más macho, más hombre», «ese niño ya está muy hombre, que lo rasuren», «los vellos son para cuando madura el hombre». En cuanto al segundo sobresalen frases como: «las niñas deben tener aretes y collares», «la niña debe ser más bonita que el niño», «hay que ponerle aretes, anillos y pulso para que parezca mujer», «los collares son para verte bonita y bien», «las uñas pintadas a la niña». Finalmente, se mostró una serie de prejuicios sobre las personas cuya orientación sexual difiere de la norma heterosexual, y que por lo tanto no cumplen con los roles genéricos tradicionales: «los que usan aretes son gays» y «las mujeres con pelo corto son marimachas».

## INTERVENCIÓN

Con base en los resultados obtenidos en la etapa de diagnóstico de los niños, se procedió al diseño de un juego de mesa educativo-preventivo enfocado a ellos. Éste abarca las distintas temáticas del proyecto de investigación (sexualidad, violencia intrafamiliar, equidad de género y derechos humanos). Respecto a la sexualidad se encuentran conceptos básicos: sexualidad, sexo, menstruación, masturbación, homosexualidad, heterosexualidad, diversidad sexual, SIDA, emociones, relaciones sexuales, etcétera, los cuales se abordaron mediante diferentes tipos de preguntas. Unas exploraban sus conocimientos, otras sus actitudes y algunas más plan-

teaban situaciones en las cuáles brindaban su opinión, u ofrecían una alternativa o estrategia de solución. Las tarjetas contenían en su parte posterior una respuesta general y a la vez específica, ya que respondían a una circunstancia concreta, aplicable a múltiples acontecimientos. Antes de su elaboración, el juego fue socializado con los niños, quienes sugirieron nombres, dibujos, tipos de casillas y alternativas de respuesta. De manera que se contó con su amplia y certera retroalimentación para lograr en forma y contenido un óptimo diseño del material.

## CONCLUSIONES

Durante esta investigación fue posible corroborar que la escuela y la familia son importantes espacios de construcción, deconstrucción y reconstrucción de ideas, conocimientos, creencias, actitudes, emociones y comportamientos vinculados con diferentes temáticas: sexualidad, violencia, equidad de género y derechos humanos. Dentro del contexto escolar, el tipo de metodología utilizada propició la participación activa y comprometida de las personas involucradas en el proceso. De igual modo, las evaluaciones desarrolladas a lo largo de la investigación evidenciaron cómo el crear esos espacios de reflexión y discusión colectiva conlleva a la apertura para hablar de la sexualidad de una manera abierta, aunque generalmente cargada de temores, pero con disposición a seguir trabajando en esa línea.

Lo anterior enfatiza la necesidad de continuar desarrollando una labor educativa promotora de una sexua-

lidad sana, libre de prejuicios y estereotipos. En esa tarea deben involucrarse de forma activa padres y docentes, quienes fungen como productores y reproductores de actitudes, emociones y comportamientos que favorecen o perjudican la visión de la sexualidad, tema fundamental para la formación integral del ser humano y fuente de bienestar y de calidad de vida tanto individual como social. Obviamente dicha educación estará enmarcada en el respeto a los derechos humanos y la tolerancia a la diversidad.

Es preciso resaltar que los niños tienen derecho a conocer en qué consiste la sexualidad y a tener una idea amplia de lo que implica; no deben limitarla a aspectos físicos y fisiológicos, sino tomar en cuenta los aspectos emocionales, psicológicos y sociales que la constituyen. Por tanto, es fundamental que los padres propicien este conocimiento y tengan una actitud de naturalidad al hablar del tema. Esto permitiría una mayor aceptación de la propia sexualidad y la de los demás en su diversidad de formas y expresiones.

Por último, es prioritario emprender tareas educativas que fomenten la capacidad crítica en los adultos, respecto al análisis de los mensajes que sobre sexualidad se emiten en los medios de comunicación a los niños. Al ejecutar las recomendaciones expuestas se podrán brindar respuestas oportunas a sus dudas e inquietudes, a fin de impulsar la formación de un vasto criterio, acorde con su nivel de desarrollo, que promueva el goce de una sana sexualidad y con equidad.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (2001). *Diagnóstico social, conceptos y metodología*. Buenos Aires: Lumen.
- Bach E. (2004). *Lo más cerca posible: bases para una educación afectiva y sexual*. Madrid: CISSPRAXIS.
- Balcazar, F.E., Taylor, R.R., Kielhofner, G.W., Tamley, K., Benzinger, T., Carlin, N. & Johnson, S. (2006). Participatory Action Research. General principles and a study with chronic health condition. In L.A. Jason, C.B. Keys, Y. Suárez-Balcazar, R.R. Taylor & M.I. Davis (2006), *Participatory community research* (pp.17-35). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Bolaños-Espinosa, M.C., González-Díaz, M.D., Jiménez-Suárez, M., Ramos-Rodríguez, M.E., Rodríguez-Montes de Oca, M. I. y López-Sánchez, F. (1999). *Harimahuada. Programa de Educación afectivo-sexual en Secundaria*. Tenerife: Consejería de Educación y Cultura y Deportes.
- Colle, R. (2001). *Análisis de contenido*. Recuperado de [www.puc.cl/curso\\_dist/conocer/analcon.index.html](http://www.puc.cl/curso_dist/conocer/analcon.index.html)
- Consejo Nacional de Población (1986). *La educación de la sexualidad humana. Individuo y Sociedad* (Vol. 3). México: CONAPO.
- Demo P. (1985). *Investigación participante. Mito y realidades*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Martí, J. (2002). Investigación Acción Participativa. Estructura y fases. En T.R. Villasante, M. Montañez y J. Martí (Coords.), *La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía*. (2ª ed., pp. 79-123). Madrid: Ediciones de Intervención Cultural.
- Michrina B. & Richards C.A. (1996). *Person to person. Fieldwork, dialogue and hermeneutic method*. Nueva York: New York University Press.
- Oliver Juárez, S. (1998). La educación sexual en la escuela primaria y el desarrollo psicosexual infantil. *Revista Pedagógica*, 3(1), 14-36.

- Pick, S., Givaudan, M. y Díaz Loving, R. (2002). Panorámica de la investigación psicosocial en sexualidad en México. En R. Díaz Loving, M. Givaudán y S. Pick (eds.), *Antología de la Sexualidad Humana* (Vol. I, pp. 97–121). México: Porrúa.
- Pick, S., Givaudan, M. y Martínez, A. (1994). *Escuela para padres (niños menores de 12 años)*. México: Planeta.
- Rice, P.F. (1997). *Desarrollo Humano*. México: Prentice Hall.
- Riedemann, H. (2001). *Educación sexual en la escuela*. México: Paidós.
- Rodríguez, M.E. y Rodríguez–Montes de Oca, M.I. (1999). *Educación Afectivo Sexual en la Educación Primaria–Guía para el profesorado*. Málaga: Junta de Andalucía.
- Rubio Aureoles, M.G. (2002). Educación de la sexualidad en la infancia: Métodos y Contenidos. En R. Díaz Loving, M. Givaudán y S.Pick (eds.), *Antología de la Sexualidad Humana* (Vol. III, pp. 735–764). México: Porrúa.
- Szasz, I. y Lerner, S. (1998). *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México.

Estrategias de afrontamiento  
en niños con padres migrantes  
de Tlaltenango, Zacatecas



MARÍA DOLORES GARCÍA SÁNCHEZ

GEORGINA LOZANO RAZO

OLIVA ERÉNDIRA LUIS DELGADO

JAVIER ZAVALA RAYAS

Universidad Autónoma de Zacatecas



## RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue identificar las estrategias de afrontamiento ante problemas psicosociales en una muestra de 386 estudiantes de primaria con edades de diez a doce años, pertenecientes al municipio de Tlaltenango de Sánchez Román, Zacatecas, cuyo padre radicara en Estados Unidos. Se aplicó un instrumento de veintiocho reactivos, las opciones de respuesta fueron: «nunca lo hago», «más o menos lo hago», «siempre lo hago» y cuatro preguntas abiertas con tres posibles áreas de estrés (familia, escuela y amigos); la última pregunta quedaba abierta a fin de considerar cualquier otro problema no mencionado en las áreas anteriores.

Las estrategias se agruparon como afrontamiento de control directo, afrontamiento de control indirecto y afrontamiento de abandono de control; según los resultados, los niños las utilizan con distinta frecuencia. Al comparar a los niños con y sin padre en Estados Unidos se encontraron diferencias significativas en el uso de cada una de las estrategias. En el caso del abandono de control se observaron mayores discrepancias en las niñas. La familia y la escuela fueron los sectores con incidencias más graves; en cambio, respecto a los amigos la proporción fue menor. Se concluyó que la migración del padre puede ser un factor que determine el uso de ciertas estrategias de afrontamiento en los niños de la muestra estudiada.

*Palabras clave:* afrontamiento, padres migrantes, niños, Zacatecas.

## INTRODUCCIÓN

### *Antecedentes*

Zacatecas junto con Michoacán, Guanajuato y Jalisco es un estado de tradición migratoria, con un grado de intensidad muy alto (Delgado y Rodríguez, 2001). De acuerdo con la Red Internacional de Migración y Desarrollo referente a la migración internacional de la entidad, el número de migrantes hacia Estados Unidos entre 1995 y 2000 fue de 66 mil 790 (79.3 por ciento hombres y 23.7 por ciento mujeres), lo que constituye el 4.09 por ciento respecto al total nacional, esto significa despoblamiento en 42 de sus 58 municipios.

El II Censo de Población y Vivienda 2005 realizado por el INEGI reportó que el 0.8 por ciento de la población de la entidad zacatecana de cinco años y más, según lugar de residencia, de 2000 a 2005 residía en Estados Unidos (72.85 por ciento hombres y 27.15 por ciento mujeres). Por su parte, el Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Zacatecas (2004–2010) informó que la entidad ocupa el primer lugar nacional en los siguientes rubros: índice de intensidad migratoria, lugar en porcentaje de hogares con migrantes, porcentaje de mujeres migrantes con relación a la población estatal, remesas promedio mensual por hogar y también en remesas/PIB.

Tlaltenango pertenece a los municipios con más alto índice de despoblamiento, efecto de la migración interna y externa. En un estudio previo realizado por García, Lozano, Luis, Robledo y Zavala (2007), se aplicó el *Youth Self Report* (Achenbach y Rescorla, 2001) validado para la población mexicana por Valencia y Andrade (2005) a niños

y adolescentes (mujeres y hombres) de Juan Aldama y Tlaltenango. En este último se encontró que existen divergencias estadísticamente significativas ( $p \geq 0.05$ ) en los puntajes medios obtenidos en las subescalas de conducta externalizada, depresión, pensamiento y ansiedad. También se identificaron dificultades afectivas en aquellos que tenían algún familiar en Estados Unidos (familia nuclear o extensa) a diferencia de los que no tenían.

Por su parte, Aguilera (2004a,b) estudió el impacto de la ausencia física paterna en adolescentes tempranos de comunidades rurales de Zacatecas debido a la migración internacional. Los resultados muestran que los hijos de migrantes parecen más vulnerables a problemáticas psicosociales en comparación con los de no migrantes. Otras investigaciones evidencian (Cuevas, 1989; De la Fuente, 1979; Madrid y colaboradores, 1993; y Salgado, 1996) que el proceso migratorio tiene efectos negativos en la salud mental: depresión, estrés y crisis de pánico, por citar algunos.

### *Los niños y el estrés*

Hasta hace muy poco se dudaba que los niños sufrieran de estrés. En opinión de Trianes (2003), para muchos, la vida durante la infancia es una época de gozo, libre de preocupaciones, separada de las cargas y responsabilidades del adulto. Se argumenta que si se habla de estrés infantil no es más que la tendencia a aplicar lo que se percibe en los adultos; por ejemplo, se hizo alusión a la ansiedad de éstos y tiempo después a los niños, lo mismo ocurrió con la depresión y ahora con el estrés.

Educadores profesionales de la infancia han observado la angustia y las reacciones emocionales negativas de los niños ante determinados acontecimientos de su vida, lo que hace muy difícil negar su existencia en esta etapa (Trianes, 2003).

Ante ese panorama los estudios actuales subrayan la importancia de conocer la manera en que niños y jóvenes enfrentan los desafíos del crecimiento en el curso de su desarrollo, pues deben atravesar cambios físicos y de personalidad, nuevos posicionamientos frente a las relaciones con sus pares y con sus figuras parentales, aunado al desafío de la inserción en el mundo social, académico y laboral, aparte de otros factores como la ausencia de alguno de los padres a consecuencia del proceso migratorio (Figuroa y Cohen, 2006; Oros y Vogel, 2005; Trianes, 2003). Por tanto, ambos deben asumir retos y así superar la transición de una etapa a otra.

Para Trianes (2003) dichos retos inevitables pueden, en determinados casos, convertirse en acontecimientos estresantes y poner en peligro el proceso normal. Ha identificado cuatro grandes áreas de estrés en los niños: *a)* familia, *b)* escuela, *c)* relación con otros niños, *d)* problemas de salud. Es posible que los niños estén bajo un estrés cotidiano que padres y profesores no logran vislumbrar. Motivo por el que se le considera una variable relevante en el desarrollo infantil, ya que altos niveles de estrés diario se asocian a importantes consecuencias negativas de inadaptación emocional y psicopatología (Jose y Ratcliffe, 2004; Seiffge-Krenke, 2000). Ello llega a impactar de modo más negativo en el desarrollo emocional del niño o adolescente (Wagner, Compas y Howell, 1988).

Con la finalidad de evaluar el estrés infantil se han elaborado algunos instrumentos cuantitativos: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC) para el caso de población hispana, de Trianes et al. (2009) realizado en España. En el de Oros y Vogel (2005), a partir de una muestra de 345 niños argentinos, se solicitó pensar en determinada situación molesta o preocupante en ese momento o semanas pasadas y anotarla sobre un papel. Se encontraron diecisiete estresores en su vida cotidiana, que fueron agrupados en siete categorías con sus respectivas subcategorías. En México, Vega, Anguiano, Soria, Nava y González (2008) y Vega, Espindola, Nava y Soria (2009) han evaluado el estrés en niños en las áreas familiar, escolar y social.

### *Afrontamiento al estrés*

Ya se ha comentado que los niños en edad escolar están expuestos al estrés; sin embargo, no todos reaccionan de la misma manera ante las circunstancias diarias de sus vidas. Lo anterior porque existe una apreciación cognitiva de ellas totalmente idiosincrática y particular, hecho que provoca que un mismo acto resulte amenazante para algunos y desafiante para otros.

Desde los modelos cognitivos de la emoción, es evidente que no son las situaciones en sí las que desencadenan una reacción emocional, sino más bien la interpretación que el individuo hace de esas situaciones (Martín, Jiménez y Fernández-Abascal, 2004). En principio, tal valoración se refiere a las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria). En seguida, si esa situación tiene una significación de amenaza o de-

safío, el sujeto estima los recursos de los que dispone a fin de evitar o reducir los efectos negativos de la situación (valoración secundaria). La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento, entendida como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes. Por tanto, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos empleados en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997).

Es necesario entonces aludir a los recursos individuales para afrontar el estrés, es decir, las estrategias de afrontamiento, definidas como aquellos esfuerzos que hace el sujeto para manejar la situación. No se trata de dominar y salir exitoso, sino controlar de algún modo dicha situación, de «arreglárselas como uno pueda» para enfrentarse a ella, aunque sólo se logre cierto control sobre la emoción negativa ocasionada por el acontecimiento estresante (Trianes, 2003). El afrontamiento supone esfuerzos personales bajo control del sujeto dirigidos a superar el estrés.

De acuerdo con Trianes (2003) el afrontamiento infantil derivó del estudio del afrontamiento con los adultos. Asegura que hay evidencia que indica que las habilidades de afrontamiento de los niños llegan a diferir de la de los adultos en aspectos relevantes. Considera que los niños tienen un repertorio de afrontamiento limitado debido a su menor grado de desarrollo cognitivo, afectivo y social, así como a su falta de experiencia. Adicionalmente poseen escaso control sobre las circunstancias: están muy limitados por restricciones reales, tienen poca libertad para evitar activamente los acontecimientos estresantes

y muestran una gran dependencia de su familia y contexto escolar. Esto a su vez impone restricciones a sus capacidades de afrontamiento, por lo que las estrategias de afrontamiento que ayudan a la adaptación pueden ser distintas a las de los adultos.

Con relación a las puntuaciones de estrés y de la incidencia de experiencias reportadas, Yamamoto (1987) descubrió que es posible medir las respuestas de los niños, inclusive concluye que son tan similares entre sí, como para apoyar la idea de la existencia de una «cultura de la infancia» común, sin importar donde crecen los menores y cómo lo hacen.

Rothbaum, Weisz y Snyder (1990) han adaptado las siguientes categorías de afrontamiento para población infantil:

*Afrontamiento de control directo.* Cuando el niño realiza intentos para cambiar las situaciones estresantes.

*Afrontamiento de control indirecto.* Aunque también se hacen intentos para cambiar la situación estresante, lo que se persigue es encajar en el mundo y fluir con la corriente: cuando es insuperable enfrentar determinado hecho debido a alguna limitación, y sobre todo cuando los intentos de control han fallado, la consecuencia es la pasividad y el sometimiento. La diferencia fundamental respecto al afrontamiento de control directo es que en éste la meta es cambiar el ambiente, mientras que en el segundo la meta es encajar en él.

*Afrontamiento abandono de control.* Cuando la persona decide que una situación dada es percibida como incontrolable. Los comportamientos que pueden indicar una falta de control percibido son los pasivos y de evasión, los cuales exhiben un abandono de los intentos de control.

Con fundamento en las peculiaridades de la infancia, es urgente y necesario la elaboración de instrumentos acordes a las condiciones de esa etapa del desarrollo, que evalúen el estrés y el afrontamiento. Aunque por el momento existen escasas investigaciones al respecto, en México investigadoras de la Universidad Nacional Autónoma de México han efectuado estudios con niños en edad escolar. Verduzco, Lucio y Durán (2004) partieron de la idea de que la autoestima se relaciona tanto con el estrés como con las estrategias de afrontamiento que los individuos llevan a cabo para mitigarlo. Su objetivo fue evaluar 339 niños de cuarto, quinto y sexto de primaria, a fin de constatar si la autoestima influye en la percepción del estrés y el tipo de afrontamiento. Usaron el cuestionario de Coopersmith para valorar la autoestima y para el estrés diseñaron un cuestionario de veintiocho reactivos que les permitió identificar las preocupaciones de los niños en la familia, la escuela y el entorno social.

Para evaluar el afrontamiento solicitaron a los menores que contestaran de manera abierta qué hacían cuando se encontraban ante las situaciones enumeradas en el cuestionario de estrés. Las respuestas las ordenaron según la clasificación de Rothbaum et al. (1990): control directo, control indirecto y abandono de control. Los resultados muestran que el estrés aumenta a medida que bajan los niveles de autoestima y disminuye en caso contrario. La autoestima se vincula con el afrontamiento indirecto y el de abandono de control, los cuales se incrementan cuando hay bajos niveles de autoestima o bien a la inversa. Al asociar la autoestima con los niveles de estrés y el afrontamiento posibilita estudiar tales fenómenos e incidir en ellos, puesto que si se facilita

su desarrollo desde los primeros años se podrá prevenir (Verduzco, 2006).

La evidencia empírica revela la existencia de una vulnerabilidad psicológica en las áreas emocional/afectiva, cognitiva y conductual de los miembros de familias migrantes, en especial en niños en edad escolar. De igual modo, cuentan con recursos personales para afrontar situaciones que les resultan estresantes, en nuestro caso la ausencia paterna debida a la migración. En ese sentido, cabe indagar cuáles son las estrategias que emplean los niños con padre migrante para afrontar problemas psicosociales.

## MÉTODO

*Objetivo general.* Conocer las estrategias de afrontamiento ante problemas psicosociales en niños de quinto y sexto grados de primaria, que habiten en la cabecera municipal de Tlaltenango de Sánchez Román, cuyo padre viva en Estados Unidos.

*Objetivo particular.* Identificar si existen diferencias de género en las estrategias de afrontamiento ante problemas psicosociales.

*Formulación de hipótesis.* 1) Las estrategias de afrontamiento utilizadas se distinguirán según el género de los participantes. 2) Las estrategias de afrontamiento empleadas se diferenciarán de acuerdo con el grupo de pertenencia de los participantes, es decir, entre aquellos que tienen familiares en Estados Unidos y quienes no los tienen.

*Variables independientes.* Género, padre viviendo en Estados Unidos.

*Variables dependientes.* Estrategias de afrontamiento.

*Tipo de estudio.* De campo transversal, puesto que se realizó en el escenario natural de los participantes y se llevó a cabo en un corte en el tiempo.

*Tipo de diseño.* No experimental debido a que no fue posible la manipulación de variables.

*Población.* Habitantes de la cabecera municipal de Tlaltenango de Sánchez Román, cuya unidad de análisis fueron los niños.

*Muestra.* Se efectuó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

*Sujetos.* La muestra total se constituyó de 386 estudiantes de primaria, específicamente los grados de quinto y sexto para garantizar la autoaplicación del instrumento. Únicamente se realizó el cuestionario a los alumnos que asistieron a clases.

*Instrumento.* Se adoptó el cuestionario de Lucio, Villarruel, Durán y Heredia (2008), lo que permitió tener un instrumento, denominado Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento (CRA), simplificado en el número de reactivos (de treinta y nueve a veintiocho ítems) y en sus opciones de respuesta (nunca lo hago, más o menos lo hago, siempre lo hago). Se agregaron cuatro preguntas abiertas con tres posibles áreas de estrés o problemas (familia, escuela y amigos); la última consideraba cualquier otra dificultad no mencionada en las áreas anteriores. Las estrategias se agruparon con base en la clasificación de Rothbaum, Weisz y Snyder (1990).

*Procedimiento.* Una vez adaptado el cuestionario se llevó a cabo una prueba piloto en la comunidad de Tacoaleche, Zacatecas, con 37 niños de quinto y sexto grados de primaria y veintisiete adolescentes de tercero de secundaria.

Ello permitió verificar la facilidad de comprensión de las preguntas así como su forma de respuesta, el tiempo promedio en su aplicación fue de diez minutos. En seguida se constató que el instrumento cumplía los requerimientos adecuados para los objetivos que se perseguían en la investigación. Después de realizar el curso de capacitación a los estudiantes encuestadores, se dirigieron oficios a los directivos de los distintos planteles para solicitar su participación y ejecutar el trabajo de campo. Posteriormente se procedió a la captura de datos y a los análisis respectivos.

## RESULTADOS

A continuación se reportan los datos generales obtenidos en la muestra (386 niños) de los estudiantes de primaria; asimismo, se describen los resultados obtenidos en el CRA.

*Proporción de estudiantes según grado escolar.* Quinto grado el 54.9 por ciento ( $n = 202$ ), sexto grado el 45.1 por ciento ( $n = 174$ ).

*Proporción de estudiantes por género.* Hombres 52.3 por ciento, mujeres 44 por ciento, sólo un 3.6 por ciento no respondió la pregunta. La media de edad fue de diez años, con un rango mínimo de nueve años y un máximo de quince.

*Familiares con quienes viven.* Las respuestas se clasificaron en papá, mamá, hermanos, abuelos, tíos, primos y alguien más. Como se aprecia en la tabla 1, la mayor parte de los estudiantes viven con su familia nuclear (papá, mamá y hermanos), la familia extensa ocupa una menor proporción.

Tabla 1

*Familiares con quienes viven los niños*

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Papá	312	80.8
Mamá	367	95.1
Hermanos	347	89.9
Abuelos	60	15.5
Tíos	43	11.1
Primos	28	7.3
Alguien más	27	7.0

Cabe destacar que el 89.9 por ciento de los niños tienen familiares en Estados Unidos. Los siguientes resultados ofrecen información más específica. Las respuestas se agruparon en papá, mamá, hermanos, abuelos y otros (tíos, primos, etcétera). La primera categoría posee especial importancia para los objetivos de esta investigación. En la tabla 2 se observa que el 9.6 por ciento tiene a su papá viviendo en Estados Unidos y únicamente el 0.8 por ciento a su mamá; no obstante, la mayoría señaló otros familiares (78.8 por ciento).

Tabla 2

*Familiares que tienen en Estados Unidos*

Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Papá	37	9.6
Mamá	3	0.8
Hermanos	45	11.7
Abuelos	56	14.5
Otros	304	78.8

A continuación se describen los resultados obtenidos del Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento (CRA). En la primera parte del instrumento se les preguntó a los niños de forma abierta si tenían problemas en la familia, la escuela o con los amigos. La tabla 3 refleja los porcentajes registrados en cada área. Si bien la mayoría coincide en no tener problemas en ninguna de las áreas, no podemos soslayar a los que sí los tienen. En el caso de los niños es la escuela donde se presentan más problemas, en oposición a las niñas que se manifiestan más con los amigos.

Tabla 3

*Áreas problemáticas según los niños de primaria*

Área	Niños				Niñas			
	Sí		No		Sí		No	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Familia	25	12.4	177	87.6	31	18.2	139	81.8
Escuela	43	21.3	159	78.7	30	17.6	140	82.4
Amigos	38	18.8	164	81.2	43	25.3	127	74.7

Además de lo anterior se les pedía que escribieran las dificultades más frecuentes (tabla 4).

Tabla 4

*Resumen de los problemas más frecuentes en niños y niñas*

Área	Niños	Niñas
<i>Familia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Problemas económicos</li> <li>▲ Peleas entre los padres</li> <li>▲ Peleas con los hermanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Peleas y separación de los padres</li> <li>▲ Peleas con los hermanos</li> <li>▲ Problemas económicos</li> </ul>

Área	Niños	Niñas
<i>Escuela</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Peleas con los compañeros</li> <li>▲ Problemas de atención</li> <li>▲ Problemas con las tareas</li> <li>▲ Problemas de aprendizaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Peleas con los compañeros</li> <li>▲ Problemas en algunas materias</li> <li>▲ Problemas de aprendizaje</li> </ul>
<i>Amigos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Peleas con los amigos</li> <li>▲ Ofensas entre amigos</li> <li>▲ Burlas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Peleas con las amigas</li> <li>▲ Chismes y mentiras entre las amigas</li> </ul>
<i>Otros</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Falta de atención por parte de los padres</li> <li>▲ Sobrepeso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲ Alcoholismo de los padres</li> <li>▲ Falta de atención por parte de los padres</li> </ul>

Para conocer las estrategias de afrontamiento de las que se valen los alumnos cuando tienen cierto problema, se recurrió a la estadística descriptiva con la intención de obtener frecuencias y porcentajes en las distintas opciones de respuesta. Los datos evidencian que los niños de quinto y sexto grados de primaria emplean diferentes estrategias de afrontamiento y las aplican de manera diversa: la mayoría «siempre» busca algo divertido, o «nunca» les cuentan sus problemas a los hermanos para pedirles consejo, o «más o menos» y «siempre» piensan la situación, buscan una solución e informan a sus padres quienes les brindan su apoyo; la minoría «siempre» llora cuando tiene problemas.

A fin de identificar si existían discrepancias de género en las respuestas del CRA se hizo una prueba *t* de Student. Como aparece en la tabla 5, la única divergencia estadísticamente significativa es en el abandono de control con una media ligeramente mayor en las niñas.

Tabla 5

Valores de *t* en las subescalas del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento

Subescalas	Niños		Niñas		t	g.l.	valor p
	Media	DE	Media	DE			
Control Directo	18.41	2.86	18.65	2.83	-0.82	357	0.413
Control Indirecto	26.00	4.31	26.62	3.87	-1.42	354	0.156
Abandono de Control	9.17	1.93	9.66	2.11	-2.30	360	0.022*

\* $p < 0.05$

Dentro de las preguntas que componen la subescala de abandono de control se incluyó el llanto: la más alta frecuencia se registró en los niños (58.9 por ciento), los cuales aseguran «nunca hacerlo»; las niñas (51.5 por ciento) afirman «más o menos hacerlo», con una diferencia significativa de  $p = 0.000$  a través de un análisis de  $\chi^2$ . De igual modo, se elaboraron otras interrogantes dentro de la misma subescala consideradas estrategias de «alerta» por sus implicaciones: «pensar en matarse para escapar de los problemas», «lastimarse alguna parte de su cuerpo» y «pensar mucho en el problema y no poder sacárselo de la cabeza». Éste último fue el único ítem que obtuvo diferencias significativas de género. En el caso de los niños, el porcentaje más alto fue la opción «nunca lo hago» (40.6 por ciento); por su parte, en las niñas fue «más o menos lo hago» (50.6 por ciento), con un valor de  $p = 0.004$ . Aunque en los otros ítems no hubo diferencias significativas, al menos veintidós alumnos (5.7 por ciento) expresaron en cada pregunta pensar en matarse para escapar de los problemas, o bien lastimarse alguna parte de su cuerpo.

Finalmente se llevó a cabo un análisis para encontrar discrepancias en las respuestas de las subescalas de afrontamiento entre los niños cuyo padre residiera en Estados Unidos y aquellos cuyo padre permanecía a su lado. Referente al primero el número era pequeño, de ahí que se procediera a igualar las muestras. A través del programa estadístico SPSS se obtuvo una muestra aleatoria de un número similar de niños sin familiares en Estados Unidos. El análisis se efectuó con la prueba de U de Mann–Whitney para muestras pequeñas. Los resultados indican rangos medios más altos en los niños sin familiares en Estados Unidos en las tres subescalas del instrumento de afrontamiento, con diferencias significativas de  $p \leq 0.05$  (tabla 6).

Tabla 6

*Rangos medios de niños de primaria con y sin padre en Estados Unidos*

Subescalas	Con padre en EUA	Sin padre en EUA	U de Mann–Whitney	Z	valor P
	Rango medio	Rango medio			
Control directo	29.88	39.97	421	-2.105	0.055*
Control indirecto	29.18	39.51	402	-2.160	0.051*
Abandono de control	29.88	39.12	421	-1.960	0.050*

\* $p \leq 0.05$

## DISCUSIÓN

A pesar de que Tlaltenango es un municipio de Zacatecas con una alta intensidad migratoria, cerca del 80 por ciento

de los niños de población urbana viven con su familia nuclear (papá, mamá y hermanos), sólo una proporción menor al 10 por ciento tiene a su papá viviendo en Estados Unidos y alrededor del 1 por ciento a su mamá. El escenario puede ser distinto si se compara con poblaciones rurales o semi-urbanas, como en el estudio realizado por Aguilera (2001) en el municipio de Jalpa, Zacatecas, donde se especifica que el 56.6 por ciento de los jóvenes vivía con su familia nuclear. La variación quizá se deba a que ésta se va desintegrando a medida que los miembros dejan la comunidad debido a la migración.

Aproximadamente el 90 por ciento de los niños reportó tener algún familiar viviendo en Estados Unidos, ello parece ser la norma en los estados binacionales. López (1997) determina una proporción de hasta un 96 por ciento. Lo anterior crea una expectativa en los menores de continuar con el proceso migratorio, en especial porque ya es parte de su historia familiar. Sin embargo, el que sea una «tradición» de la familia o su comunidad o que sea algo «normal» o cotidiano, no significa que no vaya a perjudicar la salud mental de sus actores.

Los resultados del Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento reflejan que más del 75 por ciento de los niños afirma no tener problemas en las áreas de la familia, la escuela y los amigos. Como ya se constató, los niños presentan más problemas en la escuela y las niñas con sus amigos. En un estudio realizado en Argentina con infantes de entre ocho y trece años, también encontraron diferencias de género en la distinta frecuencia de estresores, por ejemplo, en las niñas los estresores se relacionan más con las injusticias escolares y familiares, así como con la pérdida afectiva de personas significativas (Oros y Vogel, 2005).

La literatura resalta diferencias de género en la niñez que probablemente estén ligados a ritmos madurativos distintos, no sólo en el plano biológico, sino cognitivo, afectivo, social y, en general, al desarrollo de la personalidad (Cova, Valdivia y Maganto, 2005). Al parecer el rápido crecimiento de las niñas respecto de los niños les permite tener cierta ventaja a nivel lingüístico, lo que facilita la expresión de sus necesidades, el desarrollar cierto sentimiento de autoeficacia y un mayor desarrollo socioemocional que posibilita una comprensión mayor de las normas sociales.

Se considera que un mayor nivel de madurez en el desarrollo facilitaría una mejor adaptación de las niñas a las exigencias de la escolaridad. Los resultados de un estudio longitudinal australiano apuntan en esta dirección: «Los niños están seriamente en desventaja al ingresar a la escuela en cuanto a las capacidades que facilitan el aprendizaje y el ajuste social, lo que puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de dificultades de aprendizaje y conducta de larga duración, con un mal comienzo en un ambiente de gran importancia en sus vidas» (Prior, Smart, Sanson y Oberklaid, 1993, como se citaron en Cova et al., 2005).

En nuestro estudio, concerniente a las respuestas abiertas, los niños manifestaron más dificultades de atención, con las tareas y de aprendizaje. Por su parte, en las niñas las dificultades se presentan con sus amigas. Craig (1997) sostiene que la amistad sirve a muchos propósitos durante la niñez media (seis a doce años). Gracias a ella los niños aprenden conceptos y habilidades sociales a la vez que trabajan en su autoestima. En palabras de la autora, los amigos pueden complementarse, por ejemplo un sociable con un introvertido. Compartir revelaciones personales es un

hecho más común entre las niñas, lo que tal vez genera los conflictos entre ellas; en el presente estudio esa situación se traduce como «peleas, chismes y mentiras entre las amigas». Así, los problemas percibidos en esta muestra pueden ser factores generadores de estrés.

Para identificar cómo afrontan las situaciones que les resultan problemáticas, el CRA proporcionó la siguiente información: los niños utilizan múltiples estrategias de afrontamiento, algunas veces las controlan directa o indirectamente o bien hay un abandono de control; dichas estrategias las emplean con distinta frecuencia (nunca, más o menos o siempre las usan). Una estrategia de control indirecto usada en su mayoría fue «más o menos» y «siempre» informar a sus papás con la intención de que les ayuden a solucionar los problemas.

Verduzco (2006) comenta que ese tipo de afrontamiento se origina en esta etapa del desarrollo, puesto que todavía dependen en alto grado de las personas mayores para solucionar sus conflictos. Una manera de afrontarlo es aceptar las situaciones y adaptarse para encajar en el ambiente, lo que difiere en etapas posteriores donde se da un cuestionamiento abierto a todo lo establecido.

Referente a la primera hipótesis, los resultados expuestos la confirman parcialmente porque se hallaron diferencias significativas entre los niños de ambos sexos en la subescala de Abandono de Control (las niñas alcanzaron una media un poco más grande que los niños). Los ítems con diferencias significativas por género fueron el «llanto» (el 58.9 por ciento de los niños afirmó «nunca hacerlo», mientras que 51.5 por ciento de las niñas aseguró «más o menos hacerlo», con una diferencia significativa de  $p = 0.000$  a través de un análisis de  $\chi^2$ ); el «pensar mucho

en el problema y no poder sacárselo de la cabeza» (el 40.6 por ciento de los niños eligió la opción «nunca lo hago», en tanto que el 50.6 por ciento de las niñas declaró «más o menos lo hago» con un valor de  $p = 0.004$ ).

Las diferencias quizá se deban a factores emocionales y sociocognitivos. Cova et al. (2005) aseveran que en la edad escolar se percibe que los niños expresan menos emociones —tristeza, miedo y dolor— que las niñas, e incluso temen más resultados negativos al demostrar tristeza. Aparecen más neutralizadores de la expresión de sentimientos y con mayor empleo de mecanismos de defensa externalizadores; en cambio, las niñas reflejan mayor tendencia a inhibir sus afectos negativos y a volcarlos contra sí mismas. En general, asegura Carpena (2003) que las niñas manifiestan más abierta e intensamente las emociones y los sentimientos que los niños, a excepción de la ira, diferencia que se mantendrá hasta la vida adulta. Oros y Vogel (2005) sostienen que sólo las niñas reportaron preocupación por la soledad. Por tanto, es muy probable que el afrontamiento de abandono de control utilizado con mayor frecuencia por las niñas de esta muestra tenga repercusiones en su salud mental. En la investigación realizada por García et al. (2007) se encontró que las alumnas de primaria de Tlaltenango tenían más problemas afectivos, depresión y ansiedad en comparación con los niños.

Aunque no se hallaron diferencias de género en los ítems de «pensar en matarse para escapar de los problemas» y «lastimarse alguna parte de su cuerpo», que también forman parte de la subescala de abandono de control, por lo menos veintidós menores usan «siempre» tales estrategias para afrontar sus problemas. Esto

es un indicador de la urgente necesidad de atender dos situaciones: por un lado, prevenir y tratar la aparición de estrés en los niños de primaria; y por el otro, enseñarles estrategias de afrontamiento de control directo.

Los resultados obtenidos en la validación del instrumento aplicado en la muestra tuvieron una buena consistencia interna, con una alfa de Cronbach de  $r = 0.74$ . Asimismo, se observaron correlaciones entre las subescalas. El afrontamiento de control indirecto alcanzó una correlación positiva con el afrontamiento directo, el abandono de control logró una correlación positiva con el control directo y el control indirecto, todas ellas con una significación de  $p < 0.001$ .

Para probar la hipótesis que afirma que las estrategias de afrontamiento empleadas se contrastarán de acuerdo con el grupo de pertenencia de los participantes, es decir, entre aquellos que tienen a su padre en Estados Unidos y quienes no lo tienen, se encontraron variaciones notables en las tres subescalas del instrumento, con los rangos medios más altos en los niños sin familiares en Estados Unidos. Según los resultados, si bien es cierto que los niños que tienen a su padre lejos utilizan menos las estrategias de control indirecto y abandono de control, son ellos precisamente quienes también usan menos la estrategia de control directo, estrategia que como se indicó en la introducción de este capítulo es la más eficiente, pues intenta cambiar la situación estresante.

En la investigación efectuada por Richaud de Minzi (2005) con niños argentinos de ocho a doce años, destaca la influencia de los estilos parentales percibidos por los niños sobre el desarrollo de determinadas estrategias de afrontamiento empleadas por ellos. Los sentimientos asociados

a los afrontamientos desadaptativos se relacionan principalmente con el rechazo y el desinterés de los padres. Por el contrario, es notorio que el proveer apoyo aumenta su autoestima, su sentido de integración social, la percepción de control y la efectividad de sus afrontamientos (Sandler, Wolchick, McKinnon, Ayers y Rossa, 1997).

Las estructuras cognitivas de los niños entre las edades comprendidas en el presente estudio aún están en desarrollo, motivo por el que les resulta difícil entender que su padre no está con ellos para brindarles mejores condiciones económicas, quizá simplemente lo interpretan como un abandono o rechazo de su parte. Desde otro punto de vista, él también es un modelo para el hijo, quien de forma vicaria aprende cómo sus padres afrontan sus propios problemas. Sería interesante averiguar si existe alguna correlación de las estrategias de afrontamiento de los padres respecto a las de los hijos, tanto en contextos de familias migrantes como no migrantes. Al parecer el que se tenga o no al padre en la Unión Americana puede ser un factor que esté modulando la manera en que los niños afrontan los problemas que les producen estrés, por lo que es pertinente continuar trabajando esa línea de investigación, a fin de esclarecer la relación entre esas dos variables.

A pesar de que la infancia es un periodo de gran vulnerabilidad, ha recibido menos atención que la adultez. No debe perderse de vista que invertir en la salud de los niños es fundamental en el futuro de México (Kumate, 2006). Estudios de este tipo son indispensables porque evidencian las situaciones de estrés que viven los menores, el comportamiento ante el hecho (enfrentar, adaptar o reaccionar con fuga) y su efecto (depresión,

ira, ansiedad o tranquilidad frente a la situación tensa). Advierten además posibles trastornos por enfermedad, discapacidad o lesión, que debilitan su resistencia general y su capacidad de adaptación, factores que los exponen al estrés. Éste se ha relacionado con un incremento doble o triple del riesgo de desarrollar trastornos de conducta y con una asociación significativa a la depresión (Jenkins, 2005).

Por otra parte, de acuerdo con estudios de psicopatología del desarrollo, ciertos trastornos y problemas iniciados en la infancia persisten hasta la edad adulta y se vinculan con otros trastornos psiquiátricos (Caraveo, 2002). El conocimiento del estado de salud de los niños puede ayudar a prevenir trastornos psicológicos asociados al estrés, como el síndrome de Burnout infantil (Garcés de los Fayos, 1995) y los trastornos psicósomáticos de la infancia (Pedreira et al., 2001), entre otros.

Finalmente, son pocas las investigaciones sobre la salud infantil, en concreto referente a la salud mental, pues a menudo los estudios no están diseñados para abordar ese tema; tal es el caso de las encuestas de salud, en las que sólo se toman en cuenta algunos indicadores (esquema de vacunación, diarreas, infecciones respiratorias, desnutrición y accidentes), pero olvidan los psicosociales. Es decir, el conocimiento que tenemos de la salud de los menores y de sus determinantes es bastante limitado. Se requieren tanto estudios centrados en los factores de riesgo psicosociales que llegan a incidir en la salud mental de niños y adolescentes, como de programas para la vigilancia de la salud mental.

## CONCLUSIONES

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento entre los niños que tienen a su padre en Estados Unidos y los que no lo tienen. Los niños de la muestra utilizan diversas estrategias para afrontar los problemas y las aplican con distinta frecuencia: la mayoría «siempre» intenta hacer algo divertido, o «nunca» le pide a sus hermanos consejos, o «más o menos» y «siempre» piensa la situación y busca una solución; la minoría «siempre» llora cuando tiene problemas.

Por último, se observaron diferencias por género en las áreas problemáticas: los niños aseguran tener más problemas en la escuela y las niñas con las amigas. En el caso de la subescala de abandono de control se demostró que las niñas son quienes más la emplean.

## REFERENCIAS

- Aguilera, G.R. (2001). *Ausencia paterna y migración internacional. Estrés y compensadores relacionados con la salud mental de adolescentes tempranos* (Tesis de Maestría). Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Aguilera, G.R., Carreño, M. y Juárez, F. (2004a). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27(6), 57-66.
- Aguilera, G.R., Salgado De Snyder, N., Romero, M. & Medina-Mora M. (2004b). Paternal absence and international migra-

- tion: stressors and compensators associated with the mental health of mexican teenagers of rural origin. *Adolescence*, 39(156), 711–25.
- Caraveo J.J, Colmenares, E., Martínez, A. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes en la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 44(6), 492–498.
- Carpena, A. (2003). *Educación socioemocional en la etapa de primaria*. España: EUMO/OCTAEDRO.
- Cova, S.F., Valdivia, P.M. y Maganto, M.C. (2005). Diferencias de género en psicopatología en la niñez: hipótesis explicativas. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(4), 418–424.
- Craig, G.J. (1997). *Desarrollo psicológico* (7ª ed.). México: Prentice–Hall Hispanoamericana.
- Cuevas, S. (1989). El estudio de la salud mental en relación con los procesos migratorios esbozo de un modelo. *Salud Mental*, 12(1), 15–27.
- De la Fuente, R. (1979). El ambiente y la salud mental. *Salud Mental*, 2(1), 6–9.
- Delgado, R. y Rodríguez, H. (2001). Los dilemas de la migración y el desarrollo en Zacatecas: el caso de la región de alta migración internacional. *Red Internacional de Migración y Desarrollo*. Recuperado de <http://www.migracionydesarrollo.org>
- Fernández–Abascal, E.G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernández–Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuadernos de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Garcés de Los Fayos, E.J. (1995). Burnout en niños y adolescentes: un nuevo síndrome en psicopatología infantil. *Psicothema*, 7(1), 33–40.
- García, S.M., Lozano, R.G., Luis, D.O., Robledo, M.V. y Zavala, R.J. (2007). *Indicadores y necesidades psicosociales en zonas migrantes (tra-*

- dicional y emergentes) del estado de Zacatecas. Informe técnico de investigación.
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Jose, P.E. & Ratcliffe, V. (2004). Stressor frequency and perceived intensity as predictors of internalizing symptoms: gender and age differences in adolescence. *New Zealand Journal of Psychology*, 33, 145–154.
- Kumate, R.J. (2006) Invertir en la salud de nuestros niños es invertir en el futuro de México. *Cirugía y Cirujanos*, 74(5), 305–307.
- López, C.G. (1997). La educación en la experiencia migratoria de niños binacionales. XIX Coloquio de Antropología e Historia Regionales, Michoacán.
- Lucio, E., Villarruel, B., Durán, P. y Heredia, C. (2008). *Cuestionario de afrontamiento para adolescentes*. CA–A. Edición para investigación. UNAM/ Facultad de Psicología.
- Madrid, R., Cuevas, S. y Aranda, F. (1993). Estudio de la relación migración–salud mental desde un punto de vista de la psiquiatría social. En Ávila F., Guerrero, V. Pérez, V. y Villaseñor, J. (Eds.), *Memorias* (pp. 138–153). Cuarto Foro de Estadística. México: Universidad Autónoma de México.
- Martín, D.M., Jiménez, S.M., y Fernández–Abascal, E. (2004). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E3A). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3(4). Recuperado de <http://reme.uji.es>
- Mines, R. (2000). Las pautas migratorias mexicanas al agro norteamericano: separación familiar y desarrollo atorado. En García Zamora, R. y Padilla, M. (Coords.), *Los retos demográficos de Zacatecas en el siglo XXI* (pp. 49–56). Zacatecas: Secretaría Académica de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

- Oros, L. y Vogel, G. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, 17(1), 85–101.
- Pedreira, J.L., Palanca, I., Sardinero, E. y Martín, L. (2001). Los trastornos psicósomáticos en la infancia y la adolescencia. *Revista Psiquiátrica y Psicología del Niño y del Adolescente*, 3(1), 26–51.
- Plan Estatal de Desarrollo del Estado de Zacatecas (2004–2010). Recuperado de <http://www.zacatecas.gob.mx/Plan%20Estatal%20de%20Desarrollo%202005-2010.pdf>
- Richaud de Minzi, M. (2005). Estilos parentales y estrategias de afrontamiento en niños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(1), 47–58.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. & Snyder, S.S. (1982). Camping the world and changing the self: a two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5–37.
- Salgado, N. (1996). Problemas psicosociales de la migración internacional. *Salud Mental*, 19(1), 53–59.
- Salgado, N., González, T., Bojorquez, I. e Infante, C. (2007). Vulnerabilidad social, salud y migración México–Estados Unidos. *Salud Pública de México*, 49(1), 8–10.
- Sandler, I.N., Wolchick, S.A., McKinnon, D., Ayers, T.S. & Rossa, M.W. (1997). Developing linkages between theory and intervention in stress and coping processes. En Wolchick, S.A. & Sandler, I.N. (Eds.), *Handbook of children's coping. Linking theory and intervention* (pp. 3–40). Nueva York: Plenum Press.
- Seiffge–Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675–691.
- Trianes, M. (2005). *Estrés en la infancia. Su prevención y tratamiento*. Madrid: Narcea.
- Trianes, M., Mena, M., Fernández, F., Escobar, M., Maldonado, E. y Muñoz, A. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21(4), 598–605.

- Valencia, M.R y Andrade, P. (2005). Validez del *Youth Self Report* para problemas de conducta en niños mexicanos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 499–520.
- Vega, C., Anguiano, S., Soria, R., Nava, C. y González, F. (2008). Evaluación del estrés infantil. *Psicología Científica*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com>
- Vega, C., Espindola, S., Nava, C. y Soria, R. (2009). Estrés y ambiente familiar en niños. *Psicología Científica*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com>
- Verduzco, M. (2006) La autoestima, estrés y afrontamiento desde la perspectiva de niños y niñas escolares. *Hologramática*, 2(5), 59–70. Recuperado de <http://www.hologramatica.com.ar>
- Verduzco, M., Lucio, E., y Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción de estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27(4), 18–25.
- Wagner, B.M., Compas, B.E. & Howell, D.C. (1988). Daily and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 189–205.
- Yamamoto, K., Soliman, A., Parsons, J. & Davies, O.L. (1987). Voices in unison: stressful events in the lives of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28(6), 855–864.

# Validez del cuestionario de maltrato infantil en muestra mexicana



OSCAR ARMANDO ESPARZA DEL VILLAR  
IRENE CONCEPCIÓN CARRILLO SAUCEDO  
JUAN QUIÑONES SOTO  
Universidad Autónoma de Ciudad Juárez



## RESUMEN

El objetivo del estudio fue validar un instrumento que mide maltrato y negligencia infantil de manera retrospectiva, titulado Cuestionario de Maltrato Infantil (CMI) (Bernstein, Fink, Handelsman, Foote, Lovejoy, Wenzel, Sapareto & Ruggiero, 1994). La muestra constó de 400 participantes de nivel preuniversitario y universitario de Ciudad Juárez con una media de edad de 19.14 años ( $\sigma = 4.55$ ), el 63.4 por ciento correspondió al sexo femenino. Se realizó un análisis factorial exploratorio con los 25 reactivos del instrumento y se analizó la validez concurrente mediante las correlaciones entre los factores del CMI y las variables de autoestima (Inventario de Autoestima de Rosenberg), desesperanza (Inventario de Desesperanza de Beck), depresión (Inventario de Depresión de Beck) y ansiedad (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo). Al final se obtuvieron como resultado tres factores. Las correlaciones del maltrato infantil fueron significativas con los factores de la validez concurrente que van de  $r = 0.51$  (ansiedad rasgo) hasta  $r = 0.40$  (depresión). Aun cuando el instrumento es retrospectivo puede ser útil debido a las correlaciones moderadas que manifiesta con otros instrumentos, sobre todo con el de depresión. Se recomienda su empleo en investigaciones de maltrato infantil de manera retrospectiva.

*Palabras clave:* maltrato infantil, propiedades psicométricas, instrumento.

## INTRODUCCIÓN

Al abordar el maltrato infantil se tomaron en cuenta antecedentes históricos, clasificaciones y distintas definiciones, sin perder de vista que se trata de un problema mundial. Aunque no se tienen cifras exactas, el fenómeno es evidente y las consecuencias alcanzan a la sociedad en general.

Actualmente vivimos en un ambiente inmerso de violencia y los niños son los más propensos por su vulnerabilidad. En Ciudad Juárez esto es más evidente al ser una ciudad fronteriza, situación que la expone a un mayor número de conflictos debido a la diversidad cultural. Por tanto, es necesario estudiar el maltrato infantil desde un contexto global. Se cree que gran parte de los problemas del menor se reflejan en la vida adulta, es decir el impacto de los daños no sólo es inmediato sino que en la mayoría de los casos deja secuelas que se desarrollan años después (Alarcón, Araújo, Godoy y Vera, 2010). En ese sentido, se estudiará el maltrato infantil evaluado de manera retrospectiva, a fin de conocer si dentro de sus consecuencias en la juventud se encuentran la depresión, la desesperanza, la baja autoestima y la ansiedad. Se pretende ampliar el entendimiento del fenómeno, disminuirlo o erradicarlo y así conseguir un mejor desarrollo del individuo y la sociedad.

De acuerdo con Eguren, Gutiérrez, Herrero y López (2006) la información sobre la violencia contra la mujer es mayor que la que concierne a los niños, y no porque se presente menos sino porque no tienen los medios para expresarlo, ni la preconcepción de saber qué actos son adecuados o inadecuados. Además, el temor que experi-

mentan hacia los adultos, quienes por lo regular los amenazan en caso de no guardar silencio, los obliga a ocultar tal situación.

La historia del maltrato (Loredo, 1994) data desde principios de nuestra era. Naddeo (2005) relata que en algunas civilizaciones (Esparta e India) el asesinato de niños era un medio para deshacerse de aquellos con defectos físicos. En China, el cuarto hijo era arrojado a los animales como método de control natal. En el siglo XIX, en Londres, se lisiaba a los infantes para que pidieran limosna. Hitler maltrató física y emocionalmente a los niños y asesinó a miles de ellos. Tras la Revolución Industrial se obligaba a los menores a trabajar turnos de dieciséis horas o más. Esta situación todavía se lleva a cabo en algunos países subdesarrollados con mínimas modificaciones.

## MALTRATO INFANTIL

### *Definiciones*

El síndrome del niño golpeado lo descubrió Ambrosie Tardieu, posteriormente Caffey descubrió hematomas y alteraciones en los huesos de los pequeños. En 1962, Henry Kempe y Silverman crearon el concepto del síndrome del niño golpeado. Fontana amplió el término al añadir que la agresión además de ser física es emocional, de ahí acuñó la palabra maltratado en vez de golpeado (Francia, 2003). Si bien en los sesenta (Eguren et al., 2006) se hicieron las primeras investigaciones del maltrato infantil hasta dos décadas más tarde dichos estudios empezaron a sistematizarse, en especial en España.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el maltrato infantil es considerado un fenómeno de gran magnitud que forma parte de los problemas de salud pública (OMS, 2006). Estudios efectuados en varios países indican que entre una cuarta parte y hasta la mitad de los niños reportaron abuso físico severo y frecuente, derivado de normas sociales o métodos para disciplinar a los hijos. Se estima que el 20 por ciento de las mujeres y entre el 5 y el 10 por ciento de los hombres sufrieron de abuso sexual en la infancia. En el 2002 aproximadamente 31 mil muertes fueron atribuidas a homicidios en niños menores de quince años. Ese año se atendieron en México a 19 mil 113 menores de catorce años. En una consulta infantil y juvenil realizada en el 2000, el 28 por ciento de los niños de entre seis y nueve años de edad manifestaron ser tratados con violencia en su familia (Secretaría de Salud, 2006).

Beigbeder, Barilari y Colombo (2000) sostienen que el maltrato es complejo y con múltiples causas, lo que dificulta dar una definición consensuada o general, aunado a sus múltiples compartimientos y a su carácter multidisciplinario. La OMS definió el maltrato infantil como «el abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder» (OMS, 2006, p. 9). Por su parte, la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (2011) asentó: «acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y bienestar,

que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad».

Así, el maltrato se produce cuando padres, tutores o adultos a cargo hacen algo en contra de la satisfacción de las necesidades del niño o no las atienden. Se divide en maltrato físico, psicológico o emocional, abuso sexual, por omisión (abandono o negligencia), que a su vez comprende abandono físico y negligencia o abandono educacional (Marcovich, 1981). Algunos autores lo clasifican de la siguiente manera: *Abuso físico*. Daño corporal al menor que no fue por accidente. *Negligencia*. Cuando los padres no brindan las condiciones adecuadas para el desarrollo del niño. *Abuso sexual*. Involucrar a los infantes en actividades sexuales (tocamientos, pornografía o prostitución). *Abuso emocional*. Rechazos, humillaciones, insultos y gritos.

### Tipos

El maltrato físico es cualquier lesión corporal infringida al niño: hematomas, quemaduras, fracturas, lesiones oculares y cutáneas mediante pinchazos, mordeduras, golpes, estirones de cabello, torceduras, puntapiés u otros medios con los que se le lastime. Aunque el padre o adulto a cargo pudiera no tener intención de ocasionarle daño, se interpreta también como maltrato la aparición de cualquier lesión física producida por el empleo de algún tipo de castigo inapropiado para la edad del niño (Marcovich, 1981).

En opinión de Loredo (1994), el maltrato emocional o psicológico es una de las formas más sutiles pero también más existentes de maltrato infantil. Se trata de niños habitualmente ridiculizados, insultados, regañados o

menospreciados. Se les somete a presenciar actos de violencia física o verbal hacia otros miembros de la familia. Se les permite el uso de drogas o alcohol. Pese a que la ley no define el maltrato psíquico, se entiende como una acción que produce daño mental o emocional y ocasiona perturbaciones suficientes para afectar la dignidad del menor, alterar su bienestar e incluso perjudicar su salud.

Referente al abuso sexual, aparece cuando el niño se involucra en alguna actividad de este tipo sin que lo comprenda en su totalidad, sin que se le pida consentimiento o cuando su cuerpo aún no se ha desarrollado lo suficiente para ello (OMS, 2006). Llega a ser abusado por adultos u otros niños en posición de responsabilidad, confianza o poder sobre la víctima.

La negligencia se vincula con el incumplimiento aislado o constante de los padres para proveer a los niños lo necesario para su crecimiento y bienestar (OMS, 2006), que incluye salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, refugio y condiciones de vida seguros. Dicha negligencia no se limita a familias pobres, se presenta también en las que poseen un buen nivel socioeconómico.

## *Crianza*

Beigbeder et al. (2000) aclaran que no es fácil identificar el maltrato, por lo que deben analizarse minuciosamente todos los contextos en los que el menor se desenvuelve y las interrelaciones que se establecen entre familia, amigos, escuela, ideología, creencias y prácticas disciplinarias de los padres. En un artículo sobre el castigo en la crianza, Saucedo, Olivo, Gutiérrez y Maldonado (2006) exponen que el uso de castigos físicos es una práctica

frecuente en el mundo. El castigo se ejerce cuando se quiere eliminar una conducta, existen dos tipos: el que involucra represalias o desaprobación y el que hay en un acto físico, que implica leves manotazos o daños más graves como quemaduras. Para muchas personas es un modo de disciplina apropiado a fin de que el menor mejore su conducta.

En numerosas ocasiones los padres de familia imparthen estímulos negativos a sus hijos porque no conocen formas alternas que les ayuden a corregir ciertas conductas indeseables o porque tienen creencias erróneas acerca de la disciplina (Sauceda et al., 2006); entre mayor dureza, rigidez o más estrictos sean los padres, mejor será la conducta de los hijos. En determinados casos lo hacen al no saber manejar la hostilidad que sienten, o bien repiten las formas de disciplina a los que fueron expuestos.

Contrario a la idea que se tiene de la agresividad de los hombres, se deduce que hay mayor probabilidad de que las mujeres ejerzan el castigo físico, dado que son las madres quienes se dedican a la crianza y el cuidado de los niños, además pasan más tiempo en el hogar. También se reportó que son los padres de nivel social, cultural y económico más bajo los que ejercen disciplinas más fuertes. Coria et al. (2007) proporcionan datos estadísticos de los agresores en Chile. La madre arremete contra los hijos (21.3 por ciento) en una cifra superior a la del padre (11.9 por ciento). Tal información se contrapone con datos internacionales reportados por Starling et al. (1995), en los que el principal agresor es el padre (37 por ciento), cuyo sucesor es la pareja de la madre o padrastro (20.7 por ciento), niñera (17.3 por ciento) y madre (12.6 por ciento).

Duhaime, Christian y Rorke (1998) aluden al factor socioeconómico como factor de riesgo y mencionan otros aspectos que potencian el maltrato: matrimonios jóvenes, relaciones familiares inestables, o maltrato a niños con cierta incapacidad física o mental. Lo anterior debido a que los menores no tienen la capacidad para percatarse del daño. Beigbeder et al. (2000) mencionan que los niños constituyen la población más vulnerable al maltrato (14 por ciento); por tanto sus derechos han sido negados y violados a lo largo de la historia. Esto la convierte en problema tautológico, ya que el maltrato agrava la discapacidad y la incrementa. Adicionalmente son más propensos a sufrir abuso sexual porque están al cuidado de varios individuos, lo que dificulta que identifiquen a personas extrañas y no diferencien el contacto adecuado del que no lo es. También resaltan otros factores de riesgo: exclusión, estrés en la familia, dificultades económicas, conflictos conyugales o historia familiar de abuso en los padres.

Más de la mitad de las madres que participaron en este estudio percibían al castigo como una acción inapropiada, hecho que desencadena un conflicto entre dos polos, denominado ambivalencia. Ello propicia que su comportamiento no sea constante, situación que le resta efectividad como un modo de enseñanza (Straus, 1996). Straus, Sugarman y Giles-Sims (1997) mostraron en otra investigación que los niños que recibían una disciplina rígida manifestaban un comportamiento peor años más tarde.

Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing y Verloove-Vanhorick (2004) informan que el principal factor desencadenante del maltrato y donde el sacudimiento es lo que predomina es el llanto del niño. En un estudio hecho

en Holanda se determinó que de 3 mil 259 niños con un rango de edad de uno a seis, el 5.6 por ciento de los progenitores reaccionan con una forma de maltrato ante el llanto. Según McCormick (1992) no sólo los padres tienen la creencia de que los castigos son efectivos, sino que a médicos y pediatras no les basta con aprobar la práctica ya que la recomiendan a los pacientes.

Marcovich (1981) sostiene que la existencia de adicciones (alcoholismo o drogadicción) en algún miembro del núcleo familiar con el fenómeno de maltrato ha sido establecida en diversas sociedades. Encontró que 49 personas que formaban parte de 121 familias (40.4 por ciento) con el problema de maltrato, presentaban alguna toxicomanía (alcoholismo, adicción a marihuana, inhalación de cemento o thinner). Es preciso mencionar que México no está exento de ese tipo de factores que contribuyen a incrementar el riesgo de maltrato dentro del núcleo familiar.

### *Consecuencias y costos*

Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida (Loredo, 2004). Crecen pensando que es parte de la vida cotidiana que la gente los lastime, de ahí que el comportamiento se torne aceptable y el ciclo del abuso continúe en el momento en que ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y éstos de los suyos, así por generaciones.

Además del riesgo de muerte y de heridas, las consecuencias incluyen daño físico y mental. Según la OMS (2006), el maltrato se relaciona con factores y comportamientos que implican victimización y perpetuación de violencia, depresión, tabaquismo, obesidad, comporta-

mientos sexuales de alto riesgo, embarazos no planeados, consumo de alcohol y drogas. Los factores y comportamientos de riesgo pueden ser causantes de muerte, enfermedad (del corazón, transmisión sexual, cáncer), discapacidad y suicidio; todo ello genera un costo para el individuo y la sociedad.

El maltrato tiene un importe económico con un gran impacto en la sociedad. La OMS (2006) reporta los siguientes: gastos médicos directos, pérdida de ganancias e impuestos debido a muerte prematura, educación especial, servicios psicológicos, adopción, servicios preventivos, criminalidad en adultos y encarcelamiento vinculado con maltrato infantil. En un año el costo en Estados Unidos por maltrato infantil fue de 94 mil millones de dólares, lo que equivale aproximadamente al 1 por ciento del producto doméstico bruto del país (OMS, 2006).

### *Propiedades psicométricas del cuestionario*

Se evaluaron las propiedades psicométricas, la confiabilidad y la validez del Cuestionario de Maltrato Infantil (Bernstein, Fink, Handelsan & Foote, 1994) de manera retrospectiva. El cuestionario constó de veinticinco reactivos a los cuales se evaluó la validez de constructo con un análisis factorial exploratorio y se determinó la estructura factorial del instrumento en una muestra mexicana. Una vez identificados los factores, se midió la confiabilidad interna de cada factor con el alfa de Cronbach (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado y Baptista, 2006). Posteriormente se hizo con la validez concurrente de la escala mediante instrumentos de constructos relativos

al maltrato infantil y que incluyeron autoestima, desesperanza, depresión y ansiedad. Por último, se analizaron las conexiones entre los factores del CMI y los demás con correlaciones de Pearson. La validez convergente no se evaluó porque no existe un instrumento similar que valore el maltrato infantil de modo retrospectivo.

## MÉTODO

### *Participantes*

La unidad de análisis se compuso de 400 estudiantes de diferentes escuelas públicas y privadas de Ciudad Juárez: 193 estudiantes de nivel medio superior y 207 de nivel superior. La media de edad fue de 19.14 años ( $\sigma = 4.55$ ): sexo femenino (63.4 por ciento), sexo masculino (36.6 por ciento); solteros (87.3 por ciento) y casados (9.0 por ciento).

### *Instrumentos*

*Cuestionario de Maltrato Infantil.* Es un instrumento de medición retrospectiva de abuso infantil y negligencia (Bernstein et al., 1994). El CMI, versión corta, consta de veinticinco reactivos, en el que se pregunta acerca de las experiencias de maltrato durante la infancia y la adolescencia. Las opciones de respuesta son: 1) Nada cierto. 2) Raramente cierto. 3) A veces cierto. 4) Seguidamente cierto. 5) Muy seguidamente cierto. Según los autores de la escala, el CMI tiene cinco escalas clínicas empíricamente probadas: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia física y negligencia emocional.

*Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI-II)*. Evalúa la gravedad o intensidad sintomática de la depresión (Beck, Steer, Ball & Ranieri, 1996). Cuenta con veinte ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas de respuesta que se presentan de menor a mayor gravedad. El marco temporal se refiere a dos semanas previas y la actualidad. Quince ítems hacen referencia a síntomas psicológicos cognitivos y cinco a síntomas somático vegetativos. La consistencias internas alfa de Cronbach reportadas son de 0.76 a 0.96.

*Inventario de Desesperanza de Beck*. Consta de veinte ítems, donde el sujeto responde verdadero o falso (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). Permite evaluar el grado de desesperanza, una visión negativa de sí mismo, del funcionamiento presente y del futuro. La consistencia interna alfa de Cronbach es de 0.69.

*Inventario de Autoestima de Rosenberg*. Escala con la que se mide de forma global la autoestima, desarrollada por Rosenberg (1965). Incluye diez ítems, cuyos contenidos se centran en los sentimientos de respeto y de aceptación de sí mismo. La mitad de los ítems están enunciados positivamente y la otra mitad de forma negativa. El tipo de respuestas concuerda con la escala Likert. El coeficiente alfa de Cronbach muestra una puntuación de 0.87. Los resultados confirman en términos generales características psicométricas satisfactorias (Rosenberg, 1965).

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)*. Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970) desarrollaron la teoría de ansiedad estado-rasgo, al crear el inventario IDARE compuesto por dos factores distintos: ansiedad de estado (A-estado) y ansiedad de rasgo (A-rasgo). Cada factor se

compone de 20 reactivos, cuyas respuestas (según escala de tipo Likert de cuatro puntos) van de menor a mayor gravedad. La primera evalúa un estado emocional transitorio, con sentimientos subjetivos que se pueden percibir conscientemente como atención, aprehensión e hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda es una propensión a la ansiedad estable, en la que los individuos perciben las situaciones como amenazantes. La confiabilidad test-retest es de 0.73 a 0.86 en la escala rasgo. La escala de estado tiene una confiabilidad baja por su inconsistencia en el tiempo de 0.16 a 0.54. El IDARE se correlaciona con el inventario Taylor Manifest Anxiety Scale y la escala de ansiedad IPAT. Las correlaciones con las dos escalas son de 0.75 a 0.85 respectivamente.

### *Procedimiento*

Se aplicaron los cinco inventarios a 400 personas de niveles preuniversitario y universitario de Ciudad Juárez. Se les dio una hoja de consentimiento antes de participar en el estudio. Se aseguró el anonimato y se resolvieron dudas. Los inventarios aplicados fueron CMI, BDI-II, Inventario de Desesperanza de Beck, Inventario de Autoestima de Rosenberg e IDARE; el tiempo asignado para contestarlos fue de 35 minutos. Después se capturó la información en el programa estadístico SPSS 17 y se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio con los veinticinco reactivos del CMI. Los reactivos que se retuvieron correspondieron a aquellos donde el peso mayor tuvo un valor de 0.30; en cambio, si el mayor peso del reactivo fue menor de 0.30 se desechó. Si la diferencia de los dos pesos mayores de cada reactivo fue menor de 0.10, se consideró con pesos

compartidos y por consecuencia se desechó. Después de la obtención de los factores se analizaron la confiabilidad interna y la validez concurrente.

## RESULTADO

### *Validez convergente: análisis factorial exploratorio*

Mediante el método de mínimos cuadrados generalizados, con rotación oblicua de tipo promax, se efectuó el análisis factorial exploratorio. Se seleccionó ese tipo de rotación con el propósito de alcanzar la correlación entre los factores. En primera instancia se realizó el análisis factorial forzando el modelo a los cinco factores propuestos del CMI; sin embargo al analizar los pesos factoriales de los veinticinco reactivos, el resultado mostró cuatro factores con reactivos y uno sin ellos (tabla 1). Los reactivos 1 y 4 no tuvieron pesos mayores a 0.30, por lo que no se tomaron en cuenta. Los reactivos 6 y 11 manifestaron pesos compartidos y también se desecharon. Los reactivos 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 obtuvieron cargas únicas. Debido a que el quinto factor no tuvo reactivos se estudió la estructura factorial con cuatro factores solamente.

Tabla 1

*Comunalidades y pesos factoriales del análisis factorial exploratorio con cinco factores*

Reactivos	Comunalidades h <sup>2</sup>	Cargas factoriales				
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
1. Yo no tenía lo suficiente para comer.	0.15	0.01	0.10	0.06	-0.02	0.15
2. Yo sabía que había alguien que me cuidaba y me protegía.	0.55	0.15	<b>0.42</b>	0.12	0.16	0.11
3. Algún familiar me decía cosas como estúpido, flojo o feo.	0.50	0.51	0.35	<b>0.67</b>	0.42	0.20
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar a la familia.	0.23	0.09	0.19	0.22	0.15	0.04
5. Había alguien en mi familia que me ayudó a sentir que yo era importante o especial.	0.47	0.16	<b>0.61</b>	0.26	0.10	0.19
6. Yo tenía que usar ropa sucia.	0.50	0.14	<b>0.50</b>	<b>0.26</b>	0.15	-0.04
7. Me sentía amado.	0.60	0.17	<b>0.72</b>	0.48	0.25	0.20
8. Yo pensaba que mis padres hubieran deseado que yo no hubiera nacido.	0.25	0.12	0.17	<b>0.54</b>	0.20	0.02
9. Yo fui golpeado tan fuerte por alguien de mi familia que tuve que ir al doctor o a un hospital.	0.57	0.20	0.18	0.20	<b>0.56</b>	0.05

Reactivos	Comuna- lidades h <sup>2</sup>	Cargas factoriales				
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
10. Algún familiar me pegó tan fuerte que me dejó moretones o cicatrices.	0.66	0.28	0.25	0.53	<b>0.80</b>	0.09
11. Yo fui castigado con un cinto, tabla, sogá o con otro objeto duro.	0.44	0.24	0.20	<b>0.52</b>	<b>0.56</b>	0.10
12. Mis familiares veían unos por otros.	0.41	0.11	<b>0.49</b>	0.20	0.08	-0.01
13. Gente de mi familia me dijo cosas hirientes y ofensivas.	0.68	0.55	0.32	<b>0.80</b>	0.59	0.26
14. Yo creo que fui abusado físicamente.	0.64	<b>0.65</b>	0.26	0.52	0.45	0.48
15. Fui golpeado o recibí una paliza tan fuerte que alguien se dio cuenta de ello como un maestro, vecino o médico.	0.49	0.21	0.14	0.58	<b>0.63</b>	0.08
16. Yo sentía que alguien de mi familia me odiaba.	0.56	0.36	0.46	<b>0.65</b>	0.44	0.17
17. Mis familiares se sentían muy cercanos entre ellos.	0.49	0.24	<b>0.55</b>	0.59	0.23	0.04
18. Alguien trató de tocarme sexualmente o trató de que yo lo tocara sexualmente.	0.74	<b>0.80</b>	0.17	0.51	0.21	0.06
19. Alguien me amenazó con lastimarme o decir mentiras acerca de mí a no ser que yo hiciera cosas sexuales con él o ella.	0.75	<b>0.80</b>	0.20	0.56	0.59	0.28

Reactivos	Comuna- lidades h <sup>2</sup>	Cargas factoriales				
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
20. Alguien trató de que hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales.	0.94	<b>0.92</b>	0.22	0.59	0.51	-0.09
21. Alguien me molestó sexualmente.	0.75	<b>0.84</b>	0.24	0.55	0.29	0.09
22. Yo creo que fui abusado emocionalmente.	0.62	<b>0.69</b>	0.54	0.58	0.53	0.52
23. Había alguien que me llevara al doctor si lo llegaba a necesitar.	0.52	0.15	<b>0.67</b>	0.26	0.16	0.06
24. Yo creo que fui abusado sexualmente.	0.81	<b>0.84</b>	0.18	0.52	0.22	0.45
25. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.	0.71	0.25	<b>0.79</b>	0.56	0.53	0.07

Nota: Los pesos mayores de cada reactivo se encuentran en negritas. Cuando el reactivo tiene pesos compartidos, entonces dos cargas se encuentran en negritas.

Se realizó un segundo análisis factorial exploratorio forzando la estructura a cuatro factores (tabla 2). Los resultados fueron similares al anterior, porque los reactivos que tenían pesos mayores en el cuarto factor también presentaban pesos compartidos, por ello se desecharon. De igual forma los reactivos 1 y 4 no tuvieron pesos mayores a 0.30. Los reactivos 2, 8, 13, 14, 16 y 22 resultaron con pesos compartidos y los reactivos 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24 y 25 ostentaron pesos únicos. Debido a que el cuarto factor no tuvo reactivos se analizó la estructura factorial con tres factores.

Tabla 2

*Comunalidades y pesos factoriales del análisis factorial exploratorio con cuatro factores*

Reactivos	Comuna- lidades	Cargas factoriales			
	h <sup>2</sup>	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1. Yo no tenía lo suficiente para comer.	0.15	0.00	0.10	-0.01	0.15
2. Yo sabía que había alguien que me cuidaba y me protegía.	0.32	0.12	<b>0.40</b>	0.15	0.18
3. Algún familiar me decía cosas como estúpido, flojo o feo.	0.50	0.30	0.37	<b>0.56</b>	<b>0.57</b>
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar a la familia.	0.25	0.09	0.20	0.19	0.18
5. Había alguien en mi familia que me ayudó a sentir que yo era importante o especial.	0.47	0.14	<b>0.59</b>	0.14	0.35
6. Yo tenía que usar ropa sucia.	0.31	0.14	<b>0.31</b>	0.21	0.16
7. Me sentía amado.	0.61	0.15	<b>0.72</b>	0.35	0.48
8. Yo pensaba que mis padres hubieran deseado que yo no hubiera nacido.	0.25	0.15	0.19	<b>0.30</b>	<b>0.23</b>
9. Yo fui golpeado tan fuerte por alguien de mi familia que tuve que ir al doctor o a un hospital.	0.35	0.18	0.16	<b>0.47</b>	0.14
10. Algún familiar me pegó tan fuerte que me dejó moretones o cicatrices.	0.65	0.27	0.25	<b>0.78</b>	0.36
11. Yo fui castigado con un cinto, tabla, soga o con otro objeto duro.	0.44	0.25	0.21	<b>0.62</b>	0.38
12. Mis familiares veían unos por otros.	0.41	0.10	<b>0.50</b>	0.15	0.14

Reactivos	Comuna- lidades h <sup>2</sup>	Cargas factoriales			
		Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
13. Gente de mi familia me dijeron cosas hirientes y ofensivas.	0.62	0.35	0.36	<b>0.59</b>	<b>0.67</b>
14. Yo creo que fui abusado físicamente.	0.65	<b>0.63</b>	0.26	0.46	<b>0.65</b>
15. Fui golpeado o recibí una paliza tan fuerte que alguien se dio cuenta de ello como un maestro, vecino o doctor.	0.49	0.20	0.14	<b>0.60</b>	0.26
16. Yo sentía que alguien de mi familia me odiaba.	0.56	0.36	0.48	<b>0.57</b>	<b>0.53</b>
17. Mis familiares se sentían muy cercanos entre ellos.	0.49	0.25	<b>0.56</b>	0.32	0.28
18. Alguien trató de tocarme sexualmente o trató de que yo lo tocara sexualmente.	0.76	<b>0.81</b>	0.18	0.27	0.25
19. Alguien me amenazó con lastimarme o decir mentiras acerca de mí a no ser de que yo hiciera cosas sexuales con él o ella.	0.73	<b>0.79</b>	0.19	0.38	0.43
20. Alguien trató de que hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales.	0.91	<b>0.93</b>	0.23	0.39	0.25
21. Alguien me molestó sexualmente.	0.76	<b>0.85</b>	0.24	0.34	0.30
22. Yo creo que fui abusado emocionalmente.	0.63	<b>0.68</b>	0.36	0.43	<b>0.61</b>
23. Había alguien que me llevara al doctor si lo llegaba a necesitar.	0.52	0.11	<b>0.66</b>	0.19	0.25
24. Yo creo que fui abusado sexualmente.	0.79	<b>0.82</b>	0.17	0.22	0.50
25. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.	0.71	0.24	<b>0.80</b>	0.45	0.45

Nota: Los pesos mayores de cada reactivo se encuentran en negritas. Cuando el reactivo tiene pesos compartidos, entonces dos cargas se encuentran en negritas.

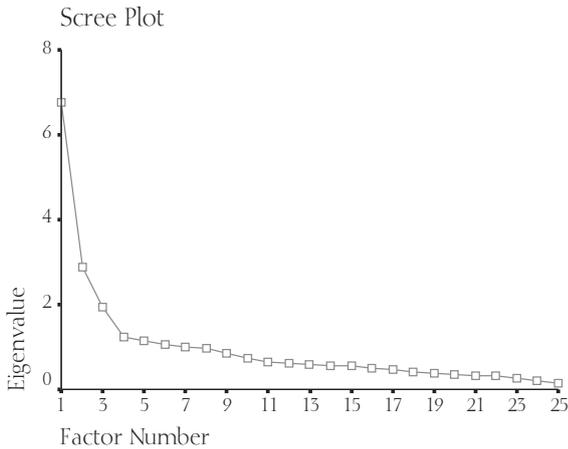


Figura 1. Gráfico Scree del CMI.

Se llevó a cabo el tercer y último análisis factorial exploratorio forzando la estructura a tres factores debido a que en el análisis anterior el cuarto factor no tuvo reactivos (tabla 3). Sus resultados fueron los más adecuados para esta investigación puesto que no se eliminó ningún factor, a la vez los datos obtenidos convergen con los factores propuestos por el gráfico Scree (figura 1). En esta solución de tres factores, los reactivos 6 y 14 tuvieron pesos compartidos y se desecharon. Los reactivos 1 y 4 mostraron pesos menores de 0.30 y también se desecharon. Los reactivos 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 y 25 tuvieron pesos únicos en los factores.

Tabla 3

*Comunalidades y pesos factoriales del análisis factorial exploratorio de tres factores*

Reactivos	Comuna- lidades	Cargas factoriales		
	h <sup>2</sup>	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Yo no tenía lo suficiente para comer.	0.15	0.01	0.12	0.03
2. Yo sabía que había alguien que me cuidaba y me protegía.	0.32	0.14	<b>0.39</b>	0.15
3. Algún familiar me decía cosas como estúpido, flojo o feo.	0.50	0.32	0.43	<b>0.62</b>
4. Mis padres estaban demasiado borrachos o drogados para cuidar a la familia.	0.25	0.09	0.21	0.21
5. Había alguien en mi familia que me ayudó a sentir que yo era importante o especial.	0.47	0.16	<b>0.60</b>	0.20
6. Yo tenía que usar ropa sucia.	0.31	0.15	<b>0.30</b>	<b>0.22</b>
7. Me sentía amado.	0.61	0.17	<b>0.74</b>	0.40
8. Yo pensaba que mis padres hubieran deseado que yo no hubiera nacido.	0.25	0.14	0.21	<b>0.31</b>
9. Yo fui golpeado tan fuerte por alguien de mi familia que tuve que ir al doctor o a un hospital.	0.34	0.20	0.15	<b>0.42</b>
10. Algún familiar me pegó tan fuerte que me dejó moretones o cicatrices.	0.64	0.30	0.26	<b>0.74</b>
11. Yo fui castigado con un cinto, tabla, sogá o con otro objeto duro.	0.44	0.25	0.24	<b>0.62</b>
12. Mis familiares veían unos por otros.	0.41	0.12	<b>0.48</b>	0.15

Reactivos	Comuna- lidades h <sup>2</sup>	Cargas factoriales		
		Factor 1	Factor 2	Factor 3
13. Gente de mi familia me dijo cosas hirientes y ofensivas.	0.61	0.36	0.43	<b>0.66</b>
14. Yo creo que fui abusado físicamente.	0.63	<b>0.63</b>	0.34	<b>0.55</b>
15. Fui golpeado o recibí una paliza tan fuerte que alguien se dio cuenta de ello como un maestro, vecino o médico.	0.48	0.22	0.15	<b>0.57</b>
16. Yo sentía que alguien de mi familia me odiaba.	0.56	0.38	0.52	<b>0.62</b>
17. Mis familiares se sentían muy cercanos entre ellos.	0.49	0.26	<b>0.55</b>	0.34
18. Alguien trató de tocarme sexualmente o trató de que yo lo tocara sexualmente.	0.77	<b>0.81</b>	0.19	0.29
19. Alguien me amenazó con lastimarme o decir mentiras acerca de mí a no ser que yo hiciera cosas sexuales con él o ella.	0.73	<b>0.79</b>	0.25	0.42
20. Alguien trató de que hiciera cosas sexuales o que viera cosas sexuales.	0.89	<b>0.92</b>	0.23	0.38
21. Alguien me molestó sexualmente.	0.76	<b>0.86</b>	0.26	0.35
22. Yo creo que fui abusado emocionalmente.	0.62	<b>0.68</b>	0.42	0.52
23. Había alguien que me llevara al doctor si lo llegaba a necesitar.	0.52	0.14	<b>0.65</b>	0.22
24. Yo creo que fui abusado sexualmente.	0.77	<b>0.81</b>	0.24	0.31
25. Mi familia era una fuente de fuerza y apoyo.	0.71	0.27	<b>0.80</b>	0.49

Nota: Los pesos mayores de cada reactivo se encuentran en negritas. Cuando el reactivo tiene pesos compartidos, entonces dos cargas se encuentran en negritas.

El primer factor explica el 27.11 por ciento del total de la varianza, se compone de seis reactivos con pesos únicos, cuyo contenido se relaciona con abuso sexual y emocional. El segundo explica el 11.51 por ciento, lo conforman siete reactivos con pesos únicos, su contenido se asocia con aspectos de cuidado y protección por parte de padres y familiares. El tercero explica el 7.77 por ciento, se compone de ocho reactivos con pesos únicos y su contenido tiene que ver con abuso físico y verbal.

### *Confiabilidad interna*

Se analizó la consistencia interna de cada uno de los tres factores con el alfa de Cronbach, a partir de lo cual se verificó que todos obtuvieron índices de confiabilidad adecuados: Abuso sexual y emocional ( $\alpha = 0.91$ ); cuidado y protección por parte de padres y familia ( $\alpha = 0.78$ ); abuso físico y verbal ( $\alpha = 0.74$ ).

### *Validez concurrente*

Se estudió la validez concurrente del CMI correlacionando cada uno de los tres factores con las medidas de depresión, desesperanza, autoestima, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (tabla 4). El primero tuvo correlaciones significativas con depresión, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo con una significancia de  $p = 0.01$  o menor, y correlaciones significativas con autoestima y desesperanza con una significancia de  $p = 0.05$  o menor. El segundo mantuvo correlaciones significativas con depresión, desesperanza, autoestima y ansiedad estado-rasgo, con una significancia de  $p = 0.01$  o menor. El tercero alcanzó todas

sus correlaciones significativas a un nivel de  $p = 0.01$  o menor, al igual que las correlaciones entre la suma de los tres factores con los instrumentos.

Tabla 4

*Correlaciones entre los factores del CMI y las escalas de depresión, desesperanza, autoestima, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo*

	Depresión	Desesperanza	Autoestima	Ansiedad-estado	Ansiedad-rasgo
Factor 1	0.21**	-0.09	-0.11*	0.14**	0.15**
Factor 2	0.32**	-0.36**	-0.38**	0.38**	0.29**
Factor 3	0.37**	-0.28**	-0.25**	0.25**	0.27**
CMI total	0.41**	-0.34**	-0.35**	0.36**	0.31**

\*\* Significativo con  $p = 0.01$  \* Significativo con  $p = 0.05$

## DISCUSIÓN

El estudio se hizo con una muestra de 400 estudiantes de niveles preuniversitario y universitario, grupo al que se le aplicaron cinco pruebas que miden maltrato infantil en retrospectiva, depresión, desesperanza, autoestima y ansiedad estado-rasgo. Puesto que el objetivo fue conocer la validez del CMI, se hizo el análisis factorial exploratorio, se empleó el método de mínimos cuadrados generalizados con rotación promax. En adición, se exploró la estructura factorial del CMI en primera instancia al realizar el análisis factorial forzando la estructura a cinco factores, según los propuestos por los autores de la escala. Esta estructura no resultó en una muestra mexicana, entonces se hizo de nuevo pero sólo con cuatro factores. No obstante, los resultados eliminaron el cuarto factor al

no tener cargas factoriales únicas o al contar únicamente con cargas factoriales compartidas.

En consecuencia, se efectuó el análisis factorial exploratorio con tres factores. A partir de ellos se lograron los resultados más adecuados para esta muestra, ya que no se eliminó ningún factor por falta de reactivos y se consiguió la cantidad sugerida por el gráfico Scree que exhibe también una solución de tres factores. La regla para tener el número de factores con el gráfico Scree consiste en observar el punto de quiebre, que en la gráfica apareció en el factor cuatro, y después sustraer uno: el resultado es cuatro menos uno igual a tres factores. Así se constató que dos reactivos tuvieron carga compartida, dos más cargas menores a 0.30 y los restantes mostraron pesos únicos. La validez convergente evaluada por el análisis factorial exploratorio sugirió la validez del instrumento compuesto de tres factores en población mexicana en comparación a los cinco factores propuestos por Bernstein et al. (1994).

Por otro lado, los resultados del análisis de validez concurrente con las correlaciones arrojaron datos significativos, en los que existen correlaciones entre las cinco variables de estudio y las escalas de depresión, desesperanza, autoestima, ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

*Abuso sexual y emocional.* Indica que las personas que sufrieron este tipo de abuso en la infancia podrían tener una tendencia hacia la depresión, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo y baja autoestima. Este factor cuenta con la consistencia interna más alta, hecho que indica que efectivamente los reactivos se relacionan entre sí.

*Cuidado y protección por parte de los padres y la familia.* Posee una alta correlación con las cuatro variables, es decir, en

la medida en que los padres proporcionen el cuidado adecuado, suministren amor, atención y cuidado material (vestido, alimentación, escuela), el individuo tendrá un mejor desarrollo, incrementará el autoestima y disminuirá la tendencia a la depresión, la desesperanza y la ansiedad-rasgo y estado. La consistencia interna del factor es adecuada e indica cohesión entre los reactivos.

*Abuso físico y verbal.* Tiene correlaciones significativas con las variables. Ello significa que las personas que se desenvuelven en un ambiente violento, tienden a una baja autoestima y a tener problemas de ansiedad, desesperanza y depresión. La consistencia interna sugiere que existe una relación significativa entre los reactivos.

En resumen, este estudio expone que la traducción de los instrumentos psicológicos al castellano no es suficiente para asumir las mismas propiedades psicométricas. Al analizarse las propiedades psicométricas del instrumento en población mexicana, se obtuvo una estructura factorial diferente compuesta de tres factores en vez de los cinco originales. Si se asumen las mismas propiedades psicométricas del instrumento, se evaluarían cinco factores de manera errónea, lo que conduciría a conclusiones inexactas. Se subraya la importancia de examinar las propiedades psicométricas de todas las pruebas cuando se usan en poblaciones diferentes a las cuales han sido validadas.

## REFERENCIAS

- Alarcón, L.C., Araújo, A.P., Godoy, A.P. y Vera, M.E. (2010). Maltrato infantil y sus consecuencias a largo plazo. *MedUNAB*, 13, 105-115.

- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996). Comparison of beck depression inventories –IA and –II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588–597.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865.
- Beigbeder, C., Barilari, Z. y Colombo, R. (2000). *Abuso y maltrato infantil*. Buenos Aires: Cauquén.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, k., Sapareto, E. & Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132–1136.
- Coria, C., Canales, L., Ávila, P., Castillo, P. y Correa, C. (2007). Síndrome del niño sacudido: artículo de revisión. *Revista Chilena de Pediatría*, 78, 54–60.
- Duhaime, A.C., Christian, C.W., Rorke, L.B. & Zimmerman, R. A. (1998). Nonaccidental head injury in infants: the «Shaken-baby Syndrome». *The New England Journal of Medicine*, 338, 1822–1829.
- Eguren, P., Gutiérrez, H., Herrero, M.I. y López, J.L. (2006). Maltrato y discapacidad visual. *Psicología Educativa*, 12, 21–33.
- Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (2010). Maltrato a niños, niñas y adolescentes: definición y tipologías. Recuperado de <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=35&pp=1>
- Francia, M.E. (2005). Maltrato Infantil: un problema de todos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19. Recuperado de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000100009&lng=en&nrm=i&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100009&lng=en&nrm=i&tlng=es)
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (4ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Loredo, A. (1994). *Maltrato al menor*. México: McGraw-Hill.

- Loredo, A. (2004). Maltrato en niños y adolescentes. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 5(6), 646.
- Marcovich, K.J. (1981). *Tengo derecho a la vida: Prevención e identificación del niño maltratado*. México: Editores Mexicanos Unidos.
- McCormick, K.F. (1992). Attitudes of primary care physicians toward corporal punishment. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3161–3165.
- Naddeo, M. E. (2005). *Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes: perspectiva psicológica y social*. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Preventing Child Maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. Recuperado de [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf)
- Reijneveld, S.A., van der Waal, M.F., Brugman, E., Sing, R.A. & Verloove-Vanhorick, S.P. (2004). Infant crying and abuse. *Lancet*, 364, 1340–1342.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sauceda, J.M., Olivo, N.A., Gutiérrez, J. y Maldonado, M. (2006). El castigo físico en la crianza de los hijos. Un estudio comparativo. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63, 382–388.
- Secretaría de Salud. (2006). Informe nacional sobre violencia y salud. México: SSA.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.C. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Starling, S., Holden, J. & Jenny, C. (1995). Abusive head trauma: the relationship of perpetrators to their victims. *Pediatrics*, 95, 259–262.
- Straus, M.A. (1996). Spanking and the making of a violent society. *Pediatrics*, 98, 837–842.
- Straus, M.A., Sugarman, D.B. & Giles-Sims, J. (1997). Spanking by parents and subsequent antisocial behavior of children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151, 761–767.

Estrés académico en estudiantes  
de preparatoria



GLORIA VELIA REYNA BARAJAS  
RAFAEL ARMANDO SAMANIEGO GARAY  
Universidad Autónoma de Zacatecas



## RESUMEN

Los objetivos de este estudio son describir la presencia de estrés académico en estudiantes de la Unidad Académica Preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAP-UAZ), las causas que lo provocan, así como identificar los síntomas que lo caracterizan. Se trabajó con una muestra representativa de 336 alumnos de ambos sexos y turnos, con una edad promedio de quince años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Estrés Académico elaborado por Barraza (2005). Los resultados muestran que el 96.1 por ciento de los estudiantes reconoce haberlo percibido, lo cual representa un nivel medianamente alto. Las principales causas de estrés mencionadas fueron la sobrecarga de trabajos escolares y las evaluaciones. Los síntomas físicos asociados son dolor de cabeza y migraña. La reacción psicológica de mayor frecuencia fue la falta de concentración. Entre las reacciones conductuales al estrés académico sobresalen desgano, conflictos y la tendencia a polemizar o discutir.

*Palabras clave:* estrés académico, síntomas, reacciones.

## ANTECEDENTES

La palabra estrés es una adaptación del término inglés *stress*, que apareció en forma de *distress* en el inglés medieval y proviene del francés antiguo *destresse*, que quiere decir «estar bajo estrechez u opresión»; a su vez se deriva del griego *stringere*, que significa «provocar tensión». La definición del término ha sido muy controvertida desde el

momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye (1956). Se ha entendido de las siguientes maneras:

- ▲ Reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales).
- ▲ Estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés).
- ▲ Interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

En la actualidad, el último planteamiento se considera el más completo. El estrés se produce a consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente (estresores internos o externos) y los recursos disponibles del sujeto. Son varios los elementos que se toman en cuenta en la interacción potencialmente estresante: variables situacionales, variables individuales del sujeto que se enfrenta a la situación y consecuencias del estrés.

Se entiende por estrés el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando dichos requerimientos (laborales, sociales, etcétera) son excesivos frente a los recursos que se poseen, se desarrolla una serie de reacciones adaptativas de movilización que implica activación fisiológica; incluye reacciones emocionales negativas: ansiedad, ira y depresión (Cano, s.f).

Concerniente al estrés psicológico, es visto como una relación particular entre el individuo y su entorno. Éste lo evalúa como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). A esa definición se le conoce como «perspectiva transaccional del estrés»; de acuerdo con ella para que se produzca una respuesta debe haber condiciones inter-

nas y externas, la relación de éstas generará su aparición y características individuales. Lo anterior explica por qué cada individuo responde de manera diferente a un mismo estímulo según su historia, experiencias y características personales, y por qué tiene distintas interpretaciones y estilos de afrontamiento sobre ciertas situaciones (Caldera y Pulido, 2007; Monzón, 2007; Román y Hernández, 2005).

En el caso concreto del estrés académico, se plantea que a nivel cognitivo los alumnos creen no saber nada antes del examen, estiman que se les va a quedar la «mente en blanco», que van a perder la beca si fracasan, etcétera; a nivel motor, necesitan ir al sanitario sin eliminación urinaria, se crujen los dedos, se muerden las uñas, emiten resoplos y bufidos; y a nivel fisiológico, sufren taquicardia, sudoración, temblor generalizado y diarrea. La alteración en esos tres niveles de respuestas influye de forma negativa en el rendimiento académico (Barraza y Acosta, 2007; Caldera y Pulido, 2007; Monzón, 2007; Pelli- cer, Salvador y Benet, 2002; Pérez San Gregorio, Rodríguez, Borda y Del Río, 2003; Román y Hernández, 2005).

Actualmente, el estrés es un tema muy discutido. El término es de uso común y se emplea para hacer referencia a una extensa gama de experiencias: nerviosismo, tensión, cansancio, agobio, inquietud y otras sensaciones o vivencias similares (Caldera y Pulido, 2007; Bedoya, Pe- rea y Ormeño, 2006; Reyes, Alayo y Martos, 2007).

Durante el siglo XX se generó una serie de perspec- tivas teóricas acerca del estrés. En la década de 1920 el neurólogo y fisiólogo Walter B. Cannon descubrió que cuando un organismo tiene miedo o se enfrenta a una emergencia, su cerebro responde activando el sistema nervioso simpático. El ritmo cardíaco y la respiración se

aceleran, la sangre abandona los estratos superficiales de la piel y se dirige hacia los músculos, a los que provee una mayor cantidad de oxígeno; esto capacita al organismo para responder a la emergencia, así sea luchando o huyendo de ella. Más tarde, en 1929, observó que la tensión producida por un examen parecía ocasionar los mismos cambios bioquímicos al percibir las reacciones de lucha o escape de animales sometidos a situaciones angustiosas (Monzón, 2007).

Polo, Hernández y Poza afirman que el estrés académico se produce en el ámbito educativo. Barraza (2005) hace acotaciones para llegar a una definición más precisa; denomina estrés escolar al que padecen los niños de educación básica y estrés académico al que presentan los estudiantes de educación media superior y superior. En esta investigación se tiene la misma concepción de estrés académico de Barraza (2005).

De acuerdo con Pérez et al. (2003), los alumnos universitarios que obtienen calificaciones académicas más altas son los que muestran una sobre activación a nivel motor («comerse las uñas»), cognitivo («sentir que falta la respiración sin haber hecho un esfuerzo excesivo») y fisiológico («sudar sin razón aparente»).

El estrés es uno de los principales factores que influye en el desempeño del individuo y su calidad de vida. Además, es bien conocido que todo proceso de adaptación ante cualquier situación novedosa conlleva manifestaciones de éste. La transición de la secundaria a la preparatoria constituye una fuente de estrés, ya que el estudiante requiere adaptarse a otra escuela, habituarse a nuevas asignaturas, establecer relaciones de trabajo con un grupo distinto de profesores y compañeros. Asimismo, la com-

petencia en la preparatoria es mucho más intensa que en la secundaria, por tanto, la posibilidad de fracaso es considerablemente mayor.

Para algunos estudiantes, las actividades académicas que se usan con fines de evaluación comprenden una fuente de estrés. Las sensaciones de temor, tensión y preocupación experimentadas por los estudiantes en dicho contexto, parten de la idea de «salir dañados», es decir, de no aprobar la asignatura y en última instancia, el semestre. Por ello, toda evaluación académica somete a los candidatos a dos desventajas: su dificultad intrínseca y el posible nivel perturbador del estrés.

Como es previsible, el estrés es mayor cuando la situación es más difícil o existe competencia. Es probable que un alto grado de éste produzca resultados académicos insatisfactorios, mientras que uno moderado puede ser útil si motiva al alumno a incrementar sus esfuerzos y a enfocar su atención en la actividad académica (Pellicer, Salvador y Benet, 2002).

Si el individuo constante y permanentemente se encuentra sometido a eventos estresantes donde se generan sensaciones de incertidumbre, temor, angustia y preocupación, se origina un impacto negativo sobre la salud pues disminuye su competencia inmunológica, por lo que surgen enfermedades.

En el caso específico del estrés en los estudiantes del nivel medio superior, se identifican dos líneas de investigación: la psicofisiológica y la psicológica. Este estudio, se basa en la investigación de Barraza (2005) y se enfoca exclusivamente en el aspecto psicológico.

Se formulan las siguientes preguntas: ¿cuál es la presencia del estrés en los estudiantes inscritos en el se-

gundo semestre de la Unidad Académica de Preparatoria?, ¿cuáles son sus causas?, ¿cuáles son los síntomas?, ¿qué relación existe entre el nivel de estrés auto percibido y las causas del estrés con los síntomas físicos, psicológicos y conductuales del estrés académico? Éstas permiten evaluar cuatro áreas: presencia, nivel, causas y síntomas del estrés. La última se subdivide en tres tipos: físicos, psicológicos y conductuales. Considerando lo anterior, cabe argüir ¿cuáles son las características del estrés académico que muestran los estudiantes inscritos en el segundo semestre de la Unidad Académica de Preparatoria?

## OBJETIVOS

1. Determinar el porcentaje en que se manifiesta el estrés académico.
2. Detectar el nivel de estrés académico auto percibido.
3. Identificar los síntomas que caracterizan al estrés académico.
4. Reconocer las causas del estrés académico.
5. Hallar la relación existente entre el nivel de estrés auto percibido, las causas y los síntomas del estrés.

## MÉTODO

*Tipo y diseño general de estudio*

Descriptivo–correlacional.

## *Instrumento*

Se empleó el Cuestionario de Estrés Académico elaborado por Barraza (2005), el cual diseñó a partir de las siguientes variables de estudio relacionadas con el estrés: nivel de estrés auto percibido, estresores (causas) y síntomas (reacciones); presentó un alfa de Cronbach de 0.92.

Contiene un ítem de filtro que, en términos dicotómicos (sí-no), permite establecer si el encuestado es candidato o no a contestar el inventario. Además veintitrés ítems con un escalamiento tipo *likert* de cinco valores categoriales (nunca, rara vez, algunas veces, casi siempre y siempre); incluye uno más con opción abierta.

Permite identificar el nivel de intensidad del estrés académico, la frecuencia en que las demandas del entorno son valoradas como estímulos estresores y la periodicidad con que se manifiestan los síntomas o reacciones al estímulo estresor.

## *Sujetos*

Estudiantes del segundo semestre de los ocho programas académicos de la Unidad Académica de Preparatoria de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

## *Procedimiento*

El cuestionario se llevó a cabo de forma anónima y en situación colectiva, se efectuó en el salón de clases en horario lectivo.

## *Selección y tamaño de la muestra*

Se eligió el muestreo estratificado, el cual se recomienda cuando la población a estudiar consiste en un conjunto de grupos heterogéneos, como es el caso de la Unidad Académica de Preparatoria; además, proporciona información a menor costo y facilita el análisis de los datos.

Como marco de muestreo se utilizó la matrícula inscrita en el segundo semestre (agosto 2006–enero de 2007), constituida por 2 mil 190 alumnos.

La variable de estratificación fue únicamente el plantel. Después, se obtuvo una muestra aleatoria para determinar los casos específicos de estudio. Se estimó una muestra de 336 personas.

## RESULTADOS

### *Presencia del estrés académico*

El 96.1 por ciento de los estudiantes del segundo semestre de la Unidad Académica de Preparatoria, reconoce manifestar estrés académico. Este resultado difiere del trabajo de Barraza (2005), donde el 85 por ciento de los alumnos de educación media superior, quienes asisten a las instituciones que ofrece el bachillerato general en la ciudad de Durango, advierten su presencia.

### *Nivel de estrés académico*

De acuerdo con el baremo usado por Barraza (2005), aplicado a una escala de cinco valores (bajo: de 0 a 1.25, me-

dianamente bajo de 1.26 a 2.5, medianamente alto de 2,6 a 3.75 y alto de 3.76 a 5), se afirma que los estudiantes participantes en el estudio ostentan un nivel medianamente alto de estrés académico (media de 3.28). El resultado coincide con el expuesto por el autor del instrumento aquí empleado, que refiere la existencia de un estrés académico a ese nivel en los alumnos de educación media superior.

### *Causas del estrés académico*

El cuestionario hizo posible indagar sobre cinco causas de estrés y arrojó los siguientes resultados con relación a su injerencia en los estudiantes del segundo semestre de la Unidad Académica de Preparatoria (tabla 1).

Tabla 1

#### *Porcentaje de las causas del estrés académico*

Causas	Presencia
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	95.2%
Evaluaciones de los profesores	95.2%
Exceso de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares	94.3%
Competencia entre compañeros del mismo grupo	93.7%
Tipo de trabajo que piden los maestros	93.2%

Como se observa, el grado de dichos estresores es alto, ya que la mayoría se encuentra en un porcentaje mayor al 90 por ciento. Los más altos son la sobrecarga de tareas y trabajos escolares y la evaluación de los profesores, con 95.2 por ciento; el más bajo es el tipo de trabajo

que piden los maestros, con 93.2 por ciento. Respecto a su intensidad, se obtuvo la media en cada uno; a continuación se exhiben los resultados.

Tabla 2

*Media de las causas del estrés académico*

Causas de estrés	Media
Sobrecarga de tareas y trabajos escolares	3.9
Evaluaciones de los profesores	3.8
Tipo de trabajo que piden los maestros	3.4
Exceso de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares	3.4
Competencia entre compañeros del mismo grupo	2.0

Tales cifras indican que la media más alta se localiza en la sobrecarga de tareas y trabajos escolares y la más baja en la competencia entre compañeros del mismo grupo. Al utilizar el baremo ya especificado, las causas denotan una intensidad medianamente alta, a excepción de la competencia en el grupo que revela un nivel medianamente bajo. El dato referente a que la sobrecarga de tareas y trabajos escolares es la causa más alta, difiere con los resultados logrados por Barraza (2005), los cuales indican que las evaluaciones de los profesores son el estresor más alto; pese a que existe una semejanza con sus estudios en cuanto a que la competitividad grupal es la causa más baja en intensidad y presencia.

De los 336 alumnos encuestados sólo 28 (8.3 por ciento) llenaron la opción «otras». De las opciones ofrecidas, únicamente tres no aluden a aspectos relacionados con

la vida escolar: familia, cuidados maternos y actividades extra-curriculares. Entre los factores vinculados al estrés académico se hallan «la dificultad de los trabajos», «el horario», «el escaso tiempo para entregar los trabajos», «no entrar a clases», «reprobar algún examen parcial», «el promedio final», «exentar», «la incertidumbre de cómo serán los exámenes», «el examen de recuperación», «aprobar», «que no dejen entrar a clase», «cursillos», «forma de calificar del maestro» y «reprobar el curso».

### *Síntomas o reacciones físicas al estrés académico*

El estrés académico se asocia a un conjunto de síntomas que refleja la tensión a la que es sometido el organismo. En primera instancia, se iniciará el análisis de los síntomas físicos, de los cuales el cuestionario se enfoca en cinco. La tabla 3 refiere los resultados concernientes a éstos:

Tabla 3

#### *Porcentaje de los síntomas o reacciones físicas al estrés académico*

Síntomas o reacciones físicas	Presencia
Dolor de cabeza o migrañas	90.5%
Fatiga crónica (cansancio permanente)	89.9%
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)	88.7%
Somnolencia o mayor necesidad de dormir	87.2%
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	84.2%

Como se puede observar, los síntomas investigados tienen una fuerte presencia en los estudiantes, ya que os-

cilan entre 84.2 por ciento y 90.5 por ciento. Los síntomas que se manifestaron con mayor frecuencia son el dolor de cabeza y la migraña (90.5 por ciento) y los que tuvieron menor incidencia son los problemas de digestión (84.2 por ciento). Con relación a la intensidad de esos síntomas se obtuvo la media de cada uno, según se aprecia en la tabla 4.

Tabla 4

*Media de los síntomas o reacciones físicas al estrés académico*

Síntomas o reacciones físicas	Media
Somnolencia o mayor necesidad de dormir	2.9
Fatiga crónica (cansancio permanente)	2.6
Dolor de cabeza o migrañas	2.5
Trastornos en el sueño (insomnio o pesadillas)	2.3
Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea	1.6

La media más alta se localiza en la somnolencia (2.9) y la más baja en problemas de digestión (1.6). Con el baremo ya especificado se constata que cuatro síntomas físicos (trastornos en el sueño, fatiga crónica, dolor de cabeza y problemas de digestión) perciben una intensidad medianamente baja, mientras que uno (somnolencia) tiene una intensidad medianamente alta.

A fin de comprobar si existe relación entre el nivel de estrés percibido y los síntomas o reacciones físicas, se calculó la correlación de Pearson. Acorde con los resultados hay una correlación positiva y significativa entre el factor nivel de estrés y los síntomas o reacciones físicas de trastornos en el sueño ( $r = 0.50$ ,  $p = <0.000$ ), fatiga cró-

nica ( $r = 0.52, p = <0.000$ ), dolor de cabeza o migrañas ( $r = 0.43, p = <0.000$ ), problemas de digestión ( $r = 0.31, p = <0.000$ ) y somnolencia ( $r = 0.47, p = <0.000$ ). Se encontró además que todos los síntomas físicos se correlacionan positiva y significativamente con las causas de estrés. Cabe destacar que las correlaciones más altas del nivel de estrés las ocupan los síntomas de fatiga crónica y trastornos del sueño; en el caso de las causas, la más alta se vincula al tipo de trabajo que piden los maestros ( $r = 0.47, p = <0.000$ ).

### *Síntomas o reacciones psicológicas al estrés académico*

Asociados a los síntomas físicos están los psicológicos. Los últimos se indagaron en el cuestionario a través de cinco variables mediante las cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5

#### *Porcentaje de los síntomas o reacciones psicológicas al estrés académico*

Síntomas o reacciones psicológicas	Presencia
Problemas de concentración	91.1%
Sentimientos de depresión y tristeza (decaimiento)	89.9%
Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo	89.6%
Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores	87.5%
Sensación de tener la mente vacía (bloqueo mental)	87.2%

Los síntomas psicológicos se reflejan en los alumnos. El límite inferior (87.2) y el superior (91.1) se hallan por encima de los de los síntomas físicos, por lo que es posible

afirmar que existe una mayor presencia de los psicológicos con relación a las reacciones conductuales y físicas de los estudiantes.

El síntoma con mayor índice es el de los problemas de concentración (91.1 por ciento), y el que indica menor frecuencia es el de la sensación de tener la «mente vacía» (87.2 por ciento). La tabla inferior muestra la media en cada uno de los síntomas conforme a la intensidad que denotan.

Tabla 6

*Media de los síntomas o reacciones psicológicas al estrés académico*

Síntomas o reacciones psicológicas	Media
Problemas de concentración	3.1
Inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo	3.0
Sensación de tener la mente vacía (bloqueo mental)	2.9
Sentimientos de depresión y tristeza (decaimiento)	2.8
Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores	2.5

De acuerdo con los datos anteriores, los síntomas psicológicos con mayor intensidad son los problemas de concentración y la inquietud, con medias de 3.1 y 3.0 respectivamente; la ansiedad, por su parte, es la de menor intensidad con una media de 2.5. A través del baremo utilizado, cuatro de los cinco síntomas indican una intensidad medianamente alta.

Con base en el cálculo de la correlación de Pearson, existe una correlación positiva y significativa entre el factor nivel de estrés y los síntomas o reacciones psicológicas de inquietud, incapacidad de relajarse y estar tranquilo ( $r = 0.56$ ,  $p = <0.000$ ), sentimientos de depresión y tristeza ( $r = 0.54$ ,  $p = <0.000$ ), ansiedad, mayor predispo-

sición a miedos y temores ( $r = 0.46, p = <0.000$ ), problemas de concentración ( $r = 0.57, p = <0.000$ ) y sensación de tener la «mente vacía» ( $r = 0.56, p = <0.000$ ).

El nivel de estrés se vincula positivamente con todos los síntomas psicológicos, pues con ellos se observa la correlación con mayor fuerza. Asimismo, los síntomas o reacciones psicológicas también se correlacionan positiva y significativamente con las causas de estrés; los sentimientos de depresión y tristeza ( $r = 0.54, p = <0.000$ ) son los que ostentan mayor fuerza.

### *Síntomas o reacciones conductuales al estrés académico*

Las variables asociadas con los síntomas o reacciones conductuales y los porcentajes que muestran los estudiantes fueron los siguientes:

Tabla 7

#### *Porcentaje de los síntomas o reacciones conductuales al estrés académico*

Síntomas o reacciones conductuales	Presencia
Desgano para realizar las labores escolares	85.4%
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir	82.1%
Aislamiento de los demás	80.4%
Absentismo de las clases	78.0%
Tabaquismo	61.6%

Los síntomas conductuales se manifiestan considerablemente, no obstante, si se toma en cuenta su valor mínimo (61.6 por ciento) y máximo (85.4 por ciento), puede

asegurarse que después de los físicos son éstos los que tienen menor presencia. Los síntomas con mayor frecuencia fueron el desgano y los conflictos o tendencia a polemizar (85.4 y 82.1 por ciento respectivamente); el que tuvo menor asiduidad fue el tabaquismo (61.6 por ciento). Respecto a su intensidad, se reportan los resultados en la tabla 8.

Tabla 8

*Media de los síntomas o reacciones conductuales al estrés académico*

Síntomas o reacciones conductuales	Media
Desgano para realizar las labores escolares	2.6
Conflictos o tendencia a polemizar o discutir	2.1
Absentismo de las clases	2.0
Aislamiento de los demás	1.7
Tabaquismo	1.2

La media más alta se ubica en el síntoma de desgano (2.6), mientras que la más baja la tiene el tabaquismo (1.2). Es indispensable subrayar que la media de los síntomas conductuales es la más baja en comparación con los síntomas físicos y psicológicos. Con el baremo empleado se verificó que el tabaquismo tiene una intensidad baja y el conflicto, aislamiento, desgano y absentismo una medianamente baja.

Si a estos datos se les aplica el estadístico denominado correlación de Pearson, con relación al nivel de estrés percibido y las causas, es posible advertir que el nivel de estrés se correlaciona positivamente con los cinco síntomas conductuales: tabaquismo ( $r = 0.22$ ,  $p = <0.000$ ), conflictos o tendencia a polemizar o discutir ( $r = 0.38$ ),

aislamiento de los demás ( $r = 0.34, p = <0.000$ ), desgano para realizar las labores escolares ( $r = 0.38, p = <0.000$ ) y absentismo ( $r = 0.35, p = <0.000$ ). En la tabla 9 se presentan las correlaciones más altas entre las causas y los síntomas o reacciones conductuales ante el estrés.

Tabla 9

*Correlaciones más altas relativo a las causas*

Causa	Correlación
Competencia	Conflicto o tendencia a polemizar ( $r = 0.35$ )
Exceso de responsabilidad	Conflicto o tendencia a polemizar ( $r = 0.39, p = <0.000$ )
Sobrecarga de tareas	Desgano para efectuar labores escolares ( $r = 0.40, p = <0.000$ )
Evaluaciones de los profesores	Desgano para llevar a cabo labores escolares ( $r = 0.42, p = <0.000$ )
Tipo de trabajo que piden los profesores	Conflicto o tendencia a polemizar ( $r = 0.44, p = <0.000$ )

Ante tales datos surgen las siguientes interrogantes: ¿tenemos alumnos violentos?, ¿hay alumnos con fastidio y desgano hacia el estudio? De ser positivas las respuestas, ¿en qué radica su origen?

*Análisis del perfil*

Los síntomas del estrés académico con mayor frecuencia e intensidad en la muestra analizada son diversos: *a*) problemas de concentración, *b*) inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo), *c*) somnolencia o mayor

necesidad de dormir, *d*) bloqueo mental, *e*) sentimientos de depresión y tristeza, *f*) fatiga crónica (cansancio permanente), *g*) desgano (no tener ánimo para realizar cualquier actividad), *h*) dolores de cabeza, *i*) ansiedad (mayor predisposición a miedos, temores, etcétera), *j*) trastornos del sueño (dificultad para dormir).

Al calcular la media general de los tipos de síntomas se obtuvo lo siguiente: físicos (2.38), psicológicos (2.86) y conductuales (1.92). Con base en estos resultados, los psicológicos se manifestaron con mayor intensidad.

Con el mismo procedimiento se encontró que la media de las causas de estrés es 3.3. Las que se ubican por encima de la media establecida para el grupo son: exceso de responsabilidad para cumplir con las obligaciones escolares, sobrecarga de tareas y trabajos escolares, evaluaciones y tipo de trabajo solicitado por los docentes. La causa con menor fuerza es la de la competencia entre compañeros, mientras que el tabaquismo es el síntoma conductual que reporta menos frecuencia e intensidad.

## DISCUSIÓN

Tanto en la investigación de Barraza (2005) como en ésta, los alumnos de educación media superior reconocen haber tenido estrés académico. En ambas se destaca que los participantes mostraron un nivel medianamente alto. Con relación al primer estresor, en el presente estudio se identificó que los estudiantes atribuyen su grado de estrés a la sobrecarga de tareas y trabajos escolares, además de las evaluaciones de los profesores. En ese sentido difiere con los resultados de Barraza (2005), donde lo asocian con

el exceso de responsabilidad por cumplir las obligaciones escolares. Sin embargo, los estresores sobrecarga de tareas y trabajos escolares, así como las evaluaciones de los profesores coinciden con los mencionados por Barraza (2005). Otro aspecto en el que se coincide es que son los síntomas psicológicos los que indican mayor intensidad como respuesta al estrés académico.

## CONCLUSIONES

Retomando los objetivos planteados se obtuvieron los resultados que se indican a continuación: 1. El porcentaje de presencia de estrés académico en los estudiantes del segundo semestre de la Unidad Académica de Preparatoria durante el semestre comprendido de enero a junio de 2007 fue de 96.1 por ciento. 2. Su nivel de estrés académico fue medianamente alto. 3. Las causas que provocan el estrés son la sobrecarga de tareas y trabajos escolares, aunado a las evaluaciones de los profesores. 4. Los síntomas de mayor intensidad como respuesta al estrés académico, fueron los psicológicos.

Otros síntomas que revelaron una alta frecuencia e intensidad son: fatiga crónica (cansancio permanente), dolores de cabeza y migraña, somnolencia o mayor necesidad de dormir, inquietud (incapacidad para relajarse y estar tranquilo), sentimientos de depresión y tristeza, ansiedad (mayor predisposición a miedos y temores), problemas de concentración y sensación de tener la mente vacía (bloqueo mental).

Estos datos confirman la necesidad de seguir investigando el tema del estrés académico y enfocarlo al área

psicológica para recabar información concerniente a sus causas. Es indispensable también intervenir con programas sobre educación para la salud ante conductas como el tabaquismo, que aunque fue la menos recurrente en una situación estresora debe evitarse para que los estudiantes no recurran a él más adelante.

Los resultados permiten tener una aproximación, desde la psicología de la salud, acerca de las características del estrés académico en alumnos de la Unidad Académica de Preparatoria de la UAZ; coinciden con una gran variedad de estudios realizados en el país y el extranjero (Barraza y Acosta, 2007; Bedoya, Perea y Ormeño, 2006; Caldera y Pulido, 2007; Monzón, 2007; Pellicer, Salvador y Benet, 2002; Pérez San Gregorio, Rodríguez, Borda y Del Río, 2005; Reyes, Alayo y Martos, 2007; Román y Hernández, 2005; Sarason y Sarason, 1996).

Al conocerse estos aspectos podrá aportarse una mayor cantidad de recursos de intervención, que proporcionará a los estudiantes del nivel medio superior la posibilidad de adquirir y aplicar un estilo de vida adaptable al medio escolar, así como obtener las capacidades y habilidades de afrontamiento esenciales para un aprovechamiento y rendimiento favorables en el curso de sus estudios.

## REFERENCIAS

- Barraza, M.A. (2005). Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-19-caracteristicas-del-estrés-academico-de-los-alumnos-de-educacion-media-superior.pdf>

- Barraza, A. y Acosta, M. (2007). El estrés de examen en educación media superior caso: Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) de la Universidad Juárez del Estado de Durango (UJED). Memoria del IX Congreso Nacional de Investigación Educativa, Mérida, Yucatán. Recuperado de <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/ponencias/at16/PRE1178202663.pdf>
- Bedoya, S., Perea, M. y Ormeño, R. (2006). Evaluación de niveles, situaciones generadoras y manifestaciones de estrés académico en alumnos de tercer y cuarto año de una Facultad de Estomatología. *Revista Estomatológica Herediana*, 16(1), 15–20.
- Caldera, J. y Pulido, B. (2007). Niveles de estrés y rendimiento académico en estudiantes de la carrera de Psicología del Centro Universitario de Los Altos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 77–82. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/7/007\\_Caldera.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/7/007_Caldera.pdf)
- Cano Vindel, A. (s.f.). La naturaleza del estrés. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Recuperado de [http://www.ucm.es/info/seas/estres\\_lab/el\\_es\\_tres.htm](http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_es_tres.htm)
- Landero Hernández, R. y González Ramírez, M.T. (2002). Determinantes psicosociales del estrés en amas de casa. *Revista Psicología y Salud*, 12(2), 279–288.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Ediciones Martínez Roca.
- Monzón, M. (2007). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista apuntes de psicología*, 25(1), 87–99.
- Pellicer, O., Salvador, A. y Benet, I. (2002). Efectos de un estresor académico sobre las respuestas psicológicas e inmunes en jóvenes. *Revista Psicothema*, 14(2), 317–322.
- Pérez San Gregorio, M., Rodríguez, A., Borda, M. y Del Río, C. (2005). *Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios*. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace (67–68), 26–33. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/>

- articulo?codigo=793382 y [http://www.editorialmedica.com/Cuad-67\\_68-Jul-DicTrabaj3.pdf](http://www.editorialmedica.com/Cuad-67_68-Jul-DicTrabaj3.pdf)
- Polo A., Hernández J. y Poza C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Ansiedad y Estrés*. Recuperado de [http://www.unileon.es/estudiantes/atencion\\_universitarioarticulo.pdf](http://www.unileon.es/estudiantes/atencion_universitarioarticulo.pdf)
- Reyes S., Alayo L. y Martos C. (2007). Guía para el manejo de primeros auxilios psicológicos: el estrés escolar. Guía para el manejo de primeros auxilios psicológicos. Recuperado de [http://www.sosvidasperu.org/publicaciones/El\\_Estres\\_Escolar\\_Campa\\_a\\_Mundial.pdf](http://www.sosvidasperu.org/publicaciones/El_Estres_Escolar_Campa_a_Mundial.pdf)
- Román, C. y Hernández, Y. (2005). Variables psicosociales y su relación con el desempeño académico de estudiantes de primer año de la Escuela Latinoamericana de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37(2), 1-8.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (1996). *Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (7ª ed.). México: Prentice-Hall Hispanoamericana.

Inteligencia emocional percibida  
y rendimiento académico  
en estudiantes de bachillerato



NORMA ALICIA RUVALCABA ROMERO

Universidad de Guadalajara

JULIA GALLEGOS GUAJARDO

Universidad de Monterrey



## RESUMEN

El ámbito educativo se ha constituido como una de las áreas más fructíferas para la intervención e investigación de la inteligencia emocional; el rendimiento académico es uno de los tópicos analizados. A continuación se explora el vínculo entre inteligencia emocional percibida y el rendimiento académico en estudiantes de bachillerato de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Se aplicó el Trait Meta Mood Scale (TMMS-24) a 373 alumnos. La variable correspondiente al rendimiento se obtuvo de las calificaciones de los participantes en el semestre anterior a la realización de las escalas.

Los resultados indican que sólo la subescala «atención emocional» correlaciona ligeramente con el promedio general ( $r = 0.134$ ,  $p < 0.01$ ) y las calificaciones de las materias concernientes a Humanidades ( $r = 0.121$ ,  $p < 0.05$ ), Artísticas ( $r = 0.177$ ,  $p < 0.05$ ) y Administrativas ( $r = 0.266$ ,  $p < 0.05$ ), por lo que se advierte que tal asociación es indirecta. Al efectuar análisis de varianza (ANOVA) entre los puntajes en inteligencia emocional percibida de los estudiantes que cursan el sistema de competencias y los del tradicional, hubo una diferencia estadísticamente significativa en la subescala «comprensión emocional».

*Palabras clave:* inteligencia emocional, rendimiento académico, subescala.

## JUSTIFICACIÓN

El modelo educativo para el siglo XXI, derivado de las políticas internacionales de la Organización de las Naciones Unidas, plantea la integridad en la formación de las personas; incluye los denominados cuatro pilares de la educación: aprender a conocer, a hacer, a convivir y a ser (Delors, 1996). El sistema de competencias implementado en el Sistema Educativo Nacional, pretende fomentar dichos pilares en las personas; es precisamente en ese tenor que el desarrollo de las habilidades orientadas a fortalecer al individuo se vuelven prioritarias, entre ellas el adecuado manejo de las emociones. El objetivo de esta investigación es monitorear si el recién implementado sistema fomenta habilidades emocionales y si éstas, representadas por la inteligencia emocional, se relacionan con el rendimiento académico.

## INTRODUCCIÓN

A partir del desarrollo del constructo de inteligencia emocional en 1990 —por sus autores John Mayer y Peter Salovey— y su respectiva reformulación en 1997, las investigaciones destinadas a validar sus aplicaciones prácticas han ido en aumento. Uno de los temas que más análisis ha tenido es la importancia de la inteligencia emocional en el ámbito educativo; con ello se intenta establecer otras variables involucradas debido a la limitada validez predictiva que se ha encontrado en la inteligencia tradicional y el éxito profesional (Fernández Berrocal y Ruiz Aranda, 2008; Parker, Summerfeldt, Hogan y Majeski, 2004).

Respecto al estudio sobre la relación entre las competencias emocionales y el rendimiento académico, los resultados han sido inconsistentes. El objetivo de esta investigación es asociar la inteligencia emocional percibida y el rendimiento académico medido, a través de las calificaciones obtenidas por los estudiantes de bachillerato de la Zona Metropolitana de Guadalajara.

## INTELIGENCIA EMOCIONAL

Según el modelo de Mayer y Salovey (1997), la inteligencia emocional se define como «la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción, la habilidad para acceder y generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento, la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual».<sup>1</sup> A partir de esa nueva conceptualización, se le conoce también como el modelo de las cuatro ramas (*Four Branches Model*); su disposición (de la percepción a la regulación) representa el grado en el cual se ha integrado la habilidad en la personalidad del individuo. En cada una existe un nivel de progresión en la adquisición de habilidades en un orden creciente (Mayer, Salovey y Caruso, 2004). A continuación se describen:

*Percepción, valoración y expresión de la emoción.* Implica la habilidad para percibir las emociones de forma precisa, incluye las capacidades involucradas en la identificación de

<sup>1</sup> Traducción realizada por Mestre y Nuñez de Mayer y Salovey (1997), What is Emotional Intelligence? En Mestre y Fernández Berrocal (2007).

las emociones y sus manifestaciones. Obedece al atributo de compartir esas expresiones con la humanidad, aun cuando haya diferencias sutiles entre los individuos, basadas en sus experiencias vitales (Mayer et al., 2004; Salovey y Grewal, 2006). Asimismo, abarca el registro, atención y decodificación de los mensajes emocionales que se manifiestan mediante gestos, tonos de voz o aspectos culturales (Salovey, Mayer, Caruso, 2002), e identificación de los estados fisiológicos y cognitivos que conllevan las emociones (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

*Facilitación emocional del pensamiento y razonamiento.* Considera a las emociones como un vital y complejo organizador de subsistemas psicológicos, entre ellos los procesos experienciales, cognitivos y emocionales. Ayuda a priorizar los procesos cognitivos básicos focalizando la atención (Fernández-Berrocal y Extremera 2005). Favorece también la capacidad para aprovechar la información emocional y simplificar el razonamiento, la resolución de problemas, la toma de decisiones, la comunicación interpersonal, los fines creativos, entre otros (Brackett y Salovey, 2004; Salovey, Mayer y Caruso, 2002). Estima que ciertos estados emocionales crean condiciones mentales propicias para el desarrollo de determinadas tareas, a la vez de utilizarlos de manera eficiente (Salovey y Grewal, 2006).

El elemento hace referencia a la acción de la emoción con la inteligencia, parte del supuesto de que aquella se desempeña como un sistema de alerta para centrar la atención en los aspectos trascendentales. Otra función es la posibilidad de generar emociones para que puedan comprenderse mejor, para tomar en cuenta otras perspectivas y finalmente posibilitar nuevas formas de razo-

namiento con base en los estados de ánimo (Mayer y Salovey, 1997).

*Habilidad para comprender y analizar emociones.* Designa la aptitud para discernir la información acerca de la relación entre las emociones, las transiciones de una a otra, nombrarlas y categorizarlas. Esa disposición para diferenciar tiene notables aplicaciones en la sensación de bienestar de los sujetos (Salovey y Grewal, 2006), supone una gran cantidad de lenguaje y pensamiento proposicional para reflejar la capacidad de analizar las emociones. Consiste en la comprensión del léxico emocional y del modo en que las emociones se combinan, progresan y evolucionan de una a otra (Brackett y Salovey, 2004), además de una actividad anticipatoria como retrospectiva para percatarse de las causas generadoras del estado anímico y las futuras consecuencias de las acciones (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

Una persona apta para entender y describir las emociones (sus significados, de qué manera pueden mezclarse y cómo evolucionan en el tiempo) puede comprender la naturaleza humana y las relaciones interpersonales; por ello es indispensable el desarrollo del lenguaje y del pensamiento lógico (Mayer, Roberts y Barsade, 2008; Salovey, Mayer y Caruso 2002, 2004). Quien conoce sus sentimientos, se mostrará más capaz para resolver problemas emocionales y, en consecuencia, experimentará un mayor bienestar emocional que quien tiene menos habilidades de claridad emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2008).

*Regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional.* Alude a la destreza para manejar las propias emociones y las de los demás. Constituye el

carácter más asociado a la inteligencia emocional; desempeña un papel trascendental en el uso de estrategias, mantenimiento y expresión de algunas emociones cuando es necesario, lo que facilita las relaciones interpersonales (Salovey y Grewal, 2006). Al tener control de los sentimientos, las personas serán capaces de observarlos, distinguirlos y etiquetarlos de modo preciso; creerán que pueden mejorarlos, hacer uso de estrategias<sup>2</sup> y valorar su eficacia (Brackett y Salovey, 2004).

Tal dimensión engloba también la capacidad para abrirse a los sentimientos (positivos y negativos), reflexionar sobre ellos para descartar o aprovechar la información que los acompaña en función de su uso, así como la habilidad para regular las emociones propias y ajenas, moderando las negativas e intensificando las positivas (Fernández-Berrocal y Extremera, 2005).

### *Inteligencia emocional y rendimiento académico*

Es fundamental abordar la inteligencia emocional desde una perspectiva de habilidad, ya que ésta permite ser aprendida y enseñada, lo que brinda grandes posibilidades de aplicación en el ámbito educativo; esto se convierte en una vía para optimizar el bienestar y la calidad de vida de las personas (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990). En cuanto al vínculo entre inteligencia emocional y

<sup>2</sup> Algunas estrategias planteadas por Salovey, Mayer y Caruso (2002): realizar ejercicio físico, escuchar música, interaccionar socialmente o tener distracciones placenteras (pasatiempos, leer, etcétera); otras menos efectivas son las destinadas a la reducción de la presión en términos pasivos (ver televisión, comer o dormir); entre las contraproducentes se encuentran las conductas adictivas (alcohol, drogas) o de evitación.

rendimiento académico los resultados han sido contradictorios, tal vez debido a las dificultades que conlleva operacionalizar la variable de rendimiento académico y por las múltiples metodologías y medidas empleadas en los estudios (Barchard, 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2004; Humphrey, Curran, Morris, Farrell y Woods, 2007; Jiménez Morales y López-Zafra, 2009).

Gil-Olarte, Palomera y Brackett (2006) analizaron la relación entre rendimiento académico y diversas variables: inteligencia general, inteligencia emocional medida con pruebas de ejecución (MSCEIT), personalidad y actitudes sociales-cognitivas. Según sus resultados, una vez que se controla la inteligencia general y los factores de personalidad, la inteligencia emocional muestra una validez predictiva para la cooperación, autoconfianza, liderazgo, dominio, comportamiento prosocial y calificaciones académicas.

Por su parte, Parker, Summerfeldt, Hogan y Majeski (2004) examinaron las calificaciones de los participantes durante la transición del bachillerato a la educación universitaria. De acuerdo con su estudio no hay una correlación significativa entre las calificaciones obtenidas en la educación preparatoria y la inteligencia emocional; no obstante, sí la hallaron entre las calificaciones del primer año de estudios universitarios, la inteligencia emocional medida con autoinforme ( $r = 0.20, p < 0.05$ ) y las habilidades intrapersonales ( $r = 0.27, p < 0.05$ ). Concluyeron que factores como la adaptabilidad ( $r = 0.37, p < 0.05$ ) y el manejo del estrés ( $r = 0.32, p < 0.05$ ) están implicados en el éxito académico en esa etapa escolar.

Pérez-Pérez y Castejón (2006), en una investigación con estudiantes universitarios, encontraron correlaciones significativas ligeras entre el promedio de calificaciones y las

subescalas de atención emocional ( $r = -0.20, p < 0.05$ ), claridad emocional ( $r = 0.16, p < 0.05$ ) y reparación emocional ( $r = 0.17, p < 0.05$ ). Otro estudio relevante es el de Petrides, Frederickson y Furnham (2004), quienes con la intención de explorar los vínculos entre inteligencia emocional (medida con auto reporte), desarrollo académico y existencia de conductas disruptivas en el ámbito escolar, advirtieron que el efecto de la primera persiste incluso después de controlar las variables de personalidad, principalmente en la disminución de conductas desviadas. Referente al nexo con el éxito académico, se descubrió una correlación entre el promedio general y las materias del idioma natal, no así con matemáticas y ciencias.

En contraste, Newsome, Day y Catano (2000) correlacionaron las calificaciones de estudiantes universitarios con habilidades socioemocionales, cognitivas y de personalidad. Con base en sus resultados, una mayor inteligencia académica ( $r = 0.38, p < 0.001$ ), menor extroversión ( $r = 0.24, p < 0.05$ ) y autocontrol ( $r = 0.20, p < 0.05$ ), correspondía a las notas más altas; sin embargo, las habilidades socioemocionales no manifestaron correlación significativa.

Otra serie de estudios explica la concordancia entre la inteligencia emocional y el rendimiento académico, pero no de una manera lineal, sino indirecta, es decir, como un factor mediador entre el desempeño escolar y otras variables. Barchard (2003) exploró dicha asociación obteniendo el rendimiento académico a través de las notas de calificación de los estudiantes. Incluyó medidas de personalidad, de inteligencia emocional (de auto reporte y de ejecución) y de habilidades cognitivas que tienen que ver con el rendimiento académico (habilidades verbales, razonamiento inductivo y visualización).

Al efectuar regresiones múltiples por cada uno de los factores que se correlacionaron, notó que del dominio cognitivo sólo la habilidad verbal ( $r = 0.45, p < 0.01$ ) presentó una validez incremental de 9.2 por ciento; mientras que de los factores de personalidad, la responsabilidad fue la que aportó una validez incremental de 4.5 por ciento ( $r = 0.33, p < 0.01$ ). El área de comprensión emocional de las pruebas de ejecución de inteligencia emocional y la expresividad positiva de las pruebas de autoinforme aportaron 3.5 por ciento de la varianza para el rendimiento académico. Con tales resultados concluyó que la inteligencia emocional puede predecir el éxito académico únicamente cuando han sido controladas las variables cognitivas y de personalidad.

Por su parte, Extremera y Fernández-Berrocal (2001, 2003) han demostrado que el efecto de la inteligencia emocional no es directo en el rendimiento académico, sino que se lleva a cabo mediante el efecto de las habilidades emocionales (específicamente la inteligencia emocional intrapersonal) sobre la salud mental de los estudiantes; al disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva, así como el pensamiento intrusivo, favorece un mejor desempeño académico.

## MÉTODO

*Objetivos.* a) Identificar la correlación entre la inteligencia emocional percibida y el rendimiento académico en estudiantes de bachillerato. b) Determinar la varianza en habilidades emocionales entre los estudiantes que cursan distintos modelos educativos.

*Tipo de estudio.* Descriptivo, correlacional, transversal.

*Participantes.* La muestra fue conformada por 373 alumnos de escuelas preparatorias de la Zona Metropolitana de Guadalajara, pertenecientes al Sistema de Educación Media Superior de la Universidad de Guadalajara. El muestreo se realizó por conveniencia. Los criterios de inclusión fueron que participaran alumnos regulares de la Universidad de Guadalajara de segundo a sexto semestre, y que la colaboración fuera voluntaria.

*Instrumentos.* a) Encuesta sobre características sociodemográficas. Las variables consideradas fueron: género, semestre cursado, turno al que asiste, horas diarias dedicadas al estudio fuera del plantel escolar, promedio de horas de sueño, uso de un método de estudio, escolaridad de ambos padres y trabajo remunerado.

b) Inteligencia emocional percibida *Trait Meta Mood Scale*, (TMMS-24: Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). Versión en castellano adaptada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Es una medida de auto informe de veinticuatro ítems con escala tipo Likert de cinco puntos. Se compone de tres dimensiones: atención a las emociones (habilidad para percibir las de forma precisa), claridad emocional (capacidad para comprender la información orientada a la relación entre las emociones, las transiciones de una a otra, para poder nombrarlas, categorizarlas y usar dicha información) y reparación emocional (habilidad para manejar las propias emociones y las de los demás), las cuales ayudan a evaluar dicha inteligencia. En este estudio se encontraron los siguientes índices de fiabilidad (alfa de Cronbach): atención ( $\alpha = 0.853$ ), claridad ( $\alpha = 0.849$ ) y reparación ( $\alpha = 0.826$ ).

c) Rendimiento académico. Se tomaron en cuenta las calificaciones del semestre anterior; fueron obtenidas a través de los registros facilitados por la Administración de cada una de las escuelas en que se efectuó el estudio. Las calificaciones se agruparon en ejes temáticos (Ciencias formales, Humanidades, Artísticas y Administrativas), se consideró también el promedio general del semestre.

## RESULTADOS

Los datos fueron analizados según el paquete estadístico SPSS v.17.0. Primero se realizó una descripción de la muestra y después los análisis de correlación. Los resultados descriptivos integran tanto el género como el semestre que cursa el participante, la edad promedio, el porcentaje de personas que además de estudiar labora de manera remunerada, el promedio de horas que dedican al estudio, el que se destina en el plantel escolar y el porcentaje de quienes usan deliberadamente determinado método de estudio (tabla 1).

Tabla 1

### *Análisis descriptivo de la muestra*

Semestre	N	Masculino	Femenino	Media (edad)	Trabaja y estudia	Horas de estudio (media)	Uso deliberado de método de estudio
Segundo	114	42%	58%	15.6	18%	1.70	33%
Tercero	61	31%	69%	16.3	33%	1.65	36%
Cuarto	67	40%	60%	16.8	21%	1.70	46%

Semestre	N	Masculino	Femenino	Media (edad)	Trabaja y estudia	Horas de estudio (media)	Uso deliberado de método de estudio
Quinto	76	25%	75%	16.9	25%	2.00	30%
Sexto	55	53%	47%	18	45%	1.56	46%
Total	373	38%	62%	16.6	27%	1.73	37%

Se examinaron algunas variables sociodemográficas destacando el género; en concordancia con otros estudios, se halló que las mujeres presentan puntajes estadísticamente más altos (ANOVA) que los hombres en la subescala de atención  $F(1,373) = 6.252, p < 0.05$ . Asimismo, consiguen calificaciones más altas tanto en el promedio general como en las materias de Humanidades  $F(1,373) = 8.395, p < 0.01$  y Administrativas  $F(1,373) = 4.163, p < 0.05$ . En la siguiente tabla se exponen los resultados de los análisis de correlación intra-escala.

Tabla 2

*Correlación intra escala del tmms-24*

	Atención	Claridad	Reparación
Atención	1	0.335**	0.227**
Claridad	0.335**	1	0.523**
Reparación	0.227**	0.523**	1

\*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

Se hicieron estudios de correlación de las variables sociodemográficas consideradas. Se advirtió un ligero nexo negativo y significativo entre la atención emocional y el hecho de que el participante trabaje y estudie ( $r = 0.136, p < 0.01$ ),

una relación positiva entre esa subescala con el uso deliberado de un método de estudio ( $r = 0.112, p < 0.05$ ) y una correlación ligera y positiva entre la subescala de claridad emocional y el uso de un método de estudio ( $r = 0.122, p < 0.05$ ).

Para cumplir el primer objetivo de esta investigación, se calculó la correlación entre las subescalas del TMMS-24 y las calificaciones adquiridas en los ejes temáticos y el promedio general (tabla 3). Sólo la subescala de atención tuvo ligeras correlaciones con las calificaciones (a excepción de las obtenidas en las Ciencias formales). Se efectuó el cálculo correspondiente con la intención de identificar si las variables sociodemográficas mostraban mayores índices de correlación con el rendimiento académico; se encontró que la variable concerniente a las horas de estudio, se manifiesta positiva con el promedio general ( $r = 0.138, p < 0.01$ ), en los ejes de Ciencias Formales ( $r = 0.135, p < 0.01$ ) y en Humanidades ( $r = 0.108, p < 0.05$ ). Por su parte, se observa una correlación negativa entre el hecho de que el participante trabaje y sus calificaciones en las áreas de Humanidades y Artísticas.

Tabla 3

*Correlación entre las variables de rendimiento académico y las subescalas del tmms-24*

	<i>Atención</i>	<i>Comprensión</i>	<i>Reparación</i>
Promedio General	0.134**	0.011	-0.066
Ciencias Formales	0.058	-0.044	-0.065
Humanidades	0.121*	-0.021	-0.039
Artísticas	0.177*	0.058	-0.099
Administrativas	0.266*	-0.015	-0.186

\*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

Es importante recalcar que aunque las correlaciones son ligeras, son estadísticamente significativas entre la escolaridad de los padres y el rendimiento académico (tabla 4).

Tabla 4

*Correlación entre las variables sociodemográficas y rendimiento académico general y por ejes temáticos*

	Ciencias formales	Humanidades	Artísticas	Administrativas	Promedio general
Horas de estudio	0.135**	0.108*	0.132	0.098	0.138**
Método de estudio	0.041	-0.008	0.034	-0.019	0.027
Trabajo	-0.031	-0.126*	-0.172*	0.124	-0.080
Escolaridad del padre	0.063	0.109*	0.108	0.012	0.108*
Escolaridad de la madre	0.034	0.161**	0.178*	0.074	0.120*

\*\*  $p < 0.01$  \*  $p < 0.05$

Por último, para establecer si el sistema de competencias se asocia con mayores puntuaciones en inteligencia emocional, se llevó a cabo un Análisis de Varianza (ANOVA) entre los estudiantes que cursaron sus materias con el Modelo educativo tradicional y los que pertenecen al de competencias. Según los resultados, hay diferencias estadísticamente significativas sólo en la subescala de comprensión emocional  $F(1,372) = 3.908, p < 0.05$ .

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados indican correlaciones ligeras en el rendimiento académico, la subescala de atención emocional y características sociodemográficas como la escolaridad de los padres, el hecho de que el participante se desempeñe además en actividades remuneradas y el tiempo adicional al horario de clases que destina al estudio. Tales aspectos confirman la dificultad para operacionalizar la variable rendimiento académico al ser un constructo multidimensional. Los resultados obtenidos en el Análisis de Varianza por el modelo educativo cursado por los participantes, evidencia ligeras pero estadísticamente significativas diferencias en la comprensión de las emociones.

La relación entre inteligencia emocional y rendimiento académico ha sido polémico; los resultados son contradictorios debido a la dificultad para homologar la variable de rendimiento, así como a los modelos abordados en la construcción de tal inteligencia. La mayoría de los estudios, incluido el presente, estima como indicador para el rendimiento las notas de los estudiantes; no obstante, debe considerarse que las calificaciones son un constructo multidimensional y que es posible que estén influidas por factores ajenos al estudiante. Debe puntualizarse que las concepciones tradicionales que aún prevalecen acerca de los criterios de evaluación del desempeño, y que corresponden más a habilidades cognitivas que a competencias socioafectivas, son un elemento que puede explicar los resultados en el contexto mexicano, los cuales contrastan con los obtenidos en otros países.

Según el análisis, se hallaron bajas correlaciones y sólo en una de las subescalas, lo que coincide con otros

autores sobre la posibilidad de que la inteligencia emocional es más un factor mediador que un determinante del rendimiento académico (Barchard, 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2001; Extremera y Fernández-Berrocal, 2003). Identificar dichos factores apoyaría en la argumentación de la incorporación de materias y unidades de aprendizaje que hagan énfasis en el desarrollo de habilidades de vida. Es necesario resaltar que los alumnos que ya cursan su currícula dentro del Modelo por competencias, están logrando mejores resultados en el área de comprensión emocional; se espera entonces que ante la consolidación del modelo y de sus mecanismos de evaluación, el vínculo entre las habilidades emocionales y el rendimiento académico también se solidifiquen.

### *Limitaciones y prospectiva de investigación*

Uno de los elementos limitantes y que pueden interferir en los resultados, es que al momento de tomar la muestra había en el Sistema de Educación Media Superior de la Universidad de Guadalajara dos planes de estudios vigentes, ya que recién se incorporó la modalidad por competencias, cuyos procesos de evaluación difieren de los considerados en la evaluación tradicional. Por este motivo se sugiere repetir el estudio cuando todos los estudiantes del bachillerato pertenezcan al sistema de competencias; que reúne además los procesos de competencias transversales y de habilidades para la vida que pueden relacionarse más con el constructo de la inteligencia emocional. Se propone incluir a la vez elementos como factores de personalidad y variables cognitivas, con la intención de comparar los actuales resultados con los

de otras investigaciones. Finalmente se aconseja la utilización de medidas de ejecución en contraste con las de autoinforme.

Un elemento más de análisis es que, con fundamento en los resultados, existe una relación de las calificaciones con el número de horas dedicadas al estudio, lo que indica que todavía prevalecen mecanismos tradicionales de aprendizaje en contra de la interiorización de habilidades de comprensión cognitiva. Vale la pena referir que el reconocer que se usa un método de estudio no correlacionó con las calificaciones, por lo que habría que cuestionar la eficiencia de los métodos.

Es indispensable hacer énfasis en la importancia de la inclusión a nivel curricular de elementos que auxilien en el desarrollo de habilidades emocionales, que impacten en áreas de la personalidad y la salud mental. De esta manera favorecerán indirectamente no sólo el rendimiento académico, sino los factores asociados a la inteligencia emocional como mejora en la calidad y cantidad de vínculos interpersonales, disminución de las conductas disruptivas y estados psicopatológicos, disminución de las conductas adictivas e involucramiento en actividades de riesgo, eficiente toma de decisiones, así como resolución de problemas cotidianos para que la totalidad de elementos impacte en la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes.

## REFERENCIAS

- Austin, E., Evans, P., Goldwater, R. & Potter, V. (2005). A preliminary study of emotional intelligence, empathy and exam performance in first year medical students. *Personality and Individual Differences*, 39, 1395–1405.
- Austin, E., Saklofske, D. & Egan, V. (2005). Personality, wellbeing and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 547–558.
- Barchard, K. (2003). Does emotional intelligence assist in the prediction of academic success? *Educational and Psychological Measurement*, 63(5), 840–858.
- Brackett, M., Mayer, J. & Warner, R. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behavior. *Personality and Individual Differences*, 36, 1387–1402.
- Brackett, M. y Salovey, P. (2004). La evaluación de la inteligencia emocional con el MSCEIT. En Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2007), *Manual de Inteligencia Emocional*. Madrid: Pirámide.
- Ciarrochi, J. Chan, A. & Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105–1119.
- Cooper M., Shaver, P. & Collins, N. (1998). Attachment styles emotional regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380–1397.
- Delors, J. (Coord.) (1996). La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2001). ¿Es la inteligencia emocional un adecuado predictor del rendimiento académico en estudiantes? En *Libro de actas de las III Jornadas de Innovación Pedagógica, Inteligencia Emocional, una*

- brújula para el siglo XXI (pp. 146–157). Granada: Universidad de Granada.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de educación*, (332), 97–116.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004). El papel de la inteligencia emocional en el alumnado: evidencias empíricas. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 6(2).
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2004a). Inteligencia Emocional, calidad de las relaciones interpersonales y empatía en estudiantes universitarios. *Clínica y salud*, 15(2), 5–26.
- Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2005). La Inteligencia Emocional y la educación de las emociones desde el modelo de Mayer y Salovey. *Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado*, 19(3), 63–93.
- Fernández-Berrocal, P. & Extremera, N. (2008). A review of trait meta mood research. *International Journal of Psychology Research*, 2(1), 39–67.
- Fernández-Berrocal P., Extremera, N. & Ramos N. (2004). Validity and reliability of the spanish modified version or the Trait Meta Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2) 421–436.
- Gil-Olarte, M., Palomera, R. & Brackett, M. (2006). Relating emotional intelligence to social competence and academic achievement in high school students. *Psicothema*, 18(Supl), 118–123.
- Humphrey, N., Curran, A., Morris, E., Farrell, P. & Woods, K. (2007). Emotional intelligence and education: a critical review, *Educational Psychology*, 27(2), 235–254.

- Jiménez Morales, M. y López-Zafra, E. (2009). Inteligencia emocional y rendimiento escolar: estado actual de la cuestión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(1), 69–79.
- Mayer, J., Roberts, R. y Barsade, S. (2008). Human abilities: emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507–536.
- Mayer, J. & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En Mestre y Fernández-Berrocal (2007), *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En Sternberg, R.J. (2000), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 396–420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J., Salovey, P. & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: theory, findings, and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197–215.
- Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2007). *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Pirámide.
- Newsome, S., Day, A. & Catano, V. (2000). Assessing the predictive validity of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 1005–1016.
- Parker, J., Summerfeldt, L., Hogan, M. & Majeski, S. (2004). Emotional intelligence and academic success: examining the transition from high school to university. *Personality and Individual Differences* 36, 163–172.
- Pérez Pérez, N. y Castejón, J. (2006). Relaciones entre la inteligencia emocional y el cociente intelectual con el rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción IX* (22). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero22/article6/numero%2022%20article%206%20RELATIONS.pdf>
- Petrides, K., Frederickson, N. & Furnham, A. (2004). The role of trait emotional intelligence in academic performance and

- deviant behavior at school. *Personality and Individual Differences*, 36, 277–293.
- Salovey, P., Brackett M. & Mayer J. (2004). *Emotional intelligence: key readings on the Mayer and Salovey model*. New York: National Professional Resources.
- Salovey, P. y Grewal, D. (2006). Inteligencia emocional. *Revista Mente y Cerebro* (16), 14–15.
- Salovey, P. & Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211.
- Salovey, P. Mayer, J. & Caruso, D. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En Snyder, C. y López, S. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 159–171). New York: Oxford University Press.
- Salovey, P. Mayer, J. & Caruso, D. (2004). Emotional intelligence: theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15(3), 197–215.
- Salovey, P., Mayer, J., Goldman, S., Turvey, C. & Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta–Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, Disclosure and Health* (pp. 125–154). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiler J. & Steward W. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110–121.
- Salovey, P., Stroud, L., Woolery, A. & Epel, E. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: further explorations using the Trait Meta–Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611–627.



Estrés en el ámbito académico.  
Estudio comparativo en estudiantes  
de licenciatura de un Modelo  
Educativo Tradicional e Innovador



SARA LIDIA PÉREZ RUVALCABA

CARLOS DAVID SOLORIO PÉREZ

CLAUDIA LETICIA YÁÑEZ VELAZCO

EVELYN IRMA RODRÍGUEZ MORRIL

Universidad de Colima

MARÍA ELENA VIDAÑA GAITÁN

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

CRISTINA GONZÁLEZ

Universidad Nacional de Córdoba



## RESUMEN

Con el objetivo de determinar el significado del estrés entre estudiantes inmersos en un Modelo Educativo Tradicional (MET) e Innovador (MEI), se aplicaron redes semánticas naturales a 120 estudiantes de la Facultad de Psicología (MEI) y 95 de Pedagogía (MET) de la Universidad de Colima, México. Se analizaron los valores  $M$ ,  $J$  y el conjunto SAM de las respuestas a las palabras estímulo: estrés, estrés académico y estrategias de afrontamiento al estrés, tomando como eje el Modelo Educativo a que pertenecían los participantes.

Se encontró que los eventos con mayor nivel de estrés en estudiantes en el MEI fueron la investigación, el aprendizaje y la adaptación al modelo; mientras que en el MET, las tareas, los profesores y las materias. Las estrategias utilizadas para amortiguar el impacto de su estrés académico les permite manejarlo al 100 por ciento en el caso del MEI y al 25 por ciento concerniente a los del MET.

Concluye que las fuentes de estrés relacionadas con el aprendizaje y la adaptación al modelo de aprendizaje son percibidas por el MEI exclusivamente como autorregulables; aspecto que abre una línea de investigación vinculada con la metodología del MEI, ya que al parecer la auto responsabilidad del aprendizaje significativo, las estrategias de adquisición de conocimiento a través de la investigación teórico-metodológica-técnica, consulta a expertos, decisiones basadas en evidencias y contextualización de la realidad, proporcionan en sí mismas las estrategias de afrontamiento necesarias para percibir el autocontrol de situaciones de estrés académico.

*Palabras clave:* estrés académico, Modelo Educativo Tradicional, Modelo Educativo Innovador.

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito educativo habrán de desarrollarse y demostrarse con destreza y pericia las habilidades intelectuales, sociales y personales adquiridas. Considerándose que el proceso de aprendizaje cuenta con un periodo de adquisición de conocimientos, otro de almacenamiento o consolidación y uno más de recuperación, toda institución de educación media superior sin importar si su método educativo es de corte tradicional o innovador, tendrá que asegurar su cumplimiento.

Como el ingreso, mantenimiento y egreso de una institución educativa produce estrés académico (Barraza y Silero, 2007), los estudiantes se ven sometidos a situaciones ante las cuales generan y exacerban síntomas que impactan en su salud físico-emocional y rendimiento académico, que tratan de amortiguar con estrategias que han adquirido al afrontar o identificar otras situaciones estresantes y que proporcionan resultados satisfactorios.

Al estudiar el estrés académico debe tenerse especial atención en la percepción de las tres dimensiones descritas por Lazarus y Folkman (1991): fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento. Resaltan los estudios realizados por Domínguez et al. (2002), en la Universidad Nacional Autónoma de México; de Barraza (2004), en la Universidad de Durango; de Pérez, Márquez, García y Solorio (2006) y Pérez (2010), en la Universidad de Colima; quienes han evaluado la percepción del estrés con instrumentos

de escalas tipo likert, sin enfatizar el modelo educativo en el que están adscritos sus participantes.

Cualquier estudiante inscrito a una institución educativa habrá de afrontar el estrés que le genere, utilizando estrategias particulares en función a su idiosincrasia, experiencia, personalidad y posiblemente tipo de método educativo en el que se halle inmerso. La primicia de la investigación radica por un lado en considerar tanto el Modelo Educativo Tradicional como el Innovador, y por otro evaluar la percepción del estrés en el ámbito académico a través de redes semánticas.

El objetivo fue determinar el significado de estrés, estrés académico y estrategias de afrontamiento que manifiestan los estudiantes de licenciatura, se hace la diferenciación de su percepción entre los que se encuentran en el MET y en el MEL. Para lograrlo se aplicó la metodología de redes semánticas naturales, porque permiten describir el significado psicológico que tiene el individuo sobre el tema a investigar (Valdez, 1998), lo que piensa de su realidad social y las asociaciones e interconexiones que lleva a cabo entre varios conceptos. Para Moreno (1999) tal denotación tiene una función mediadora entre el objeto y las conductas, por lo que según Valdez (1998), con dicha metodología se logrará identificar las creencias, valores, actitudes y conductas inherentes a su cultura.

## MARCO TEÓRICO

En todo sistema educativo, sea tradicional o innovador, los estudiantes se verán sometidos a una valoración de los conocimientos adquiridos; así obtendrán una califi-

cación emitida en función a las habilidades esperadas. En un MET la evaluación o recuperación del aprendizaje debe ser puntual en forma y tiempo, y distinguirse por ser una evaluación de producto. A diferencia de ello, en un MEI el estudiante reconoce y asume que la evaluación es de proceso, por lo que es sometido a ella de manera continua así como al estrés que trae consigo (Pérez, Yáñez, Núñez, García y Solorio, 2005; Pérez y Solorio, 2006). Aunque no se descarta la idea de que los alumnos inscritos en el primero también lo perciban.

En ambos modelos, los resultados numéricos emitidos como calificación se compararán y correlacionarán con el grado de dominio promedio y la calidad esperada. Tal valoración ha sido identificada como una de las tres dimensiones del estrés. Con ello se atribuye la percepción a la condición de que la calificación obtenida permitirá al alumno continuar o no al siguiente nivel académico.

Debido a que la evaluación en los MEI es de proceso, el estudiante se ve involucrado en un estrés continuo que por generarse al interior de un procedimiento de enseñanza-aprendizaje se torna de carácter académico; lo que en sí mismo establece la posibilidad de la existencia de las diferencias en el significado del estrés entre aquellos inmersos bajo un modelo y el otro.

Puesto que el estrés es una experiencia altamente subjetiva (Norlander, von Schedvin y Archer, 2005), resultado de la evaluación de daño/pérdida (evaluación de hechos consumados), amenaza (anticipación a los eventos) o desafío (posibilidad de perder-ganar), que realiza el individuo en función a su entorno y que desborda sus recursos de afrontamiento y por tanto impacta en

su salud (Lazarus y Folkman, 1986), el estudiante dentro de cualquier modelo habrá de contar con herramientas biopsicosociales que le permitan abatir su impacto en el ambiente académico. Ahora bien, para proporcionarle una adecuada intervención, es prioritario conocer la manera en que concibe el estrés.

Como se sabe, ante una situación estresante el individuo presenta respuestas fisiológicas, conductuales, cognitivas y emocionales (Ortega, Ortiz y Coronel, 2007); de ese modo se activa el sistema neuroendocrino, el neuro–autónomo y se generan emociones negativas (Sandín, 2003) que se reducirán/manejarán al ejercer estrategias de afrontamiento al estrés. Éstas podrán ser de índole conductual o cognitivo, emocional, dirigidas hacia el manejo, tolerancia, reducción o minimización de sus efectos físicos o emocionales (Omar, 1995).

La activación físico–emocional que detona el estrés facilita la manifestación de síntomas. Dentro de los reportados por estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México se encuentran: taquicardia, manos y pies fríos, insomnio, frío o mariposas en el estómago, sudor en las manos, temblor en manos y piernas, dolor de cabeza y piernas, gastritis, colitis, dermatitis, falta de concentración, resequedad en la boca, problemas respiratorios, falta de apetito, ingesta excesiva de alimentos, diarrea, estreñimiento y dolor de nuca (Domínguez et al., 2000); síntomas que se agudizarán de acuerdo con la frecuencia y mantenimiento en que el estudiante quede expuesto ante la situación evaluada como estresante. Lo anterior es directamente proporcional a las características del estrés que según Leza son agudo, crónico o persistente (2005).

Si el alumno genera estrés ante las situaciones académicas difíciles de controlar, y las estrategias que utiliza para amortiguar sus efectos biológicos, psicológicos y sociales no le proporcionan el bienestar esperado, posiblemente advertirá un estrés permanente en ese medio, sin importar el tipo de modelo en el que se encuentre. Los profesionales insertos en un MEI, como es el caso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Colima, han identificado que en particular en el último semestre (décimo), el Examen General de Egreso a la Licenciatura (EGEL) es un estresor para los estudiantes al cual reaccionan evadiendo.

El tema del estrés en el ámbito académico ha sido analizado en alumnos de licenciatura. Se ha evaluado en universitarios españoles (Polo, Hernández y Poza, 1996). Los estilos de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Habana, Cuba (Navarro y Romero, 2000; Román, Ortiz y Hernández, 2008). El uso de tales estrategias en periodos de exámenes y los síntomas somáticos en españoles universitarios (Viñas y Caparrós, 2000). Las técnicas ante exámenes en estudiantes de educación media y superior en Sinaloa, México (Arita, 2001; Arita y Sánchez, 2000). El estrés académico en alumnos de educación media superior (Barraza y Silero, 2007). Las fuentes, síntomas y estrategias de afrontamiento ante exámenes finales de inglés (Pérez, Yáñez, Núñez, García y Solorio, 2005).

Se han llevado a cabo estudios en los que la forma de obtener los resultados ha sido por medio de cuestionarios dirigidos a determinar una o más de las dimensiones del estrés. En la presente investigación el método fue a través de redes semánticas naturales, con el fin de iden-

tificar la percepción del significado del estrés en estudiantes de licenciatura, diferenciándola en función a las condiciones, es decir, si se trata de un Modelo Educativo Tradicional o Innovador. Un antecedente del tópico es el estudio de la representación semántica del estrés de Jiménez, González, Mora y Gómez (1995).

## MÉTODO

### *Objetivo general*

Establecer las diferencias en el significado del estrés, estrés académico y estrategias de afrontamiento entre estudiantes inmersos en un Modelo Educativo Tradicional y uno Innovador.

### *Criterios de exclusión*

a) Estudiantes que estén realizando servicio social constitucional o prácticas profesionales, ya que las condiciones en las que se encuentran con relación a su ejercicio profesional son distintas al resto de los alumnos.

b) Estudiantes repetidores de materias o semestre.

### *Muestra*

Los participantes fueron seleccionados mediante el método probabilístico denominado Estratificado Proporcional, pues permitió extraer una muestra de forma aleatoria donde la población objeto de estudio tuvo la misma oportunidad de ser incluida (Coolican, 1997). El resulta-

do fue una población de 120 estudiantes (35 por ciento de la población) de la Facultad de Psicología, ubicada en el Campus Central en Colima, con un Modelo Educativo Innovador llamado CIACE (Currículo Integrado de Aprendizaje Centrado en el Estudiante); 95 (35 por ciento de la población) de la Facultad de Pedagogía, ubicada en el Campus de Villa de Álvarez en el mismo estado, con un Modelo Educativo Tradicional.

## PROCEDIMIENTO

Siguiendo la metodología de Figueroa, González y Solís (1981), se solicitó plasmar el significado atribuido a las palabras «estímulo» de estrés, estrés académico y estrategia de afrontamiento al estrés, a la muestra extraída de estudiantes de la Facultad de Pedagogía y la de Psicología. Se les proporcionaron tres hojas a los participantes, cada una con alguna de esas palabras. En seguida se les solicitó escribir cinco que permitieran definirlas y clasificarlas de menor a mayor respecto a su carácter descriptivo.

Con las palabras de cada grupo de estudiantes se halló el valor  $J$  al sumar el total de las palabras generadoras ante la palabra estímulo. Se consiguió el valor  $M$  al jerarquizar el valor de importancia registrado por el estudiante (1 al 5), obteniéndose el peso semántico; por último, se extrajo el conjunto  $SAM$ , compuesto por las diez palabras con el valor  $M$  más alto, a fin de conformar la composición nuclear del significado de las palabras estudiadas. Posteriormente se efectuaron las comparaciones derivadas de ambos grupos, el MET y el MEL.

## RESULTADOS

Los resultados se expondrán en tres apartados, uno dirigido al significado psicológico del estrés, otro del estrés académico y uno más para las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes en esta investigación, diferenciándose las respuestas de los estudiantes dentro de un MET de las de los del MEI.

### *Significado del estrés*

Ante la palabra estímulo «estrés», los estudiantes en el Modelo Educativo Tradicional reportaron menos palabras definidoras (142) que los que pertenecen al Modelo Educativo Innovador (210). Coinciden en las siguientes palabras: ansiedad, tensión, cansancio, presión, desesperación, dolor de cabeza y preocupación; enfermedad, nerviosismo, enojo y angustia se manifestaron sólo en el grupo del MET. La palabra cansancio en estudiantes del MET y ansiedad en los del MEI obtuvieron más peso semántico, lo que apunta que el mayor consenso de la palabra definidora del estrés es el cansancio (156) y la ansiedad (153) respectivamente (tabla 1).

Tabla 1

*Resultado de la red semántica ante la palabra estímulo: estrés*

MET		MEI	
J = 142	Valor M	J = 210	Valor M
<i>Cansancio</i>	156	<i>Ansiedad</i>	153
<i>Presión</i>	115	<i>Tensión</i>	113

MET		MEI	
J = 142	Valor M	J = 210	Valor M
<i>Desesperación</i>	112	<i>Cansancio</i>	82
Enfermedad	75	<i>Presión</i>	81
<i>Tensión</i>	67	<i>Desesperación</i>	73
Nerviosismo	66	<i>Dolor de cabeza</i>	69
<i>Dolor de cabeza</i>	65	<i>Preocupación</i>	63
Enojo	56		
Angustia	50		
<i>Preocupación</i>	48		

Palabras asociadas al «estrés», se indica la concordancia en la percepción del estrés (que se resalta con cursivas), y se diferencia la opinión entre los estudiantes en el Modelo Educativo Tradicional y el Innovador.

### *Significado del estrés académico*

Ante la palabra estímulo «estrés académico», los participantes que pertenecían al Modelo Educativo Tradicional mostraron menos definidoras (136 palabras) que los del Innovador (201). Coincidieron en presión, desesperación y tareas; esta última tuvo el mayor peso semántico, tanto para estudiantes en el MET (271), como en el MEI (175), lo que sugiere que en consenso es un estresor académico para los alumnos del MET. Las calificaciones y los profesores fueron exclusivamente señalados por estudiantes del MET, quienes expresaron que los exámenes están asociados a su estrés académico; a diferencia de los del MEI, que vincularon las evaluaciones al estrés académico (tabla 2).

Tabla 2

*Resultado de la red semántica ante la palabra estímulo: estrés académico*

MET		MEI	
J = 136	Valor M	J = 201	Valor M
<i>Tareas</i>	271	<i>Tareas</i>	175
<i>Exámenes</i>	154	<i>Evaluación</i>	140
<i>Presión</i>	92	<i>Presión</i>	88
<i>Calificaciones</i>	67	<i>Ansiedad</i>	82
<i>Profesores</i>	62	<i>Tiempo</i>	71
<i>Desesperación</i>	61	<i>Desesperación</i>	61
<i>Cansancio</i>	49	<i>Preocupación</i>	53
<i>Nerviosismo</i>	33	<i>Cansancio</i>	52

Palabras asociadas al «estrés académico», se indica la concordancia en la percepción del estrés (que se resalta con cursivas) y se diferencia la opinión entre los estudiantes en el Modelo Educativo Tradicional y el Innovador.

### *Significado psicológico de las estrategias de afrontamiento*

Ante la palabra estímulo «estrategias de afrontamiento», los participantes dentro del Modelo Educativo Innovador presentaron menos definidoras (180 palabras) que los del Tradicional (125). Son diversas las acciones en las que coinciden para amortiguar su estrés: relajarse, hacer deporte, descansar y organizarse. Cabe advertir que éstas son las únicas opciones que manifiestan los estudiantes del MEI, lo cual supone que para los del MET es indispensable realizar más acciones, incluyendo salir/pasear, tranquilizarse y platicar. El término relajarse en estudiantes del MEI fue la que tuvo mayor peso semán-

tico (230), mientras que para los del MEI la más alta fue hacer deporte (172) (tabla 3).

Tabla 3

*Resultado de la red semántica ante la palabra estímulo: estrategias de afrontamiento al estrés*

MET		MEI	
J = 125	Valor M	J = 180	Valor M
<i>Hacer deporte</i>	172	<i>Relajarse</i>	230
<i>Relajarse</i>	142	<i>Hacer deporte</i>	124
<i>Descansar</i>	106	<i>Descansar</i>	75
Salir/pasear	72	<i>Organizarse</i>	49
Organizarse	69		
Tranquilizarse	56		
Platicar	42		

Palabras asociadas a las «estrategias de afrontamiento al estrés», se indica la concordancia en la percepción del estrés (que se resalta con cursivas), y se diferencia la opinión entre los estudiantes en el Modelo Educativo Tradicional y el Innovador.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los estudiantes del MEI vincularon al estrés los síntomas físicos de tensión, cansancio, dolor de cabeza; los síntomas cognoscitivos de preocupación, presión y desesperación. Los del MET, además de éstos, al síntoma emocional de enojo. Ambos grupos coincidieron en las acciones para amortiguar su estrés: relajarse, organizarse, hacer deporte y descansar. Las dos primeras estrategias adaptativas son viables de utilizar a tiempo y las otras dos es-

tán encaminadas a reducir la activación que les causa su estrés y a consecuencia de ello a no manejarlo. Tales técnicas son las únicas empleadas por los alumnos del MEI, para los del MET es indispensable también salir/pasear, tranquilizarse y platicar; con excepción de tranquilizarse, las demás se orientan a evadir el problema.

No obstante que los estudiantes en el Modelo Educativo Innovador señalan menos estrategias de afrontamiento, establecen que con ellas logran amortiguar su estrés académico en un 100 por ciento; en cambio, los del Modelo Tradicional sólo lo consiguen en un 25 por ciento, quizá por el carácter de evasión de algunas de las estrategias que emplean.

Ninguna de las definidoras ante la palabra «estrés» expresadas tanto por los estudiantes en el Modelo Educativo Tradicional (diez), como por los del Modelo Educativo Innovador (siete), se relacionan con su estrés académico. En cambio, ante el término «estrés académico» se denota claramente su estrecho vínculo con el proceso de enseñanza-aprendizaje con las definidoras de exámenes, calificaciones y profesores, referidas por los alumnos del MET, y las evaluaciones para los del MEI. Debido a lo anterior es pertinente realizar estudios sobre estrés que impacten directamente en el ámbito académico, además de diseñar instrumentos que así lo permitan.

En ese sentido, las definidoras de la palabra «estrés» mostraron tres elementos sustanciales: *a)* Estresores como la enfermedad; *b)* Síntomas físico/emocionales como el cansancio, tensión, nerviosismo, dolor de cabeza, ansiedad, desesperación, enojo, angustia; *c)* Eventos que pueden ser fuentes o síntomas como la presión y preocupación. Por su peso semántico se demostró que para to-

dos los estudiantes, la tarea es el evento con la mayor representatividad del estrés académico, con un valor de 271 para los inscritos en el Modelo Educativo Tradicional, y de 175 para los del Innovador.

Las calificaciones y profesores fueron señalados por los estudiantes del MET, quienes asientan que los exámenes se asocian a su estrés académico. A diferencia de ello, los del MEI lo determinan como evaluaciones, lo cual se relaciona directamente con el léxico que se maneja al interior del Modelo Educativo Innovador; esto es un indicador de la existencia de diferencias de percepción del estrés académico en función al modelo en que se hallen los estudiantes, por lo que es necesario ampliar las investigaciones al respecto. Es probable que la percepción de mayor control del estrés se vincule con la conjunción entre el tipo de estresores y las herramientas educativas que proporcionan los modelos educativos, tema para futuras investigaciones.

## DISCUSIÓN

Otras investigaciones donde se han empleado redes semánticas en el ámbito educativo, como la efectuada por Murillo y Becerra (2009), coinciden con los resultados de ésta al argüir que existen focos de tensión dentro del contexto del aprendizaje. Cabe agregar que en el presente análisis, los estudiantes dentro del Modelo Educativo Innovador manifestaron mayor control del estrés académico que los del Tradicional.

Como los exámenes fueron definidores del estrés académico sólo para los estudiantes en el Modelo Educativo Tradicional, y las tareas para los de ambos modelos,

es posible advertir que los del Modelo Educativo Innovador han adquirido estrategias cognitivas para reestructurar el significado de la evaluación, ya que en éste es de proceso. Ello se corrobora con los estudios realizados con alumnos de licenciatura bajo un Modelo Educativo Tradicional, donde los exámenes se encuentran dentro de los tres primeros estresores (Domínguez et al., 2002). Para Polo, Hernández y Poza (1996) los exámenes y las tareas son las dos principales fuentes de estrés; mientras que para Núñez, García, Solorio y Yáñez (2005), lo son los exámenes finales (de inglés y egreso a la licenciatura).

De los síntomas asociados al estrés, tales como trastornos cardiovasculares, deterioro del sistema inmunológico, ansiedad, depresión e incremento en el consumo de drogas —señalados como resultado en investigaciones llevadas a cabo por McEwen (2002)—, aquí únicamente se encontró la definidora de ansiedad en los estudiantes insertos en el Modelo Educativo Innovador; con un peso semántico de 158 ante la palabra «estrés» y uno de 82 del término «estrés académico». Según lo expuesto es indispensable estudiar y proporcionar herramientas para su manejo como medida preventiva.

Debe considerarse el hecho de que ingresar, mantenerse y egresar de una institución educativa inevitablemente produce estrés académico (Barraza y Silero, 2007). De acuerdo con el impacto del estrés sobre el proceso homeostático (como se citó en Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003), la rutina comportamental (tema de interés de Núñez, Tobón, Vinaccia y Arias, 2006) y los resultados obtenidos en este estudio, es prioritario establecer las estrategias de entrenamiento en el manejo del estrés en el ámbito educativo a nivel licenciatura.

Se coincide con Domínguez et al. (2002) en que hacer deporte es una estrategia de afrontamiento de los estudiantes en el MET, pues en este análisis tuvo un peso semántico de 172. Es importante mencionar que los participantes en el MEI también lo realizan con el fin de amortiguar su estrés, con un peso semántico de 124; ello debido a que la Universidad de Colima promociona la práctica de deporte en sus alumnos.

De acuerdo con los resultados de la investigación, las tareas y el aprendizaje son cuestiones educativas que los alumnos del Modelo Educativo Innovador tienen la responsabilidad de llevar a cabo, y por tanto perciben mayor control sobre ellas que los del Modelo Tradicional. Al respecto, Moriana y Herruzo (2004) apuntan que una mayor autoconciencia y un mayor nivel de autocontrol y eficacia pueden ser factores protectores frente al estrés.

Es interesante el hecho de que ningún estudiante, sin importar el Modelo Educativo perteneciente, relacionó ante las expresiones «estrés» y «estrés académico», fuentes o síntomas conductuales como trabajar en exceso, morderse las uñas, mover manos o pies, ingesta o evitación de comida; las cuales han sido reportadas por alumnos de licenciatura antes de someterse al estresor del Examen General de Egreso (Pérez, Márquez, García y Solorio, 2006).

## CONCLUSIONES

El estrés académico se presenta tanto en los estudiantes inmersos en el Modelo Educativo Innovador como en el Tradicional. Los resultados de la aplicación de las re-

des semánticas contribuyen a establecer diferencias en la percepción de los estudiantes hacia el estrés, según el Modelo Educativo en que encuentren inscritos.

Es posible que el escaso éxito (25 por ciento) reportado por alumnos del Modelo Educativo Tradicional, se deba a que emplean estrategias de afrontamiento dirigidas a la evasión o reducción de la activación, ante estresores que poco control pueden ejercer al mismo, como lo es el profesor. Por lo anterior, habrá de trabajarse directamente en la reestructuración de eventos estresantes en el ámbito académico.

Con base en el análisis, los elementos propios de la metodología del Modelo Educativo Innovador en el que están inmersos los estudiantes de Psicología de la Universidad de Colima (auto responsabilidad del aprendizaje significativo, técnicas de adquisición de conocimiento a través de investigación teórico–metodológica–técnica, consulta a expertos, decisiones basadas en evidencias y contextualización de la realidad), proporcionan las estrategias de afrontamiento necesarias para reestructurar el significado del profesor por el de facilitador–guía del aprendizaje, y no de estresor. De igual modo, se restablece el significado del examen por el de evaluación continua, donde se realiza la auto–evaluación y, por tanto, la autopercepción del control de su propio proceso.

## REFERENCIAS

- Arita, B. (2001). Ansiedad y síntomas de estrés en estudiantes universitarios. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(6), 297–302.
- Arita, B. y Sánchez, O. (2000). Afrontamiento del estrés en estudiantes de bachillerato. *Revista Enseñanza e Investigación en Psicología*, 2(5), 277–288.
- Barraza, A. (2004). El estrés académico en los alumnos de Postgrado. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-barraza.01.htm>
- Barraza, A. y Silero, J. (2007). El estrés académico en alumnos de educación media superior: un estudio comparativo. *Investigación Educativa*, 7, 48–65.
- Coolican, H. (1997). *Métodos de investigación y estadística en psicología* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Domínguez, B., Valderrama, P., Olvera, Y., Pérez, S., Cruz, A. y González, L. (2002). *Manual para el taller teórico-práctico de manejo del estrés*. México: Plaza y Valdés.
- Figuroa, J.G., González, E. y Solís, V. (1981). Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13(5), 447–458.
- Jiménez, J., González, C., Mora, J. y Gómez C. (1995). Acercamiento a la representación semántica del concepto «estrés» en adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 18(1), 45–49.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca.
- Leza, J. (2005). Mecanismos de daño cerebral inducido por estrés. *Ansiedad y Estrés*, 11(2–3), 123–140.
- McEwen, R. (2002). *The end of stress as we know it*. Washington, D.C.: Dana Press y Joseph Henry Press.
- Moreno, C. (1999). Significado psicológico relativo a la educación ambiental. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 1(1), 92–109.

- Moriana, J.A. y Herruzo, J. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 597–621.
- Murillo, P. y Becerra, S. (2009). Las percepciones del clima escolar por directivos, docentes y alumnado mediante el empleo de «redes semánticas naturales». *Revista de Educación*, (350), 233–234.
- Navarro, M. y Romero, D. (2000). Acercamiento al estrés en una muestra de estudiantes de medicina. Recuperado de <http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/trabajos/estresII.html>
- Norlander, T., von Schedvin, H. & Archer, T. (2005). Thriving as a function of affective personality: relation to personality factors, coping strategies and stress. *Anxiety, Stress, and Dop- ing*, 18(2), 105–116.
- Núñez, R., Tobón, S., Vinaccia, A. y Arias, H. (2006). Diseño de un modelo de intervención psicoterapéutica en el VIH/sida a partir del enfoque procesual del estrés. *Suma Psicológica*, 13(2), 105–116.
- Omar, A. (1995). *Stress y doping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Ortega, H. Ortiz, V. y Coronel B. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5–16.
- Pérez, S. (2010). Caracterización del estrés en estudiantes de licenciatura, Colima, México y Córdoba, Argentina. *Revista Mexicana de Psicología*, número especial octubre, 681–684.
- Pérez, S., Yáñez, C., Núñez, A., García, M. y Solorio, C. (2005). Aplicación de realidad virtual en el manejo del estrés ante exámenes académicos de inglés como segunda lengua. En J. Rodríguez y J. González (Eds.), *Memorias del XIX Foreign Lan- guage University Specialists Forum*. Colima.

- Pérez, S. y Solorio, C. (2006). Estrategias de afrontamiento al estrés en el proceso Tutoría ABP. Primer encuentro sobre ABP, Colima.
- Pérez, S., Márquez, V., García, M. y Solorio, C. (2006). Realidad virtual y biofeedback en el manejo del estrés ante el Examen General de Egreso a la Licenciatura (EGEL). En L. Oblitas (Comp.), *Psicología de la Salud y enfermedades crónicas*. Colombia: PSICOM. Recuperado de [http://www.librosdepsicologia.com/product\\_details.php?item\\_id=145](http://www.librosdepsicologia.com/product_details.php?item_id=145)
- Polo, A., Hernández, J. y Poza C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Revista Ansiedad y Estrés*. Recuperado de [http://www.unileon.es/estudiantes/atención\\_universitario/articulo.pdf](http://www.unileon.es/estudiantes/atención_universitario/articulo.pdf)
- Román, C., Ortiz, F. y Hernández, Y. (2008). El estrés académico en estudiantes latinoamericanos de la carrera de Medicina. *Revista Iberoamericana de Educación*, 47(7), 1–8.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141–157.
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 3(1), 10–59.
- Valdez, J. (1998). *Redes semánticas naturales. Usos y aplicaciones en psicología social* (2ª ed.). México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Viñas, F. y Caparrós, B. (2000). Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología*, 1(4). Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/psicologia/modelo/modelo.htm#toparjona>

Tratamiento psicológico  
y médico de la fibromialgia:  
soluciones viables al sufrimiento



JOSÉ MORAL DE LA RUBIA

MÓNICA TERESA GONZÁLEZ

RENÉ LANDERO HERNÁNDEZ

Universidad Autónoma de Nuevo León



## RESUMEN

Se presenta un tratamiento cognitivo-conductual grupal y datos sobre su eficacia. La investigación se realizó a partir de una muestra de veintiséis mujeres mexicanas que integraron tres grupos terapéuticos. Se evaluaron varios factores: dolor percibido por una escala analógica visual, impacto de la fibromialgia (FIQ; Burckhardt, Clark y Bennett, 1991), afecto positivo y negativo (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988), ansiedad y depresión (HADS; Zigmond y Snaith, 1983), alexitimia (TAS-20; Bagby, Parker y Taylor, 1994), satisfacción marital (RAS; Hendrick, 1988) y catastrofismo (PCQ; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995). Los resultados indicaron que el tratamiento fue efectivo en la muestra: la mayor mejoría se observó en el afecto negativo, el control y disminución del estrés fueron esenciales en la mejoría de los síntomas de fibromialgia, la disminución de la tendencia al catastrofismo fue clave para la reducción del dolor. Finalmente se hacen propuestas de nuevos estudios para superar las debilidades de esta investigación.

*Palabras clave:* tratamiento, fibromialgia, modificación de conducta, terapia cognitivo-conductual, mujeres.

## INTRODUCCIÓN

En primer lugar se define lo que se entiende en la actualidad por fibromialgia, considerando los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (Wolfe et al., 1990). Posteriormente se revisa una de las teorías más

prometedoras de la etiología de dicho trastorno, formulada por el investigador mexicano Martínez (2007), la cual se centra en el estrés y el dolor neuropático inducido por niveles altos de noradrenalina. Se prosigue con una descripción de los enfoques terapéuticos, donde resaltan las intervenciones psicológicas, en concreto aquellas enmarcadas en la modificación de conducta. Por último, como ya se mencionó, se muestra un tratamiento cognitivo-conductual grupal, elaborado por los autores de este capítulo, y su eficacia. Al final se lleva a cabo una síntesis conclusiva de la información, a la vez que se hace énfasis en las limitaciones del estudio y la ausencia de grupo control. Si bien se brindan nuevas propuestas se solventan sus debilidades de diseño.

## LA FIBROMIALGIA

### *Definición*

El Colegio Americano de Reumatología (ACR), desde el trabajo de Wolfe et al. (1990), define fibromialgia como un trastorno de dolor generalizado, de alrededor de tres meses de duración, con al menos once puntos sensibles de dieciocho especificados que desencadenan dolor al ejercerse presión sobre ellos con una fuerza de cuatro kilos por centímetro cuadrado, lo que usualmente sería percibido como presión no dolorosa. El dolor se considera generalizado cuando se presenta en el lado derecho del cuerpo, arriba y debajo de la cintura, además en el esqueleto axial (en la columna cervical o tórax anterior o columna dorsal o lumbalgia).

Los dieciocho puntos dolorosos a la palpación digital se ubican en diez regiones somáticas: occipucio (inserción de músculos suboccipitales, bilateral), cervical bajo (anterior a espacios intertransversos C5–C7, bilateral), trapecio (punto central del borde superior, bilateral, supraespinoso (sobre la espina de la escápula cerca del borde medio, bilateral), segunda costilla: (lateral a unión condrocostal, bilateral), epicóndilos laterales (2 centímetros distal de la doblez del brazo, bilateral), glúteo (cuadrante superior externo, bilateral), trocánter mayor (posterior a la prominencia de la cadera, bilateral), y rodilla (proximal a la almohadilla grasa media de la línea articular, bilateral).

Para determinar un punto doloroso como «positivo» el paciente debe afirmar que le produjo ese efecto. La sensación de dolor no debe valorarse sinónimo de «doloroso». La manifestación de una segunda enfermedad clínica no excluye el diagnóstico de fibromialgia. Ésta suele ir acompañada de otros síntomas menores: fatiga, rigidez en las articulaciones, ansiedad, alteraciones del sueño, sensación de hinchazón, alteraciones digestivas, cefaleas, hormigueo en las extremidades, sequedad en nariz, boca u ojos y nudo en la garganta. Se habla de fibromialgia primaria cuando no es atribuible a otra condición médica; en caso contrario, se considera secundaria, por ejemplo, a traumatismo en la columna vertebral, lupus eritematoso, hipotiroidismo, tumor óseo, entre otras. Actualmente, sobre todo con propósitos de investigación, son comunes tales criterios. La prevalencia de la fibromialgia es del 2 al 3 por ciento en población general, siendo más frecuente en mujeres (siete mujeres por un hombre) y en edades de treinta a 50 años. Explica el 15 por ciento de las consultas ambulatorias de reumatología y el 5 por ciento

de las consultas en atención primaria. El pronóstico de recuperación es pobre (García, Salvanés y Álamo, 2001).

### *Causas. La teoría del estrés*

La etiología de la fibromialgia todavía es desconocida, aunque se tienen varias hipótesis. Dentro de las teorías actuales relativas a la patogénesis de esta enfermedad se encuentran alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo (Martínez, 2007), alteraciones en la arquitectura del sueño —con una polisomnografía caracterizada por sueño fragmentado, disminución de las fases profundas del sueño no MOR, entre otras— (Moldofsky, Scarisbrick, England y Smythe, 1975) y fenómenos de procesamiento anormal del dolor (sensibilización al dolor) con un defecto interpretativo del sistema nervioso central que percibe de forma anormal las señales para el dolor (Burgmer et al., 2009). A continuación se detalla la teoría que relaciona la fibromialgia con el estrés.

Martínez et al. (2002) defienden que el dolor profundo y la hipersensibilidad a la palpación son provocados por el mecanismo denominado *dolor mantenido por el sistema simpático*. Después de un evento disparador (trauma físico o emocional, infección), puede desatarse, en ciertos individuos susceptibles, una hiperactividad simpática sostenida en el tiempo. Dicha hiperactividad induce una excesiva producción de noradrenalina. Esta sustancia es capaz de sensibilizar a los receptores primarios del dolor tanto centrales como periféricos y así inducir dolor e hipersensibilidad generalizados.

La hipersensibilidad a la palpación o alodinia es un signo típico de dolor mediado por el sistema simpático.

Los autores reportan hallazgos de que las pacientes con fibromialgia tienen dolor inducido por inyecciones de cantidades minúsculas de noradrenalina, lo que sustenta esa hipótesis. El dolor fibromiálgico sería un dolor *neuropático*, es decir, el problema fundamental estaría en los nervios encargados de transmitir el dolor. De manera típica, el dolor se acompaña de sensaciones anormales, como quemazón, hormigueo, choques eléctricos y molestias al usar ropa apretada. Precisamente, la mayoría de los pacientes con fibromialgia refieren tales sensaciones anormales. Ejemplos de dolores neuropáticos son la neuralgia post-herpética, la neuropatía diabética y la distrofia simpática refleja.

Existen importantes similitudes entre la fibromialgia y el síndrome doloroso localizado denominado distrofia simpática refleja. Martínez (2007) propone que la fibromialgia es una forma generalizada del síndrome y el factor genético estaría asociado con una anulación deficiente de la adrenalina que hiperactiva el sistema simpático, en concreto con déficit en la catecol-metil-transferasa. Así, el polimorfismo Val-158-Met constituye un factor de riesgo para padecer fibromialgia (Martínez et al., 2004). Lo anterior abre una línea de intervención farmacológica que todavía se encuentra en investigación, sin resultados, e indica la necesidad de regular el control de estrés y calidad del sueño en esos pacientes.

### *Tratamiento*

La intervención óptima para tratar la fibromialgia debe incluir terapia cognitivo-conductual, ejercicio físico y consejo dietético (Allen, Escobar, Lehrer, Gara y Woolfolk, 2002), además de un manejo apropiado del tratamiento

farmacológico, optando por antidepresivos y antiinflamatorios no esteroideos (Mease, 2005; Rossy et al., 1999).

### *Médico*

De forma convencional los doctores prescriben ejercicios de estiramiento, de pesas y aeróbicos. Diversos estudios muestran que ciertos programas de ejercicio aeróbico proporcionan una sensación de bienestar, una mayor resistencia y una disminución del dolor. Los ejercicios aeróbicos de bajo o ningún impacto (caminar, montar en bicicleta); ejercicios aeróbicos acuáticos o natación, suelen ser las mejores maneras de empezar un programa de este tipo (Da Costa et al., 2005; Richards y Scout, 2002; Rooks et al., 2007). Entre los consejos nutricionales se destaca prescribir una dieta balanceada rica en antioxidantes, proteína y ácidos grasos esenciales omega 3, como la dieta de la zona (Sears y Bell, 2004); asimismo, sugerir suplementos alimenticios que aporten nutrientes celulares y liberen de radicales libres al organismo (germen de trigo, levadura de cerveza y lecitina de soya).

Los medicamentos antiinflamatorios que se utilizan en el tratamiento de muchas afecciones reumáticas no son útiles para las personas con fibromialgia. Sin embargo, dosis moderadas de fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), o de analgésicos, se usan para aliviar parte del dolor. Una subcategoría de los AINES, principalmente los selectivos en la inhibición de la COX-2, es la más empleada para el alivio del dolor, además causa menos efectos secundarios sobre el estómago que los AINES tradicionales. La mayoría de los médicos no acostumbra recetar calmantes de tipo narcótico ni tranquili-

zantes, excepto en los casos más severos de fibromialgia (Mease, 2005).

Regularmente también recetan fármacos antidepresivos, que elevan el nivel de actividad cerebral de la serotonina, noradrenalina o ambos. Los niveles bajos de serotonina no se vinculan sólo con la depresión clínica, sino de igual modo con los trastornos del sueño asociados con la fibromialgia. En dosis más bajas que las recetadas para tratar la depresión mayor, los antidepresivos parecen aliviar el dolor en las personas con fibromialgia, de esa manera aumentan las posibilidades de lograr un buen descanso por la noche. De 20 a 40 miligramos de fluoxetina es la dosis terapéutica recomendada en caso de prescribir estos fármacos (Arnold, Keck y Welge, 2000). Entre los antidepresivos los más usados son los tricíclicos (por ejemplo, clorimipramina) e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, o ISRS (por ejemplo, fluoxetina). En ocasiones, se receta un fármaco llamado ciclobenzaprina (Flexeril), clasificado como relajante muscular, pero similar a los antidepresivos. También se están probando los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRN), como la venlafaxina (Tofferi, Jackson y O'Malley, 2004).

### *Psicológico*

Smith, Monson y Ray (1986) desarrollaron una intervención para pacientes con trastorno de somatización, la cual puede servir de ayuda para los trastornos somáticos funcionales, como la fibromialgia. Consistía en escribir una carta al médico del paciente donde se daban cuatro consejos para su abordaje: *a)* Programe citas con el paciente basadas en

un calendario fijo mejor que basadas en necesidades sintomáticas. *b)* Realice exploraciones breves enfocadas al área de malestar en cada visita. *c)* Evite procedimientos diagnósticos innecesarios, tratamientos invasivos y hospitalizaciones. *d)* Evite explicar los síntomas con afirmaciones como «los síntomas están en su cabeza».

La intervención basada en la carta de consulta psiquiátrica mostró eficacia en un ensayo clínico aleatorizado controlado, al reducir el costo de tratamiento en un 49 por ciento con respecto a la medida inicial y en un 53 por ciento con respecto al grupo control en la medida postratamiento, de igual modo disminuyeron los días de hospitalización, sin detrimento de la satisfacción con la atención médica recibida. Se empleó una muestra de 38 pacientes diagnosticados con trastorno de somatización por criterios DSM-III, asignados de manera aleatoria al grupo control o de intervención y seguidos durante dieciocho meses.

Allen, Woolfolk, Escobar, Gara y Hamer (2006) hicieron un ensayo clínico para probar la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual con formato individual de diez sesiones para el tratamiento de trastorno de somatización, éste fue tomado como base para el tratamiento de la fibromialgia. Los investigadores estadounidenses asignaron de forma aleatoria a 84 pacientes, diagnosticados con trastorno de somatización por criterios DSM-IV-TR (APA, 2000), a dos condiciones: *a)* intervención de la carta de consulta psiquiátrica de Smith et al. (1986), *b)* terapia cognitivo-conductual individual junto con la carta de consulta psiquiátrica. 84 por ciento de los pacientes fueron mujeres. La edad promedio de la muestra fue 46 años y 53 por ciento de los participantes estaban casa-

dos. Se realizaron evaluaciones antes del tratamiento, a los tres, nueve y quince meses después de esa medición de base.

La terapia trabajó la reducción del estrés a través de las técnicas de respiración diafragmática y relajación progresiva; el incremento de la actividad por medio de acciones significativas y placenteras, así como caminata; el incremento de la conciencia emocional; la reestructuración de creencias disfuncionales; la mejora de la comunicación entre pensamientos y sentimientos; la reducción del refuerzo del cónyuge de la conducta enferma. Tanto a los tres, nueve como quince meses después de iniciado el tratamiento, los síntomas de somatización fueron significativamente menos severos en el grupo tratado con terapia cognitivo-conductual que en el grupo de comparación, cuando inicialmente eran equivalentes. También era más probable que los pacientes en terapia cognitivo-conductual fuesen evaluados como mejorados (40 por ciento) que los pacientes tratados sólo con cuidado médico estándar y la carta del psiquiatra (7 por ciento). Dicha terapia cognitivo-conductual estaba relacionada con una mayor funcionalidad y menos síntomas autorreportados; las personas que la habían recibido mostraron un menor uso de los servicios de salud. Por lo anterior, los autores concluyeron que el nuevo tratamiento genera un beneficio mayor al método de carta de consulta psiquiátrica.

Rossy et al. (1999) realizaron un estudio de meta-análisis con la finalidad de evaluar la eficacia de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos creados para la fibromialgia. En el análisis los investigadores incluyeron 49 estudios de resultados que reportaban los efectos en cuatro aspectos: físico, autorreporte de síntomas de fi-

bromialgia, psicológico y funcionamiento diario. Después de controlar el diseño de los estudios, los antidepresivos proporcionaban mejorías en el estatus físico y en el auto-reporte de síntomas. Todos los tratamientos no farmacológicos se asociaban con mejoras significativas en las cuatro esferas, con excepción del basado en ejercicios físicos que no mejoraba el funcionamiento diario. Cuando se compararon los tratamientos no farmacológicos con los farmacológicos, los primeros resultaron más efectivos en la reducción de los síntomas de la fibromialgia. Una tendencia similar aparecía en las medidas de funcionamiento diario. Los autores concluyen que la intervención óptima sería un tratamiento no farmacológico que combinase ejercicio físico y terapia cognitivo-conductual, además de un manejo apropiado de la medicación cuando se necesite para dormir y aliviar el dolor.

En otro meta-análisis de tratamientos para la fibromialgia, aunque en este caso exclusivamente no farmacológicos, Sim y Adams (2002) efectuaron una revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados controlados de 1980 a 2000. Del conjunto de estudios publicados sólo veinticinco eran rescatables para el análisis. Las modalidades de intervención se basaban en ejercicio físico, educación, relajación, terapia cognitivo-conductual, acupuntura e hidroterapia. Observaron que la calidad metodológica de los estudios en la mitad fue débil; la mayoría usó muestras pequeñas, los seguimientos fueron cortos y las intervenciones heterogéneas. Se halló un promedio del tamaño de efecto de los tratamientos bajo ( $d = 0.36$ ). La modalidad de tratamiento que mostró mejor resultado fue la prescripción de ejercicios aeróbicos y la que menos fue la acupuntura. En un estudio de meta-análisis más reciente, Ma-

yhew y Ernst (2007) constataron que la acupuntura es un tratamiento ineficaz para la fibromialgia.

García, Magdalena, Magallón, Fernández, Salas y Andrés (2008), en una investigación de meta-análisis aún más reciente sobre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para la fibromialgia, donde se incluía el estudio de Allen et al. (2006), encontraron un efecto significativo y un tamaño del efecto de los tratamientos medio ( $d = 0.49$ ). Además, el efecto de las intervenciones no farmacológicas en los resultados globales ( $d = 0.63$ ) fue mayor que el de las intervenciones farmacológicas ( $d = 0.42$ ). En este estudio se hizo el rastreo más amplio desde 1964 hasta el 2006. Únicamente 33 cumplieron criterios de inclusión en la base de meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados controlados.

Observaron que el nivel de atención (primario o especializado), y el género del paciente no establecían diferencias en la eficacia del tratamiento. Sin estar sesgado por la heterogeneidad de los tratamientos, la menor duración de la patología y la edad más joven del paciente se vincularon con mayor eficacia del tratamiento. No obstante, refieren que la calidad metodológica de los estudios fue baja, y que una mayor eficacia se relacionó con menor calidad del estudio y una duración más breve, lo cual estuvo mediado por la heterogeneidad de la modalidad del tratamiento. Dos ejemplos de intervenciones homogéneas en su planteamiento, basadas en el modelo de la modificación de conducta, son el tratamiento de Rodero, García, Casanueva y Sobradíel (2008) y la intervención virtual de González y Landero (2008).

Rodero et al. (2008) publicaron los resultados con un grupo de pacientes ( $n = 8$ ) (siete mujeres y un hombre)

con fibromialgia, diagnosticados según los criterios ACR (Wolfe et al. 1990). El tratamiento cognitivo-conductual consistía en once sesiones de grupo, cuya duración era de quince semanas. Se basaba en otra terapia desarrollada para el dolor crónico por Thorn (2004). Los pacientes fueron valorados al inicio y al final del programa en las siguientes variables: dolor con la escala analógica-visual (EAV), catastrofismo y rumiación con la escala PCS de Sullivan, Bishop y Pivik (1995), impacto de fibromialgia con el cuestionario FIQ de Burckhardt et al. (1991) y la sintomatología ansioso-depresiva con la escala HADS de Zigmond y Snaith (1983). Aunque se descubrieron cambios en los promedios de todas las variables, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en la escala analógica-visual del dolor ( $p = 0.08$ ), cuestionario FIQ ( $p = 0.02$ ), escala de ansiedad ( $p = 0.70$ ), ni escala de depresión del HADS ( $p = 0.199$ ).

Las discrepancias sólo fueron estadísticamente significativas en la escala PCS ( $p < 0.05$ ) y en sus tres subescalas, siendo el descenso promedio en el factor de rumiación mayor que en los otros dos factores (magnificación e indefensión), lo que se atribuye a la técnica de exposición en imaginación empleada. Los autores recomiendan esta técnica para potenciar el cambio e indican la limitación del tamaño de la muestra que dificulta la significación estadística de las comparaciones, por lo que el tratamiento parece ser prometedor.

González y Landero (2008) evaluaron los efectos sobre el optimismo y el impacto de la fibromialgia de un curso virtual para personas con ese trastorno. El curso constaba de siete sesiones y era autoaplicado. Los contenidos se enfocaban al manejo de relajación y los pensamientos

negativos. La invitación al curso se realizó en los foros virtuales detectados y se aclaró que sería gratuito. De las 97 personas que lo recibieron, quince lo concluyeron. Se evaluó optimismo con la escala LOT-R de Scheier, Carver y Bridges (1994); e impacto de la fibromialgia, con el cuestionario FIQ de Burckhardt et al. (1991).

La comparación antes y después mostró un incremento significativo de optimismo (antes  $M = 19.3$ ,  $DE = 4.4$ ; después  $M = 23.3$ ,  $DE = 3.4$ ;  $Z_W = -2.99$ ,  $p < 0.01$ ) y una disminución significativa en el impacto de la fibromialgia (antes  $M = 64.5$ ,  $DE = 22.5$ ; después  $M = 51.4$ ,  $DE = 17.4$ ;  $Z_W = -2.44$ ,  $p = 0.01$ ). No obstante, ambas variables eran independientes, al carecer de correlación antes ( $r_s = -0.20$ ,  $p = 0.47$ ) y después del tratamiento ( $r_s = -0.115$ ,  $p = 0.684$ ). Los autores destacaron el efecto favorable sobre el optimismo y el impacto de la fibromialgia, aunque sean dos variables independientes. De estos resultados, los cursos virtuales constituyen una opción para las personas con fibromialgia a quienes se les dificulta la asistencia presencial.

### *Tratamiento grupal para la fibromialgia*

Moral, González y Landero (2010) proponen un tratamiento cognitivo-conductual de tipo grupal para la fibromialgia, derivado del protocolo terapéutico individual para el trastorno de somatización desarrollado por Woolfolk y Allen (2007). El tratamiento se centra en la reducción de la activación fisiológica a través de técnicas de respiración y relajación; aumento de la actividad (ejercicio físico, como caminar, llevar a cabo alguna habilidad deseada o compartir actividades de ocio); incremento de la conciencia de las emociones; modificación de creencias disfuncio-

nales con reestructuración cognitiva, ejercicios de imaginación y juegos de roles; aumento de la comunicación de pensamiento y sentimientos en los procesos cognitivos de la persona; y reducción del refuerzo ambiental de la conducta enferma.

Asimismo, se trabaja con dos fuentes de estrés: desgaste profesional y desajuste de pareja. Respecto a la primera se revisan ideas irracionales acerca del perfeccionismo y el control; en el caso de la segunda se desarrollan habilidades de asertividad, empatía y negociación. En ambas situaciones se fomenta un pensamiento positivo. El formato es una terapia de grupo de diez sesiones semanales de una hora y media a dos horas de duración cada una, las cuales se complementan con dos o más sesiones de terapia de pareja, si es necesario con algunos de los miembros del grupo, los grupos son de seis a ocho personas.

Se deja claro a los pacientes, en colaboración con los reumatólogos, la naturaleza o planeamiento del tratamiento. En ese sentido, se diseñó la siguiente explicación:

Naturalmente que a usted le pasa algo, por eso está aquí, pero más allá del tratamiento con medicamentos, ejercicio y dieta, hay aspectos psicológicos claves que si los abordamos podemos conseguir que se mejore totalmente y deje de sentir la sensibilidad dolorosa a la presión, la rigidez muscular, el agotamiento y el cansancio al despertar. A partir de este momento va acudir a unas citas programadas tanto con el reumatólogo, en el hospital, como con el psicólogo, en la Facultad de Psicología.

Lo anterior se hizo pensando que el evaluar a los pacientes y aplicarles el tratamiento en la Facultad de Psicología

podría generar resistencia y elevar la tasa de abandono, ya que es posible que interpreten que los médicos no les creen y que los canalizan a psicología porque consideran que su problema reside sólo en la mente, es decir, se intenta evitar los efectos negativos de la interpretación devaluativa del enfoque psicológico.

Con la finalidad de facilitar su aplicación se realizó una presentación en diapositivas, diseñadas para apoyar las explicaciones y guiar los distintos pasos de cada sesión. El tratamiento hace uso de diversas técnicas: entrenamiento en relajación, estiramientos musculares, juego de roles, autorregistros, identificación y etiquetado de emociones, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales. Además pone especial énfasis en la modificación del comportamiento enfermo y las cogniciones que se asocian con él, la mejora de la calidad de sueño, el incremento del ejercicio físico y las actividades significativas en la vida del paciente. También se elaboró un cuaderno de actividades de 98 páginas que el paciente debía completar a lo largo de la terapia.

El tratamiento fue diseñado para su aplicación clínica en los casos de fibromialgia, aunque con modificaciones se podría adaptar a otros trastornos somáticos funcionales. La utilización del tratamiento grupal de diez sesiones se justifica por consideraciones de costo-efectividad, según los resultados de investigaciones empíricas (Allen et al., 2006; Escobar, Gara, Díaz et al., 2007) y de meta-análisis, como el de Rossy et al. (1999). En seguida se puntualizan los objetivos o aspectos trabajados en cada sesión.

En la primera sesión, el terapeuta tiene siete objetivos: 1) establecer el marco terapéutico, proporcionando una

visión general del tratamiento y sus fundamentos, 2) empezar a crear un clima adecuado con el grupo, 3) revisar los síntomas físicos de los pacientes en el contexto en el que ocurren, 4) entregar el cuaderno de tareas y presentar el formulario para monitorear síntomas, 5) enseñar respiración diafragmática, 6) practicar estiramientos musculares, ofreciendo la guía escrita con gráficas en una hoja impresa por las dos caras, 7) cerrar aconsejando caminar diario al menos treinta minutos. El terapeuta debe esforzarse para completar los tres primeros objetivos en 60 minutos y los restantes cuatro en la hora siguiente.

Se discuten en la segunda sesión las respuestas de los pacientes hacia la primera, se revisan las tareas (formulario de monitoreo de síntomas, respiración diafragmática, caminar y estiramientos), se evalúa el nivel de actividad de los pacientes, asimismo se fomenta un incremento en actividad (caminar). Inicia con el entrenamiento en reconocimiento y etiquetado de emociones. Cierra con el ejercicio de respiración diafragmática y estiramiento.

La tercera sesión es con las parejas. Su objetivo principal es incrementar la probabilidad de que el cónyuge o pareja de cada paciente vaya a apoyar el tratamiento y no a minarlo. Al conocer a las parejas, el terapeuta puede obtener información adicional acerca de los síntomas de cada paciente y su funcionalidad. Finalmente, en dos o más sesiones, espaciadas por al menos dos semanas, el terapeuta ayudará a las parejas más problemáticas a efectuar pequeños cambios en su comportamiento o interacción necesarios para disminuir el nivel de estrés o malestar emocional, así como el refuerzo de la conducta enferma. Dos aspectos que se contemplan son las acti-

vidades compartidas dentro del objetivo de incremento de la actividad y el estilo de comunicación dentro del objetivo de mejorar el ajuste diádico y eliminar el refuerzo de la conducta enferma. Aquellos pacientes que no tienen pareja sentimental llevan a la sesión al familiar con el que más conviven; si viven solos, trabajan en el desarrollo de sus relaciones.

En la cuarta sesión se trabaja la incorporación de la respiración en la vida diaria, la técnica para mejorar la calidad de sueño, la técnica de distracción del dolor y se continúa en el etiquetado y reconocimiento de emociones.

La quinta sesión se centra en la reestructuración cognitiva de sesgos que amplifiquen el dolor, y se elabora una guía de crítica de pensamientos.

En la sexta sesión se aborda el entrenamiento autógeno de Schultz y Luthe (1959) y la visualización que se enfoca en el control de dolor, aparte de retomar lo aprendido en sesiones anteriores y las tareas solicitadas.

La séptima sesión retoma el trabajo con las parejas iniciado en la tercera. Al igual que en la tercera las personas sin pareja, ya sean solteras, divorciadas o viudas, invitan a la persona con la cual conviven y con quien trabajaron antes; o se sigue laborando en actividades significativas para su desarrollo personal y relacional si están solos. Respecto a las parejas que no están disponibles el día programado, se concierta una cita individual y se sigue el mismo formato; mientras el paciente trabajaría como aquellos sin pareja en esta séptima sesión.

Se trata en la octava sesión el delicado tema de la conducta anormal de enfermedad y se proporciona como alternativa la conducta asertiva.

En la novena sesión se trabaja con técnicas de asertividad, los registros y ensayos de conducta mandados como tareas.

Se revisan en la décima sesión las tareas asociadas a las diversas habilidades aprendidas; se proporcionan los últimos consejos para superar los obstáculos y motivar su seguimiento; por último, se hace el cierre con la programación de sesiones de seguimiento (tres y seis meses y un año).

## EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO GRUPAL PROPUESTO

### *Método*

#### Participantes

Los datos que se reportan corresponden al tratamiento de tres grupos que incluían sólo mujeres. En la evaluación inicial se registraron veintiséis y en la final diecisiete (65 por ciento). La proporción de pérdida osciló de 50 al 22 por ciento, sin que la diferencia fuera significativa entre los tres grupos ( $\chi^2_{(2, N=26)} = 1.45, p = 0.48$ ). La media de edad de las veintiséis pacientes inicialmente evaluadas fue de 50.46 años con un rango de veinticinco a 65 años: casadas (61 por ciento), divorciadas (15 por ciento), en unión libre (8 por ciento), viudas (8 por ciento) y solteras (8 por ciento). El 35 por ciento contaba con trabajo remunerado y el 65 por ciento carecía de ingresos propios. El 85 por ciento tenía hijos. El número promedio de hijos fue de 2.5 y el modal de tres, la variación fue de uno a nueve. La media

de escolaridad reportada correspondió a 12.35 años, con un rango de tres a veintidós años. El 39 por ciento se consideró de clase social baja, el 58 por ciento media y el 4 por ciento alta.

### Instrumentos de medida

En la tabla 1 se resumen las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida: Escalas de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988), desde la validación en México de Robles y Páez (2003); Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de Zigmond y Snaith (1983), desde la adaptación al español de Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986); Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) de Bagby, Parker y Taylor (1994), desde la adaptación en México de Moral (2009) que cuenta con un formato de seis puntos de rango para cada reactivo; Escala de Valoración de la Relación (RAS) de Hendrick (1988), desde la adaptación en México de Moral (2008); Cuestionario de Impacto de la Fibromialgia (FIQ) de Burckhardt et al. (1991), desde la versión en español de Monterde, Salvat, Montull y Fernández-Ballart (2004), Escala Analógica Visual (VAS); Escala de Catastrofización del Dolor (PCS) de Sullivan et al. (1995), desde la validación al español de García et al. (2008).

Tabla 1

*Propiedades psicométricas de las escalas*

Escalas	Rango	M	DE	PC	$\alpha$
PA del PANAS	10-50	33.5a	7.4a	<27a	0.88
NA del PANAS		20.1a	7.1a	>27a	0.85
A de HADS	0-21	9.1b	1.2b	≥ 11	0.85
D de HADS		8.5b	1.4b		
TAS20	0-100	36.7c	16.5c	>53c	0.84
RAS	7-35	29.3d	4.5d	≤24d	0.86
FIQ	0-100	50.1b	5.1b	> 30	0.81
VAS	0-100			> 20	
PCS	0-52	16e	12e	> 28	0.89

M= Media, DE= Desviación estándar, PC= Punto de corte. *a)* Robles y Páez en adultos (2003); *b)* Rodero et al. (2008) en pacientes con fibromialgia; *c)* Moral (2009) en parejas casadas; *d)* RAS Moral (2008) en parejas casadas; *e)* García et al. (2008) en pacientes con fibromialgia.

*Procedimiento*

Se empleó una muestra no probabilística de sujetos voluntarios en la que participaron veintiséis pacientes atendidas en el servicio de reumatología del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González. Por el reducido número de casos no se pudo trabajar con un grupo control. Fueron tres los criterios de inclusión en el tratamiento: *a)* edad de dieciocho a 65 años, *b)* otorgar el consentimiento informado, *c)* fibromialgia primaria. El protocolo de evaluación y tratamiento fue aprobado por el Comité de ética de las facultades de Psicología y Medicina de la UANL.

Las pacientes fueron evaluadas por un reumatólogo en consultas externas. Únicamente eran incluidos si

cumplían criterios de fibromialgia primaria: más de tres meses de duración, dolores generalizados y sensibilidad dolorosa a la presión con una fuerza de 4 kilos en al menos once de los dieciocho puntos gatillos definidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) (Wolfe et al., 1990), no atribuible a una enfermedad sistémica (tumor) o psiquiátrica (depresión). Tras obtener el consentimiento informado, las pacientes eran remitidas a la Facultad de Psicología. Allí eran evaluadas en los salones de posgrado, en una sesión, y posteriormente citadas para iniciar los grupos de tratamiento.

El intervalo de espera para el inicio del tratamiento era de dos a cuatro semanas tras la primera evaluación psicológica. Los grupos fueron evaluados y tratados por una misma persona. El trabajo de campo se desarrolló de enero a diciembre de 2009. El proyecto de investigación fue financiado por el CONACYT. Los cálculos estadísticos se ejecutan con SPSS16 y el nivel de significación estadística se fija en  $p \leq 0.05$  para el rechazo de la hipótesis nula.

## *Resultados*

El impacto de la fibromialgia es de relevancia clínica en el 88 por ciento de las pacientes ( $FIQ > 30$ ). El promedio en la escala FIQ es de 56.60 con una desviación estándar de 19.23, una mediana de 60 y un rango de 11 a 82. El dolor promedio reportado en la evaluación antes del tratamiento es de 72.69, con una desviación estándar de 18.23, una moda y mediana de 80 y un rango de 20 a 100; lo que quiere decir que es intenso en casi todas las mujeres.

Los contrastes entre las medidas antes y después del tratamiento se llevan a cabo por la prueba *t* de Student

para muestras emparejadas. Se observa que el tratamiento generó cambios estadísticamente significativos en las variables evaluadas, con la excepción de la satisfacción marital (RAS) (tabla 2).

Tabla 2

*Contraste de medias*

	n	Pre		Pos		t de Student		
		M	DE	M	DE	t	gl	p
FIQ	17	50.9	18.2	22.1	12.7	5.7	16	0.000
VAS	17	73.5	17.3	26.5	13.7	9.9	16	0.000
PA	17	28.8	7.05	38.3	6.2	-4.2	16	0.001
NA	17	31.1	8.9	19.2	9.9	4.2	16	0.001
TAS	17	69.6	16.5	54.0	14.7	3.7	16	0.002
DIS	17	26.8	7.8	19.7	6.9	2.6	16	0.019
DES	17	18.9	5.3	13.6	4.9	4.3	16	0.001
PEO	17	24.0	7.2	20.6	5.7	2.6	16	0.020
RAS	15	27.3	5.8	27.8	4.7	-0.4	14	0.693
A	17	9.2	4.1	5.8	2.0	3.8	16	0.002
D	17	7.6	4.7	3.2	2.5	5.2	16	0.000
PCS	17	27.3	9.6	17.0	12.2	3.6	16	0.003

Tal procedimiento disminuye la intensidad de la fibromialgia, dolor, afecto negativo, alexitimia, dificultad para identificar sentimientos o expresarlos, pensamiento externamente orientado, ansiedad, depresión y catastrofismo. A su vez, el afecto positivo aumenta. El tamaño del efecto se estima por el coeficiente eta parcial al cuadrado ( $\eta^2$ ) que varía de 0 a 1. Valores de  $\eta^2$  menores a 0.20 son bajos; entre 0.20 y 0.69, medianos; y mayores a 0.70, altos.

El impacto es alto en dolor ( $\eta^2 = 0.86$ ). En las demás variables diferenciales es mediano, siendo mediano–alto en intensidad de los síntomas de la fibromialgia ( $\eta^2 = 0.67$ ), depresión ( $\eta^2 = 0.62$ ), dificultad para expresar sentimientos ( $\eta^2 = 0.53$ ), afecto negativo ( $\eta^2 = 0.53$ ) y afecto positivo ( $\eta^2 = 0.52$ ). El tamaño del efecto es mediano–bajo en ansiedad ( $\eta^2 = 0.47$ ), alexitimia ( $\eta^2 = 0.45$ ), catastrofismo ( $\eta^2 = 0.44$ ), dificultad para identificar sentimientos ( $\eta^2 = 0.30$ ) y pensamiento externamente orientado ( $\eta^2 = 0.29$ ).

Se crean variables de cambio (diferencia entre media pre y pos) para impacto de la fibromialgia (DFIQ), intensidad del dolor (DVAS), afecto positivo (DPA) y negativo (DNA) del PANAS, alexitimia (DTAS), valoración de la relación marital (DRAS), ansiedad (DA) y depresión (DD) de HADS, así como catastrofismo (DPCS). Para determinar cuál variable se asocia con el cambio en el impacto de la fibromialgia se calculan las correlaciones de estas variables diferenciales con DFIQ; además, se predice la puntuación diferencial de dicho impacto con sus correlatos significativos por la técnica de regresión lineal. El cambio en el impacto de la fibromialgia correlaciona con cambio en ansiedad ( $r = 0.68$ ,  $p < 0.01$ ), depresión ( $r = 0.62$ ,  $p < 0.01$ ) y afecto negativo ( $r = 0.50$ ,  $p = 0.04$ ). A mayor disminución de la ansiedad, depresión y afecto negativo, se reporta menor impacto de los síntomas de fibromialgia (tabla 3).

Tabla 3

*Correlación de las variables de cambio con DFIQ*

Cambio: Pre-Pos	<i>n</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Ansiedad del HADS (DA)	17	0.683**	0.005
Depresión del HADS (DD)	17	0.623**	0.008
Afecto negativo del PNAS (DNA)	17	-0.505*	0.039
Catastrofismo (DPCS)	17	0.480	0.051
Afecto positivo del PANAS (DPA)	17	0.369	0.145
<i>Burnout</i> fuera del hogar (DSBCBB)	7	0.210	0.651
Satisfacción marital (DRAS)	15	0.081	0.775
Alexitimia (DTAS)	17	0.049	0.852
Intensidad del dolor (DVAS)	17	-0.019	0.942
<i>Burnout</i> en amas de casa (DSBCUBAC)	14	-0.022	0.941
Número de hijos	17	0.353	0.164
Escolaridad	17	-0.159	0.542
Edad	17	0.060	0.820

Se estima un modelo de regresión por el método *Stepwise* con los tres correlatos significativos (DA, DD y DNA), se añade catastrofismo (DPCS), correlato significativo por el coeficiente rho de Spearman ( $r_s = 0.60$ ,  $p = 0.01$ ) y se aproxima a la significación estadística por el coeficiente *r* de Pearson ( $r = 0.48$ ,  $p = 0.05$ ). El modelo queda reducido a una variable, diferencia en ansiedad (DA) ( $\beta = 0.68$ ) que explica el 43 por ciento de la varianza del cambio en los síntomas de fibromialgia. De ahí que la mejoría en el impacto de ésta es esencialmente pronosticada por la mejoría en la ansiedad (tabla 4).

Tabla 4

Regresión lineal para predecir el cambio en FIQ

Modelo	Coeficientes			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>E. E.</i>	<i>Beta</i>		
Constante	15.750	5.262		2.995	0.009
DA	3.840	1.061	0.685	3.619	0.005

Finalmente, para precisar cuál variable se relaciona con el cambio en la experiencia de dolor (DVAS) se estudian las correlaciones de las variables diferenciales creadas con DVAS, además se predice la puntuación diferencial en la intensidad del dolor (DVAS) con sus correlatos significativos. Sólo aparece correlación significativa con la escolaridad ( $r = -0.51$ ,  $p = 0.04$ ). A menor escolaridad, mayor mejoría en el reporte de dolor. Por el coeficiente rho de Spearman, la única correlación significativa es con catastrofismo ( $r_s = 0.55$ ,  $p = 0.02$ ). A mayor decremento de la tendencia a catastrofismo menor reporte de dolor. Se calcula un modelo de regresión lineal por el método *Enter* con escolaridad y catastrofismo (DPCS). La escolaridad toma más peso y es un predictor significativo ( $\beta = -0.53$ ,  $p = 0.02$ ) y el catastrofismo se aproxima a la significación estadística ( $\beta = 0.43$ ,  $p = 0.05$ ). Este modelo con dos predictores explica el 36 por ciento de la varianza del cambio en la percepción del dolor (DVAS) e indica que la mejoría en los síntomas es pronosticada por menor escolaridad y menor catastrofismo (tabla 5).

Tabla 5

*Regresión lineal para predecir el cambio en VAS*

Modelo	Coeficientes			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	<i>E. E.</i>	<i>Beta</i>		
Constante	76.85	14.66		5.24	0.000
DPCS	0.70	0.35	0.45	2.13	0.051
Escolaridad	-2.86	1.08	-0.55	-2.66	0.019

## DISCUSIÓN

La paciente promedio que accedió al tratamiento refiere dolor intenso, limitaciones por los síntomas con relevancia clínica, rasgos de alexitimia, afecto negativo, así como ansiedad clínica e incluso depresión en un rango de caso probable. Si bien éstas son pacientes prototípicas de las encontradas en distintos estudios clínicos acerca de fibromialgia (Rodero et al., 2008), en otras investigaciones el reporte de dolor con la VAS cae en un intervalo de moderado (51-50), como el de Rodero et al. (2008).

Cabe mencionar que la terapia resulta efectiva no sólo para reducir el malestar y disfunción derivada de la fibromialgia, sino también para aliviar estados emocionales negativos (ansiedad y depresión), incrementar los afectos positivos, mejorar la competencia emocional en la expresión de los sentimientos y su consideración en los procesos de evaluación y toma de decisiones, es decir, disminuir el nivel de alexitimia. Como se esperaba, los cambios en alexitimia (rasgo) y satisfacción marital son menores que los cambios en el estado afectivo. En principio, por

la mayor dificultad para modificar dichas variables y, en seguida por la menor insistencia del tratamiento en las mismas. Se esperaba que el impacto fuese mayor sobre el catastrofismo, cuando se ubica parejo a la alexitimia, lo que indica que debe reforzarse más el trabajo en esta variable.

Los individuos que tienden al catastrofismo desarrollan una visión muy negativa en torno a su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. Con el objetivo de incrementar el efecto del tratamiento se puede incorporar la técnica de exposición en imaginación, tal como se implementa en la terapia cognitivo-conductual de Rodero et al. (2008) en pacientes con fibromialgia, como se vio en el punto de tratamientos psicológicos.

Aunque los tamaños del efecto (estimados por la *d* de Cohen) del cambio en el reporte de ansiedad y catastrofismo (estimados por la diferencia entre la medida post y la medida pre) en el presente estudio son medianos (entre 0.20 y 0.80), el cambio terapéutico en el impacto de la fibromialgia se asocia, en específico, con la mejoría en la ansiedad y la disminución del dolor, debido a la atenuación del catastrofismo. El tratamiento concede gran importancia al control del estrés. Martínez (2007) propone que la etiología de la fibromialgia reside en el descontrol del estrés. En esos pacientes habría una pérdida de la elasticidad del sistema vegetativo autónomo, con una incesante hiperactividad de la rama simpática, lo que conlleva un elevado nivel de adrenalina las veinticuatro horas del día. De ahí que el control y disminución del estrés, junto con un sueño reparador, hacen mejorar los síntomas. En el tratamiento sí se trabajó calidad del sueño, pero no se midió.

La escolaridad resultó una variable vinculada con la disminución del dolor. Las personas con menos escolaridad mejoraron más. Barragán, Mejía y Gutiérrez (2007) observaron que los adultos mayores de 50 años reportaban menos dolor cuanto menor era su nivel de escolaridad. Los datos analizados procedían del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México del año 2001 (UP-UWM-UM-INEGI, 2001). Barragán et al. (2007) advierten que aunque la relación entre dolor y escolaridad se ha estudiado en países desarrollados, ambas variables parecen ser independientes; el no tener servicios sanitarios adecuados hace que los mexicanos con bajos recursos ignoren o soporten más el dolor. En la presente muestra, la correlación inicial entre la escolaridad y el dolor es inversa, pero no significativa ( $r = -0.08$ ,  $p = 0.69$ ).

Una vez que el tratamiento es aplicado surge la relación. Quizá las personas con menor escolaridad, aunado a su historia de dificultades de acceso a los servicios sanitarios y peor atención, finalmente queden más satisfechas y saquen mayor provecho a un tratamiento gratuito y de calidad como el que se ofreció. No obstante, ello no se observa con el impacto de la fibromialgia (FIQ). Por tanto, la asociación del dolor y la escolaridad puede tener una idiosincrasia cultural que se refleja en esta muestra.

Respecto a la variable menos afectada por el tratamiento es la satisfacción de pareja. En la primera evaluación, el promedio en la escala RAS estaba dentro del intervalo de una desviación estándar de la media. Tras el tratamiento se incrementa ligeramente, mejora la satisfacción, sin diferencia significativa. En ese sentido, ni el tratamiento, ni la mejoría en general, tiene efecto en esa variable, la

cual tampoco es diferencial entre las mujeres que siguen o abandonan el tratamiento, ni tampoco se asocia con la intensidad de los síntomas de la fibromialgia o reporte de dolor. No obstante, Moral (2010) aducía que la satisfacción marital es un determinante de trastornos somáticos funcionales, al hallar buen ajuste para un modelo, donde la alexitimia mediaba la relación del ajuste diádico y estados emocionales sobre los síntomas psicósomáticos, mientras que la satisfacción marital mediaba la relación de los estados emocionales sobre los síntomas psicósomáticos. Asimismo, Geisser, Cano y Leonard (2005), en una muestra de 110 parejas estadounidenses, hallaron correlación significativa entre la percepción del cónyuge de incapacidad provocada por la fibromialgia, insatisfacción sexual y malestar emocional. De igual modo, la insatisfacción marital estaba ligada con la evaluación por parte del paciente del impacto psicosocial y el dolor.

En el diseño del tratamiento se tenía contemplado trabajar dos sesiones con el cónyuge o pareja, pero en su implementación, el trabajo se hizo sin pareja, lo que suponía que la disponibilidad del cónyuge era baja. Tal parecía, que las pacientes se habían acostumbrado a un funcionamiento pobre del vínculo marital, lo cual no era percibido como negativo, ni afectaba la evolución del cuadro. Es decir, los problemas de pareja hallaban solución en el distanciamiento emocional, que proporciona estabilidad social. Se requieren investigaciones futuras para indagar más este tema y determinar si es necesario y positivo ahondar en las problemáticas de intimidad y afecto maritales.

El estudio tenía planeado obtener una muestra de pacientes mucho mayor ( $N > 80$ ); sin embargo, en el año en que se desarrolló (de enero a diciembre de 2009) sólo

hubo oportunidad de implementar tres grupos ( $N = 26$ ). Lo anterior remarca las dificultades de conseguir pacientes para un tratamiento presencial; por ejemplo, los desplazamientos y disponibilidad de horarios. A pesar de que parece prometedor, se recomienda otra modalidad: el tratamiento en línea. Dicha modalidad puede ser útil para los hospitales que abarcan áreas geográficas muy amplias, personas con al menos un nivel de escolaridad medio superior y un nivel socioeconómico que les permita tener computadora en casa y servicio de Internet; para llevarla a cabo se puede tomar en cuenta la terapia de González y Landero (2008).

Una primera limitación de esta investigación fue el tamaño reducido de la muestra (26 casos), su naturaleza no probabilística, constituida por participantes voluntarios y el carecer de grupo control. Por ese motivo, es indispensable considerarla como un piloto, ya que la valoración de la eficacia de un tratamiento requiere un ensayo clínico con grupo control y asignación aleatoria de pacientes, así como de terapeutas para su adecuada confirmación. Una variable que posiblemente esté contaminando los datos es el deseo de las pacientes de corresponder al terapeuta en sus expectativas, mejorando en exceso su reporte tras el tratamiento. Se recomienda que las personas que realicen la evaluación antes del tratamiento sean distintas de aquellas que lo aplican y de las que evalúan tras el periodo de seguimiento del grupo control, sin que estas últimas tengan conocimiento de qué participante pertenece al grupo de tratamiento o control.

En conclusión, la fibromialgia es una enfermedad fácilmente identificable, lo que permite su estudio, en especial bajo los criterios ACR (Wolfe et al., 1990). Aunque

todavía no existe una teoría explicativa totalmente aceptada, la hipótesis de un síndrome de dolor neuropático con relación a los niveles altos de adrenalina, propuesta por Martínez (2007), es sólida. Los tratamientos más efectivos son los psicológicos centrados en el control de estrés. Por otra parte, los conceptos de conducta anormal de enfermedad y estilo sensibilizador son muy útiles para la explicación de los síntomas.

Los anteriores fundamentos fueron retomados por el tratamiento cognitivo-conductual diseñado por Moral et al. (2010), el cual parece efectivo para el abordaje de los casos de fibromialgia en mujeres adultas, la mejoría es más notable en el afecto negativo. El control y la disminución del estrés son esenciales en la mejora de los síntomas de fibromialgia medidos por la escala FIQ. El decremento de la tendencia al catastrofismo es clave para la reducción del dolor, pero el impacto del tratamiento sobre esa variable es más bajo respecto a las afectivas. Una menor escolaridad se asocia con un menor reporte de dolor tras el tratamiento, sin que los niveles de escolaridad bajos se asocien con menos dolor antes del tratamiento, ni con mayor mejoría en los otros síntomas de la fibromialgia. Lo que llega a reflejar una singular relación entre la escolaridad baja y el dolor.

El tratamiento no genera alteración en la satisfacción marital, que es una de las áreas menos afectadas en la evaluación antes del tratamiento. Se aconseja intensificar la intervención sobre el catastrofismo, una manera es implementar la técnica de exposición en imaginación y repetir el estudio con controles de evaluación (las personas que las apliquen deben ser distintas a las que intervienen), además medir los cambios en la calidad del sueño e incluir un grupo control.

## REFERENCIAS

- Allen, L.A., Escobar, J.I., Lehrer, P. M., Gara, M.A. & Woolfolk, R.L. (2002). Psychosocial treatments for multiple unexplained physical symptoms: a review of the literature. *Psychosomatic Medicine*, 64, 939–950.
- Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Escobar, J.I., Gara, M.A. & Hamer, R.M. (2006). Cognitive–behavioral therapy for somatization disorder. *Archive of Internal Medicine*, 166, 1512–1518.
- American Psychiatry Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington D.C.: Author.
- Arnold, L.M., Keck, P.E. & Welge, J.A. (2000). Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta–analysis and review. *Psychosomatics*, 41, 104–113.
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A. & Taylor, G.J. (1994). The twenty–item Toronto alexithymia scale–I. Item selection and cross–validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23–32.
- Barragán–Berlanga, A.J., Mejía–Arango, S. y Gutiérrez–Robledo, L.M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49(Supl.4), 5488–5494.
- Burckhardt, C.S., Clark, S.R. & Bennett, R.M. (1991). The fibromyalgia impact questionnaire (FIQ): development and validation. *Journal of Rheumatology*, 18, 728–733.
- Burgmer, M., Pogatzki–Zahn, E., Gaubitz, M., Wessoleck, E., Heuft, G. & Pfleiderer, B. (2009). Altered brain activity during pain processing in fibromyalgia. *Neuroimage*, 44(2), 502–508.
- Da Costa, D., Abrahamowicz, M., Lowensteyn, I., Bernatsky, S., Dritsa, M., Fitzcharles, M.A. & Dobkin, P.L. (2005). A ran-

- domized clinical trial of an individualized home-based exercise programmed for women with fibromyalgia. *Rheumatology*, 44, 1422–1427.
- Escobar, J.I., Gara, M.A., Díaz-Martínez, A.M., Interian, A., Warman, M., Allen, L.A., Woolfolk, R.L., Jahn, E. & Rodgers, D. (2007). Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 328–335.
- García-Campayo, J., Magdalena, J., Magallón, R., Fernández-García, E., Salas, M. & Andrés, E. (2008). A meta-analysis of the efficacy of fibromyalgia treatment according to level of care. *Arthritis Research and Therapy*, 10(4). Recuperado de <http://arthritis-research.com/content/10/4/R81>
- García-Campayo, J., Rodero, B., Alda, M., Sobradie, N., Montero, J. y Moreno, S. (2008). Validación de la versión española de la escala de catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Medicina Clínica*, 131(13), 487–492.
- García-Campayo, J., Salvanés, R. y Álamo-González, C. (2001). *Actualización en trastornos somatomorfos*. Madrid: Panamericana.
- Geisser, M.E., Cano, A. & Leonard, M.T. (2005). Factors associated with marital satisfaction and mood among spouses of persons with chronic back pain. *The Journal of Pain*, 6(8), 518–525.
- González, M.T. y Landero, R. (2008). Cambios en optimismo e impacto de la fibromialgia después de un curso virtual. *Interpsiquis*, 1. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/34029>
- Hamilton, M.A. (1960). Rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, (23), 56–62.
- Hendrick, S.S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, (50), 93–98.

- Martínez-Lavín, M. (2007). Biology and therapy of fibromyalgia: stress, the stress response system and fibromyalgia. *Arthritis Research and Therapy*, 9, 216–220.
- Martínez-Lavín, M., Ramos-Kuri, M., Hernández, F., Rivera, M., Amezcua, L., Vintimilla Granados J., Springball, J. & Bojalil, R. (2004). Exploring a genomic basis for fibromyalgia's dysautonomic nature: Catechol-O-Methyl Transferase (COMT) Val158-Met polymorphism. *Arthritis and Rheumatism*, 50(Suppl.), S549–S548.
- Martínez-Lavín, M., Vidal, M., Barbosa, R.E., Pineda, C., Casanova, J.M. & Nava, A. (2002). Norepinephrine-evoked pain in fibromyalgia. A randomized pilot study. *Muscolokel Disorder*, 3(2). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1471-2474/3/2>
- Mayhew, E. & Ernst, E. (2007). Acupuncture for fibromyalgia – a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology*, 46(5), 801–804.
- Mease, P. (2005). Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *Journal of Rheumatology*, 75(Suppl.), 6–21.
- Moldofsky, H., Scarisbrick, P., England, R. & Smythe, H. (1975). Musculoskeletal symptoms and non-REM sleep disturbance in patients with «fibrositis syndrome» and healthy subjects. *Psychosomatic Medicine*, 37(4), 341–351.
- Monterde, S., Salvat, I., Montull, S. y Fernández-Ballart, J. (2004). Validación de la versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire. *Revista Española de Reumatología*, 31(9), 507–513.
- Moral, J. (2008). Validación de la escala de valoración de la relación en población mexicana. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 13(1) 1–12. Recuperado de <http://www.psyco.uniovi.es/REMA/v13n1/vol13n1a1.pdf>

- Moral, J. (2009). Factor structure and reliability of TAS-20 in Mexican samples. *The International Journal of Hispanic Psychology*, 2(2), 163–176.
- Moral, J. (2010). Modelos para explicar la somatización en parejas casadas. En Moral, J., González, M.T. y Landero, R. (Eds.), *Evaluación, modelos y tratamiento de la somatización* (pp. 131–183). México: Plaza y Valdés/ Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Moral, J., González, M.T. y Landero (2010). *Tratamiento de la fibromialgia en mujeres y evaluación del burnout en amas de casa*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Richards, S.C.M. & Scout, D.L. (2002). Prescribed exercise in people with fibromyalgia: parallel group randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 325, 185–188.
- Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud Mental*, 26(1), 69–75.
- Rodero, B., García-Campayo, J., Casanueva-Fernández, B. y Sobradiel, N. (2008). Exposición en imaginación como tratamiento del catastrofismo en fibromialgia: un estudio piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(4), 223–226.
- Rooks, D.S., Gautam, S., Romeling, M., Cross, M.L., Stratigakis, D., Evans, B., Goldenberg, B., Iversen, M.D. & Katz, J.N. (2007). Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia. *Archives of Internal Medicine*, 167(20), 2192–2200.
- Rossy, L.A., Buckelew, S.P., Doit, N., Hagglund, K.J., Thayer, J.F., McIntosh, M.J., Hewett, J.E. & Johnson, J.C. (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavior Medicine*, 21, 180–191.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery

- and self-esteem): a re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078.
- Schultz, J. & Luthe, W. (1959). *Autogenic training: A psychophysiological approach in psychotherapy*. New York: Grune and Stratton.
- Sears, B. & Bell, S. (2004). The zone diet: anti-inflammatory, low glycemic-load diet. *Metabolic Syndrome and Related Disorders*, 2(1), 24–38.
- Sim, J. & Adams, N. (2002). Systematic review of randomized controlled trials of nonpharmacological interventions for fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 18(5), 324–336.
- Smith, R., Monson, R. & Ray, D. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder. A randomized controlled trial. *New England Journal of Medicine*, 314, 1407–1413.
- Sullivan, M.J.L., Bishop, S. & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychology Assessment*, 7, 524–532.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. y Peri, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 13, 233–238.
- Thorn, B.E. (2004). *Cognitive therapy for chronic pain*. New York: The Guilford Press.
- Tofferi, J.K., Jackson, J.L. & O'Malley, P.G. (2004). Treatment of fibromyalgia with cyclobenzaprine: a meta-analysis. *Arthritis and Rheumatism*, 51(1), 9–13.
- University of Pennsylvania (UP), University of Maryland (UM), University of Wisconsin Madison (UWM) e Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2001). *Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001*. Recuperado de <http://www.mhas.pop.upenn.edu/espanol/inicio.htm>

- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988), Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- Wolfe, F., Smythe, H.A., Yunus, M.B., Bennett, R.M., Bombardier, C., Goldenberg, D.L. Tugwell P, Campbell S.M., Abeles, M., Clark, P., Fam, A.G., Farber, S.J., Fiechtner, J.J., Franklin, C.M., Gatter, R.A., Hamaty, D., Lessard, J., Lichtbroun, A.S., Masi, A.T., McCain, G.A., Reynolds, W.J., Romano, T.J., Russell, I.J. & Sheon, R.P. (1990). The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the multicenter criteria committee. *Arthritis and Rheumatism*, 33(2), 160–172.
- Woolfolk, R.L. & Allen, L.A. (2007). *Treating somatization. A cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press.
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.



# Historia de vida en personas con obesidad mórbida



ISAI GONZÁLEZ CUADROS

PATRICIA BALCÁZAR NAVA

GLORIA MARGARITA GURROLA PEÑA

NORMA NAVA MENDOZA

Universidad Autónoma del Estado de México



## RESUMEN

Actualmente la obesidad es un grave problema de salud pública a nivel mundial por sus altas tasas de incidencia y los graves efectos en la salud física y emocional de quienes la padecen. En esta investigación, con abordaje cualitativo, el objetivo fue explorar la historia de vida de personas con obesidad mórbida que acuden al Servicio de Psicología del Centro Médico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y sus Municipios (ISSEMYM). Las técnicas empleadas para la obtención de información fueron la entrevista a profundidad y la autobiografía con cuatro participantes. Los criterios de selección fueron los siguientes: los diagnosticados por el servicio de medicina general con obesidad mórbida y estar en la lista de pacientes en protocolo de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Centro Médico ISSEMYM. Además los participantes reportaron datos de obesidad en su familia, incluso tenían antecedentes desde la infancia.

En los cuatro casos el aumento de peso fue progresivo y en diferentes etapas, catalogadas por ellos mismos como de crisis o periodos de conflicto. Los participantes indicaron numerosos intentos y métodos fallidos para bajar de peso. Cabe destacar que percibían la obesidad como una característica desagradable de su persona y no como un problema de salud, a menos de que desencadenara otra enfermedad. Aunque se sentían integrados y aceptados en el grupo familiar, experimentaban rechazo y discriminación social en el ámbito laboral, social o sentimental, debido a su condición de obesos. Aunado a ello manifestaron una sensación de inseguridad de sí mismos, junto con ansiedad, depresión e impulsividad,

relacionadas al consumo excesivo de alimentos y un estilo de vida que favorece el incremento de peso.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a la obesidad una enfermedad crónico-degenerativa que constituye un importante problema de salud pública no sólo en México sino en todo el mundo (OMS, 2005). La palabra obesidad proviene del latín *obesitas*, que significa «a causa de que yo como» (Braier, 1988). De acuerdo con la Fundación Mexicana para la Salud (2002), la obesidad es una proporción excesiva de la grasa corporal vinculada con riesgos determinantes para la salud, resultado de un desequilibrio permanente en la ingesta alimenticia, que es mayor que el gasto energético. La OMS (2005) expone que el Índice de Masa Corporal (IMC) es la asociación existente entre el peso y la talla del individuo, el cual se obtiene de la operación matemática:  $IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura al cuadrado (m}^2\text{)}$ .

El IMC es una medida que permite clasificar a una persona en función de su peso y estatura, e incluye las categorías de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad (tabla 1) en tres grados. La obesidad «mórbida» se refiere a la presencia de enfermedades causadas por ésta (OMS, 2005). Aquellos que reciben ese diagnóstico presentan un IMC igual o mayor a 40 acompañado de diabetes, problemas pulmonares, cardiovasculares, daño a las articulaciones y cáncer, condiciones que deterioran considerablemente su calidad de vida.

Tabla 1

*Índice de masa corporal y obesidad*

Clasificación	IMC (Índice de Masa Corporal)
Bajo peso	< 18.5
Normal	18.5 a 24.9
Sobrepeso	25.0 a 29.9
Obesidad	
Obesidad grado I	30.0 a 34.9
Obesidad grado II	35.0 a 39.9
Obesidad extrema III	> 40.0

Fuente: OMS, 2005.

En función de la distribución de la grasa corporal y sus complicaciones, la obesidad también puede clasificarse como se indica a continuación (Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, 2000):

*Obesidad androide, central o abdominal.* El exceso de grasa se localiza en la cara, el tórax y el abdomen. Se asocia a un mayor riesgo de dislipidemias, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general.

*Obesidad ginoide o periférica.* La grasa se acumula en la cadera y en los muslos. Este tipo de distribución se asocia principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla (genoartrosis).

*Obesidad de distribución homogénea.* El exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo, sino que se distribuye de manera uniforme.

Se estima que para el año 2015 habrá aproximadamente 2 mil 300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad en algún grado en el mundo

(OMS, 2005). A nivel nacional, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2009) declaró que México ocupa en el mundo el primer lugar en obesidad infantil y adulta, así como el primer lugar en diabetes infantil, superando a Estados Unidos de América, situación que se calculaba ocurriría hacia el 2018. Lo anterior significa que alrededor del 70 por ciento de la población en México sufre de sobrepeso, además de que la diabetes es la causa número uno de muerte, enfermedad que en el 90 por ciento de los casos es consecuencia de la obesidad.

En cuanto a su etiología, se reconoce que es una enfermedad crónica multifactorial compleja que se desarrolla por la interacción del genotipo y el medio ambiente. El conocimiento sobre cómo y por qué se produce la obesidad es aún incompleto; lo cierto es que el problema tiene su origen en aspectos sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos (Hernán-Daza, 2002). La obesidad posee una etiología que parte de distintos factores (Braier, 1988): *Genéticos*. Síndromes genéticos y la correlación entre obesidad de padres e hijos. *No genéticos*. Alteraciones cerebrales, alteraciones endócrinas y virosis. *Asociados al estilo de vida*. Hipertrofia adaptativa, hiperalimentación y sedentarismo. *Yatrógenos*. Uso de drogas que promueven la obesidad. Al respecto, Braier (1988) propone la existencia de tres mecanismos que conllevan a una persona a la obesidad:

1. *Mecanismos que llevan a un aporte de excesiva energía alimentaria*. Intervienen elementos sociales y psicológicos manifiestos en hábitos inadecuados o basados en la ingesta de una gran cantidad de carbohidratos y azúcares, además de un bajo consumo de fibra. Relativo a lo psicológico se incluye la ingesta de alimento como

un modo de adicción, por ejemplo premiar el éxito con la comida o utilizarla como reacción ante ciertas emociones; escudarse en la gordura y adquirir poder; reprimir tendencias agresivas, en especial frente a la segregación dentro de un grupo minoritario; mitigar el malestar o en ciertas personalidades psicósomáticas o neuróticas. Concerniente a lo social, influyen elementos educacionales, económicos, costumbres, mitos y modas.

2. *Mecanismos alterados en la regulación de energía.*

3. *Mecanismos en el tejido adiposo.*

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2007), organismo encargado de realizar la Encuesta Nacional de Salud Pública y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006), revela que ha disminuido la prevalencia de baja talla en menores de cinco años, a excepción de ciertas zonas rurales del país. Por tanto, es prioritario implementar acciones que reduzcan dicha prevalencia al mínimo. En contraste, el exceso de peso en los diferentes grupos de edad es elevado.

Resulta imprescindible aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y el control de la obesidad en la población mexicana, puesto que aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. La diabetes de tipo 2 es la más común, incluso existe el peligro de que aumente con un IMC que se encuentre por debajo del límite de la obesidad (IMC de 30), en especial en aquellas personas con antecedentes familiares de esa enfermedad, aunque este riesgo decrece si se disminuye de peso (Federación Mexicana de Diabetes, 2011). La probabilidad de que las mujeres obesas desarrollen tal tipo de padecimiento es de dos a doce veces mayor que en mujeres con un peso saludable.

La obesidad predispone al individuo a factores de riesgo cardiovascular: hipertensión y niveles altos de colesterol en sangre. Además incrementan la cantidad de triglicéridos en sangre (lípidos sanguíneos), colesterol LDL y bajos niveles de colesterol HDL. Este perfil metabólico es característico en individuos con una alta acumulación de grasa intra-abdominal, por lo regular se asocia a un mayor riesgo de padecer enfermedades coronarias. Con frecuencia, si se pierde peso, los niveles de lípidos en sangre (grasas) mejoran (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006). En las mujeres, es la variable más importante para que presenten enfermedades cardiovasculares; después de la edad y la presión sanguínea elevada, el riesgo de sufrir un infarto es tres veces mayor en una mujer obesa que en una delgada de la misma edad (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006).

Asimismo, el vínculo entre hipertensión (alta presión arterial) y obesidad ha sido ya documentado, se calcula que la proporción de hipertensión atribuible a esta última es del 30–65 por ciento en las poblaciones de Occidente. El riesgo de hipertensión en personas con exceso de peso entre veinte y 44 años es casi seis veces mayor que en los adultos con peso normal (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006); es decir, la prevalencia de hipertensión en adultos con sobrepeso es tres veces mayor que en adultos sin sobrepeso.

Por otra parte, a pesar de que la relación entre obesidad y cáncer no está bien definida, existen estudios que indican que el primero tiene que ver con la incidencia de ciertos tipos de cáncer, en concreto con gastrointestinales y de origen hormonal. Referente a las mujeres, el riesgo de cáncer mamario, endometrial, ovárico y cervi-

cal es mayor; en el caso de los hombres es el de próstata y rectal. La asociación más clara es la de cáncer de colon y obesidad, pues triplica su riesgo en mujeres y en hombres (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006).

Las enfermedades degenerativas de las articulaciones, como la rodilla, son complicaciones normales derivadas de la obesidad y el sobrepeso. Se piensa que el daño mecánico se debe al exceso de peso que tienen que soportar. También es común el dolor lumbar, una de las causas principales de ausentismo laboral (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006). Concerniente a las repercusiones a nivel psicológico impera la presencia de comportamientos compulsivos, autoestima deteriorada y mayor tendencia a la depresión. Comúnmente los niños y los adultos obesos muestran trastornos de conducta, síntomas de depresión, angustia y baja autoestima; inhibición en la participación de actividades físicas y en las relaciones sociales, se refugian en el sedentarismo y en la alimentación excesiva que incrementan paulatinamente el sentimiento de culpabilidad (Bastos, González-Boto, Molinero-González y Salguero del Valle, 2005).

A sus características físicas los individuos obesos deben enfrentar la discriminación, casi siempre se hallan expuestos al aislamiento e intenso rechazo por los compañeros de trabajo o de escuela, hecho que los conduce a un constante estrés ambiental (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006) reflejado en las alteraciones psicológicas que les acompañan siempre: elevados niveles de ansiedad y depresión, miedos e inseguridad personal, baja autoestima, distorsión de la imagen corporal, impotencia masculina o frigidez feme-

nina, perturbación emocional por los hábitos de ingesta erróneos, tristeza, infelicidad y un estado de salud mental deteriorado (Alvarado, Guzmán y González, 2005). Lo anterior aunado a los trastornos de carácter psiquiátrico, por ejemplo lo alimentario (Silvestri y Stavile, 2005) posee una prevalencia entre el 4.8 y 28.8 por ciento y los atracones nocturnos entre el 8.9 y el 15 por ciento (Español–Armengol y Miján–de la Torre, 2006).

Así, de acuerdo con la literatura, aunque las personas con obesidad mórbida no se caracterizan por padecer un trastorno psiquiátrico específico, manifiestan mayor probabilidad de ser diagnosticados con depresión, agorafobia, fobia simple, trastorno por estrés postraumático, bulimia nerviosa, trastorno por atracón y uno o más trastornos de la personalidad (fundamentalmente histriónico, *borderline*, pasivo–agresivo y evitativo) (Guisado–Macías y Vaz–Leal, 2002). Todavía no se ha determinado si son características previas a la obesidad o se acompañan de ella y la explican. La obesidad es un problema complejo y heterogéneo en cuanto a su etiología, características y tratamiento, por lo que es de suma importancia que desde la psicología de la salud se exploren sus particularidades a fin de posibilitar mejores programas de prevención y atención.

## MÉTODO

### *Objetivo general*

Explorar la historia de vida de personas con obesidad mórbida que acuden al Servicio de Psicología del Centro Médico del ISSEMyM.

## *Objetivos específicos*

Describir los factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el desarrollo de la obesidad mórbida presentes en la historia de vida de personas que acuden al servicio de psicología del Centro Médico del ISSEMYM.

## *Participantes*

Se seleccionaron cuatro personas en tratamiento por obesidad mórbida y en valoración psicológica para determinar si eran candidatos potenciales a cirugía bariátrica bajo los siguientes criterios: *a)* haber sido diagnosticados por el Servicio de Nutrición del ISSEMYM con obesidad mórbida grado II o III por exceso de calorías; *b)* haber sido diagnosticados por el Servicio de Endocrinología del ISSEMYM con obesidad mórbida de tipo endógena, es decir, que no manifestaran algún tipo de alteración médica que propiciara la obesidad; *c)* ser mayores de 35 años; *d)* independencia de género; *e)* que iniciaran el tratamiento en el Servicio de Psicología en el mes de abril de 2010; *f)* que además de aceptar participar de forma voluntaria en la investigación, estuviesen descartados de desequilibrios de tipo metabólico que provoquen la obesidad; *g)* que en el momento de su participación en el estudio, hubiesen comenzado tratamiento médico, nutricional y psicológico por obesidad mórbida. A continuación se muestran las viñetas de los participantes:

*Participante número 1.* Mujer de 41 años de edad, casada desde los diecinueve, con tres hijos, trabajadora social de profesión, es ama de casa y cocinera. Fue diagnosticada con obesidad grado III por exceso de calorías y tiene

un peso de 126 kilogramos. Ha comenzado tratamiento médico, nutricional y psicológico por obesidad mórbida.

*Participante número 2.* Mujer de 47 años de edad, soltera y sin hijos, trabajadora social de profesión, labora en un centro penitenciario. Fue diagnosticada con obesidad grado III por exceso de calorías y tiene un peso de 140 kilos.

*Participante número 3.* Hombre de 38 años de edad, casado desde los veintiséis, con dos hijas, administrador de empresas de profesión, labora como docente universitario. Fue diagnosticado con obesidad grado IV por exceso de calorías y tiene un peso de 168 kilogramos.

*Participante número 4.* Mujer de 43 años de edad, casada a los treinta años y divorciada hace ocho, con dos hijas, maestra de profesión, labora en un preescolar. Fue diagnosticada con obesidad grado III por exceso de calorías y tiene un peso de 116 kilogramos.

### *Técnicas de recolección de la información*

*Entrevista a profundidad.* De acuerdo con Aguirre–Baztán (1995, como se citó en Balcázar–Nava, González Arratia–López Fuentes, Gurrola–Peña y Moysén–Chimal, 2006) la entrevista es una técnica dentro de la metodología cualitativa utilizada para obtener información verbal de uno o varios sujetos a partir de un cuestionario o guión de temas. Mediante el diálogo y las preguntas le permite al investigador recolectar datos reflexivos de la historia de vida del participante.

*Autobiografía.* Explica la realidad social a partir del punto de vista del actor (Pérez–González, 2002). Solicita a los participantes que redacten su vida teniendo como referente el desarrollo de la obesidad.

## Categorías de investigación

### Factores biológicos

*Definición conceptual.* Incluye factores fisiológicos o médicos vinculados con el desarrollo de la obesidad mórbida.

*Definición operacional.* Índice de masa corporal, existencia de enfermedades ligadas a la obesidad mórbida, exámenes de laboratorio.

### Factores psicológicos

*Definición conceptual.* Se refiere a aspectos de carácter personal o psicológico.

*Definición operacional.* Descripción del estado de ánimo (depresión, ansiedad y estrés).

*Características de personalidad.* Dependencia, victimización y manipulación. Significado de obesidad y atribuciones que hace el paciente sobre ella. Impacto a nivel psicológico en el paciente.

### Factores sociales

*Definición conceptual.* Alude a elementos ambientales o de interacción del individuo con su medio que intervienen en el desarrollo de la obesidad.

*Definición operacional.* Educación, nivel económico, historia y estructura familiar, mitos y creencias en torno a la obesidad. Trabajo y ocupación, impacto de la obesidad a nivel social (familia, pareja, escolar y ocupacional).

## *Procedimiento*

a) Se revisó el expediente médico de cada participante para conocer el tipo de obesidad diagnosticada y las enfermedades asociadas.

b) Se indicó a los pacientes que redactaran su autobiografía, tomando siempre como referente su obesidad, aumentos y disminuciones de peso corporal, medidas empleadas para su control y resultados positivos y negativos.

c) La entrevista a profundidad se realizó en cuatro sesiones de aproximadamente una hora cada una. Tomando en cuenta la guía elaborada se abarcaron los ejes planteados y se grabaron las entrevistas para el manejo de la información.

d) Una vez aplicadas las técnicas de investigación, se procedió a la captura y el análisis de la información, que consistió en la agrupación de los datos proporcionados por los participantes con fundamento en las categorías de análisis propuestas y de los tópicos emergentes en este estudio. Se buscaron puntos de coincidencia entre los cuatro casos y se discutió la información.

## RESULTADOS

*Tópico. Estado de salud del paciente, deterioro y problemáticas asociadas a la obesidad*

*Lexías*

Participante número 1

He tenido problemas en el corazón. Me han hecho dos estudios porque se me tapan las arterias del corazón por la grasa, he tenido fibrosis en el cuello del útero de la matriz, hace como tres años comencé a tener dolores en el seno derecho, también tengo fibrosis quística, por eso el que me mandó fue el doctor de oncología, me dijo que tengo que bajar de peso; además, tengo hipertensión...

Participante número 2

Me causó quistes en los ovarios, me los tuvieron que quitar junto con la matriz hace unos años, ahorita tengo hipertensión arterial y diabetes, también apneas del sueño, por lo que tengo que dormir con oxígeno para no ahogarme...

Participante número 3

Pues yo me siento bien, pero el doctor me dijo que en cualquier momento me puede dar un infarto, me hicieron estudios y salí muy alto en colesterol, también tengo hipertensión, además ronco mucho cuando duermo y por momentos dejo de respirar, dice el doctor que eso no es muy sano...

## Participante número 4

Tengo muchos problemas con el tránsito digestivo, me inflamo mucho, me duele el estómago mucho, el año pasado me operaron las rodillas porque por mi peso se me terminó el cartilago y entonces mis huesos rozaban y me dolía mucho, también soy hipertensa y tengo diabetes...

*Tópico. Desarrollo evolutivo del paciente (infancia, pubertad, adolescencia, juventud y adultez) relativo a la obesidad*

*Lexías*

## Participante número 1

Siempre fui llenita pero nunca con un sobrepeso como ahora, pero siempre fui llenita. Desde la adolescencia traté de cuidarme, siempre estuve en un peso de 68 kilos. Siendo talla entre 34 y 36 porque desde los trece años mido 1.70 metros. Desde los trece casi siempre he tenido sobrepeso. Cuando tuve a mis hijos cuando mucho llegué a pesar 78 kilos... De niña mi mamá nos daba muchas verduras, nos llegaba a dar carnes rojas o pollo dos veces a la semana, eso sí, siempre agua de sabor y postre, pero en lo personal, a mí y a mi hermano siempre nos sirvió más; ya cuando fuimos creciendo pues nosotros mismos le íbamos metiendo más cosas (papas, tacos, refresco)... En la casa mi mamá trataba de cuidarnos pero a mí me empezaron a gustar otras cosas (hamburguesas, refresco). A partir de que me casé cambié mi manera

de comer y a subir más de peso... Sin darme cuenta mi estómago se acostumbró a comer mucho. Y también en mi primer embarazo subí 16 kilos, me dijo la doctora que eso ya era obesidad.

### Participante número 2

Desde niña yo siempre he sido gordita, toda mi infancia pues fui gordita y mis hermanos también; en la adolescencia cuando me empecé a desarrollar como mujercita ya estaba muy gorda, tenía muchos problemas con la menstruación... Yo noté que comencé a subir mucho de peso desde que me quitaron los ovarios, nunca me importó; dentro de mis planes nunca estuvo casarme o tener un hijo; meses después falleció mi madre y pues ahí fue cuando subí más, me sentía muy triste... tenía 32 años.

### Participante número 3

Pues desde niño fui gordo, mi mamá tenía la idea de que si estábamos gorditos estábamos sanos, toda mi infancia estuve en mi pueblo, cuando pasé a la secundaria pues para seguir estudiando me vine a Toluca, vine a vivir solo, estuve viviendo aquí hasta que terminé la licenciatura, entonces mi alimentación pues no era muy equilibrada, como era joven comía lo que me gustaba y no lo que me hacía bien, yo creo que comencé a subir más de peso cuando comencé a trabajar, porque era un trabajo muy sedentario. Cuando tenía como veintitrés años me sometí a dieta motivado por la intención de conquistar a una chica guapa pero sí bajé como 25 kilos, pesaba 127

más o menos y casi alcancé los 100, poco después pues reboté y alcancé a pesar hasta 134..., de ahí he venido subiendo poco a poco, yo creo que por mi trabajo que es más de oficina.

#### Participante número 4

No me acuerdo si de niña era gorda, yo veo mis fotos y creo que no estaba, por lo menos cuando era niña, creo que empecé a subir cuando estaba en la Normal, aunque me estuve conservando un poco porque bailaba flamenco y hacía mucho ejercicio pero en cuanto salí como a los veintidós años fue cuando mi peso se disparó, en ese tiempo tuve una decepción amorosa y me dio por comer mucho, de ahí me casé a los treinta años, subí mucho en mis embarazos y ya no bajé, yo creo que como mi marido era alcohólico y teníamos muchos problemas pues yo comía mucho, cuando me divorcié también noté que me puse muy triste y comía mucho, de por sí yo tengo depresión congénita, estoy en tratamiento psiquiátrico desde hace años...

#### *Tópico. Historia y estructura familiar del paciente con obesidad mórbida*

#### *Lexías*

#### Participante número 1

*Abuelos paternos.* Mi abuelo paterno era delgado, con mucha energía, falleció de cáncer prostático a edad avanza-

da... Mi abuela paterna era delgada de muy buena salud hasta los 70 años, falleció de un coma hepático pero no tomaba alcohol.

*Abuelos maternos.* Mi abuelo materno tuvo sobrepeso considerable y falleció de diabetes y Alzheimer. Mi abuela materna murió muy joven de leucemia causada por medicamentos, no recuerdo si tenía sobrepeso.

*Padres.* Mi papá tiene 66 años, actualmente es delgado pero fue obeso, dos de sus hermanos fallecieron de cáncer en el estómago y actualmente tiene otra hermana con cáncer. Solamente él tuvo sobrepeso... Mi mamá tiene 64 años, tiene sobrepeso, tiene Parkinson, tiene apnea del sueño, es hipertensa y dos de sus hermanos tienen obesidad, uno ya falleció de diabetes.

*Esposo.* Tiene 42 años, con un sobrepeso, no es mucho pero sí tiene...

*Hermanos.* Somos siete, de los cuales dos tenemos obesidad y cuatro son delgados y una sólo tiene sobrepeso pero no obesidad...

*Hijos.* Pues yo creo que ninguno tiene sobrepeso, yo los veo delgados.

## Participante número 2

*Abuelos paternos.* Mi abuelo murió muy joven y mi abuela actualmente tiene diabetes, pero no tenían mucho sobrepeso.

*Abuelos maternos.* Mi abuela murió de cáncer y mi abuelo murió ahogado, él era muy delgado pero ella no.

*Padres.* Mi padre era hipertenso, cardiópata y diabético obviamente por obesidad, sus hermanos, mis tíos, algunos tenían sobrepeso y otros obesidad, la mayoría hiper-

tensos. Mi madre era obesa y diabética, sus hermanos no sufrieron mucho de obesidad pero una sí presentó diabetes y otro Parkinson.

*Hermanos.* Todos son obesos o al menos tienen sobrepeso, sólo uno es delgado y creo que porque tiene adicción a las drogas y al alcohol. De hecho la mayoría somos hipertensos y dos de los once somos diabéticos.

### Participante número 3

*Abuelos paternos.* Ya fallecieron, ninguno tuvo sobrepeso. Mi abuela falleció de cirrosis hepática, no sé si por causa de alcohol. Ninguno de los hijos que tuvieron incluyendo mi padre presentó obesidad, quizás sólo una de mis primas tiene obesidad.

*Abuelos maternos.* Mi abuelo vive, no tiene obesidad pero mi abuela sí tuvo y murió de diabetes, perdió la vista y se le complicó y perdió un pie. Dos de mis tíos sí presentan obesidad, mis tías sí presentan solamente sobrepeso y dos de ellas son diabéticas.

*Padres.* Mi padre vive sin problemas de salud, mi madre tiene diabetes y un poco de sobrepeso.

*Hermanos.* Los tres tenemos sobrepeso, ellos no mucho como yo pero sí tienen sobrepeso.

*Hijos.* Mi hija de diez años sí tiene sobrepeso y la chiquita de tres años no, pero tiene problemas de lenguaje.

### Participante número 4

*Abuelos paternos.* Mis abuelos fueron gorditos, pues exactamente no sé de qué fallecieron pero ya estaban muy grandes, yo creo que por eso.

*Abuelos maternos.* Sobre todo mi abuela era muy gordita, ella sí tenía diabetes. Falleció de eso.

*Padres.* Mi papá quizás porque andaba trabajando no estaba muy obeso pero mi mamá que era ama de casa sí, ella tiene depresión y también es diabética.

*Hermanos.* Pues no me llevo bien con ellos por diferentes situaciones pero sí tienen obesidad, no al grado en el que yo estoy pero sí tienen, de hecho uno de ellos ya tiene diabetes.

*Hijos.* Mis hijas sí me preocupan porque ya tienen sobrepeso, por eso también quiero bajar de peso, no me vaya a pasar algo más por estar gorda y me preocupa que se queden solitas. He tratado de mejorar su alimentación, pero a veces por la cuestión económica pues se me dificulta...

### *Tópico. Significado de la obesidad para el paciente*

#### *Lexías*

##### Participante número 1

Pues ahorita la obesidad es algo que me quiero quitar de encima, nunca me ha gustado estar gorda pero actualmente es algo que ya no soporto porque me está causando enfermedad tras enfermedad. A veces me digo: «¿Cómo fue que te dejaste engordar tanto?, ¿por qué no hiciste algo antes? Pero ni modo, la obesidad para mí es algo que no me gusta y me estorba, quizás de joven pues como no pensé en mi salud, no me preocupaba tanto pero ahora sí ya me interesa estar bien... a veces pues hasta ya me da pena salir por lo mismo... entonces por eso quiero bajar de peso».

## Participante número 2

Yo siempre he estado gorda, no mucho como ahora, aprendí a vivir con ese peso y nunca me imaginé delgada, la gente me decía: «cuidate vas a reventar» y yo me enojaba y pensaba «a ellos qué les importa, yo así soy feliz, ¡soy una gorda feliz!», llegaba a responderles a los que me decían que bajara de peso si es que estaban delgados: «prefiero dar risa a dar lástima». Mi madre decía: «¡baja de peso, nunca vas a encontrar un marido!» y yo respondía: «¡yo no quiero casarme, así soy feliz! Pero entonces empezaron los problemas, que la hipertensión, que mis ovarios, que la diabetes y además empecé a sentir ya el cansancio por mi peso, y me dije: «¡Hasta aquí! Ya estoy harta de tanto problema de salud», y fue cuando me decidí venir al tratamiento, para mí la obesidad no significa más que un problema de salud.

## Participante número 3

Pues creo que la obesidad estigmatiza mucho a la gente, la gente cree que uno por ser obeso es tonto o flojo y no ve la capacidad que uno tiene para alcanzar sus metas. Además siempre somos muy criticados y recibimos muchas mofas o burlas por parte de los demás, la obesidad en mi vida se ha convertido en una traba para que yo pueda triunfar, por lo mismo que la gente lo primero que ve es el cuerpo y a veces no me dan la oportunidad de demostrar de lo que soy capaz. Cuando yo ingresé aquí al hospital fue porque llegué con el cardiólogo y él me dijo: «tiene que bajar de peso antes de que comience a enfermar más hasta que esto sea irreversible» enton-

ces yo lo pensé y sé que es verdad; si quiero ver a mis hijas, crecer y convivir con ellas pues tengo que cuidarme, entonces pues quiero bajar por mi salud y por mi familia.

#### Participante número 4

Pues la obesidad para mí siempre ha sido algo que me ha afectado tanto emocionalmente como en mi salud, desde joven creo que mi exceso de peso ha provocado un rechazo hacia mí por parte de los demás. Siento que mi marido se fue por eso mismo, porque ya no le gusté por estar tan gorda, y eso de que te pongan apodosos o que en lugar de tu nombre te digan gorda pues te afecta mucho en tu autoestima. La mayoría de la gente cuando te juzga, te critica o te quiere ofender pues se agarra de ahí, y te dicen gorda de una manera muy fea... pero más que nada la obesidad pues es un problema de salud que si uno no le da solución pues nos puede llevar hasta la muerte. Cuando a mí me operaron de las rodillas para reconstruirme el cartílago me dijo el doctor «de nada sirve si no bajas de peso», entonces fue ahí cuando decidí bajar porque si no puedo caminar pues no puedo trabajar y cómo voy a mantener a mis hijas, principalmente fueron ellas las que me motivaron a bajar...

*Tópico. Impacto o afección de la obesidad a nivel psicológico del paciente*

*Lexías*

Participante número 1

Creo que lo que más me ha afectado de mi obesidad es que nunca me he aceptado así, nunca me ha gustado, no me gusta verme así, además me deprime mucho estar gorda entre otras cosas, sé que cuando estuve en tratamiento psiquiátrico pues pasé por más cosas además de mi aumento exagerado de peso, pero pues era peor para mí porque entre más gorda, más me deprimía y entre más me deprimía pues más me daban más ganas de comer, comer y llorar era lo único que quería. Cuando me acostaba abría los ojos y era estar llorando y conforme me iba poniendo más gorda era peor para mí, ya no quería salir. Poco a poco con ayuda de los médicos y mi familia pues he salido a delante, desde que entré a tratamiento por obesidad me siento mejor, aunque aún no me gusta verme así, pero ya me siento más motivada.

Participante número 2

La obesidad como tal sí me ha afectado, sobre todo por los comentarios de mucha gente, hacen que te sientas mal, el hecho de que te subas a un camión y todos te miren con deseos de que no te sientes junto a ellos, o si te sientas junto a ellos y te ven feo porque invades su espacio pues te baja mucho moral, la autoestima sobre todo, o por ejemplo, como no puedo caminar rápido el hecho

de que te estén apurando, gritando, presionando pues te hacen sentir como inservible, como inútil. Todo esto pues te pone triste... También te crea inseguridad, mucha inseguridad, te da pena que te observen y te critiquen, no es fácil presentarse en público por miedo a que se burlen; por ejemplo, yo prefiero ya viajar en taxi para que no me vaya a pasar algo en el camión, como caerme o cosas así donde se puedan reír de uno. La obesidad junto con todos los problemas de salud que ésta acarrea pues sí me genera más que nada depresión y miedo, depresión pues porque sé que mi estado de salud no es bueno y estoy limitada para muchas cosas y miedo porque siento que en cualquier momento se puede complicar y llegue a fallecer...

### Participante número 3

Yo creo que me afecta más en la autoestima, pues yo quisiera verme mejor y sentir mejor, a lo mejor no sentirme guapo pero sí sentirme por lo menos bien físicamente... a veces me siento triste porque en el trabajo constantemente hacen actividades en las que yo no puedo participar precisamente por mi peso. Cuando hacen la activación física pues me invitan porque a lo mejor ven que lo necesito y me da mucha pena, pero sé que si voy pues a los dos minutos ya me voy a empezar a sofocar, a sudar y eso pues me apena porque dirán que no aguanto nada o que soy flojo, pero en verdad me cuesta mucho trabajo...

## Participante número 4

La obesidad sí me ha afectado, pero yo creo que no directamente, me divorcí primero porque mi marido era alcohólico, y se fue porque pues ya no me quería yo sentía mucho rechazo, obviamente porque ya estaba pasada de peso, no como ahora pero sí. También las enfermedades que últimamente he presentado pues hacen que me desespere, que me deprima... la obesidad así solita pues creo que no me ha afectado emocionalmente pero sí todos los problemas que ya me trajo, tanto de salud, como con mi pareja y mi trabajo... La depresión que me diagnosticó el psiquiatra pues se supone que es congénita porque mi mamá también tenía, no sé si sea causa de la obesidad, porque mi mamá también tenía obesidad... sí me deprime estar gorda y sí me baja la autoestima, yo no quisiera estar delgada para verme bien sino para estar mejor de salud, y como no lo he logrado pues me siento frustrada enojada conmigo misma, ya no se qué hacer...

*Tópico. Mitos, creencias y educación del paciente  
sobre la obesidad*

*Lexías*

## Participante número 1

En mi familia somos siete, pero yo y uno de mis hermanos somos los que actualmente tenemos obesidad extrema; cuando éramos niños mi mamá siempre nos sirvió más de comer a mí y a mi hermano, quizás ella creía que

como estábamos gorditos necesitábamos más alimento para llenarnos bien, cuando tenía que ser al revés; creo que esa fue una de las creencias de mi mamá que contribuyó a que yo y mi hermano subiéramos y subiéramos de peso... pues creo que yo aprendí que si una persona come una pieza de pollo yo tengo que comer dos pues porque así fue desde niña, siempre creí que necesitaba más alimento de lo normal.

#### Participante número 2

Pues en mi familia, tanto como mis hermanos (casi todos) y tíos, hay antecedentes de obesidad, yo creo que el mito fue que como muchos de nosotros estamos gordos pues es que estaba bien, o al menos no lo veíamos como anormal, al contrario, tengo un hermano que tiene adicción a los drogas y él es el único delgado, entonces pues nosotros decíamos que está mal, ya está muy flaco, se va a morir si sigue así, sin saber pues que nosotros también estamos mal de salud o mi sobrino está gordito pero como nosotros también pues creo que no creemos que sea malo, hasta ahora que ya está muy sonado esto de la obesidad pues nos damos cuenta que estamos mal.

#### Participante número 3

Creo que mi madre siempre pensó que teníamos que comer bien para crecer; de hecho en la familia tenemos la creencia que el sobrino o en mi caso mi hija, pues el sobrepeso se le va a quitar en cuanto crezca, luego digo «es que la niña está gordita», «no te preocupes está creciendo, se le quita cuando empiece a desarrollarse» y no,

en mi caso pues yo de niño fui gordito y pasé por la adolescencia y la pubertad y seguí siendo gordo, y creo que hasta subí más pero pues es una creencia que tenemos en la familia... Las comidas también pues representan la unión familiar, cuando tenemos que juntarnos con mis padres y hermanos por x o y situación pues siempre hay una comida de por medio. Para toda comida, y siempre fue así, siempre celebramos cosas o arreglábamos problemas en una comida.

#### Participante número 4

Pues creo que es clásico pensar que el niño gordito es muy sano o que está bien alimentado, anteriormente era así, de hecho pues yo también lo pensé, y por ello pues es que mis niñas están pasadas de peso, hasta ahora me doy cuenta por mi experiencia que no es nada sano y mucho menos agradable. Mi madre era así, lo que más le importaba era que tuviéramos qué comer, siempre nos atiborró de comida y «no te levantas hasta que te lo termines» y así fue mi educación, me enseñaron a no desperdiciar la comida y a comer mucho, mis padres decían «andarás descalza pero con la barriga llena» y así fue siempre... Ahora que lo pienso, mi madre nos enseñó que se comía lo que había y no lo que uno quería, a lo mejor esa es una de las causas por las que no puedo apegarme a la dieta, como lo que hay y no lo que me dicen que coma, sé que está mal pero es algo que tengo que quitarme de la cabeza...

*Tópico. Impacto o afección de la obesidad a nivel social en el paciente (comunidad, familia, pareja, escolar y ocupacional)*

*Lexías*

Participante número 1

*Comunidad.* No me ha afectado, no he oído, ni he sentido, nunca he notado, ni me han hecho nada, bueno... a veces, a veces con una mirada dicen todo... más allá de sus comentarios burlones no me han hecho nada pero pues es algo que no tomo en cuenta y... creo que el problema no eran tanto mis vecinos y amigos, más bien era yo la que ya no quería estar en contacto con alguien porque me daba pena, como le he dicho nunca me ha gustado estar ni verme de este tamaño, por eso mejor evito ir a fiestas porque todos van bien vestidos y yo no tengo ni qué ponerme porque nada me queda..., llegó el momento en el que yo ya no quería ni ir al doctor porque sabía que me iban a pesar y yo no quería saber cuánto pesaba...

*Familia.* Mi familia es el único lugar o grupo donde realmente me siento aceptada y apoyada, ellos siempre están conmigo y me dicen «échale ganas» y cosas así que no te hacen daño.

*Pareja.* Me daba pena de repente estar así con él, pero él decía «yo valoro todo lo que hagas, estoy de acuerdo, estoy contigo si fuera otra situación ya no saldría contigo, no te presentaría», de hecho siempre que él tiene una reunión dice «vamos», pero soy yo la que no quiere, «yo no quiero ir, no tengo que ponerme» y él no me deja,

«vas a ir conmigo», de hecho siempre he tenido el apoyo por parte de él y cuando vamos a caminar vamos juntos, siempre él ha estado conmigo, nunca he sentido un rechazo o que me diga «mira cómo te ves», nada de eso.

*Escuela u ocupación.* Prácticamente a mí me despidieron del trabajo por mis problemas de salud, sólo que lo hicieron de forma muy sutil, me engañaron, me dijeron: «no te preocupes arregla tus problemas y cuando estés mejor regresas» y cuando regresé pues ya no me dieron el trabajo, me di cuenta cuando comencé a buscar otros trabajos que no me aceptaban por estar obesa, me veían y decían que no había. A mí siempre me ha gustado trabajar, yo no he podido trabajar en un hospital o algo así donde pueda yo desarrollar mi profesión, me he visto en una dificultad de encontrar trabajo; yo soy trabajadora social pero tengo que conformarme con trabajar en una cocina.

## Participante número 2

*Comunidad.* La comunidad pues no está hecha para personas con obesidad como la mía, el no poder sentirte cómodo en un camión, un baño, una sala de espera porque realmente no cabes pues es de lo más frustrante, te sientes muy mal. Cuando era más joven pues me llamaba la atención mucha ropa, yo quería arreglarme pero nunca había ropa de mi talla.

*Familia.* Pues no ha habido mucho problema en ese aspecto, yo me siento a gusto con mi familia, anteriormente cuando era muchacha mis primas me llamaban y me decían: «quédate a dormir con nosotras», nunca quise; nunca he querido dormir con alguien más, prime-

ro porque pues me tenía que quitar la ropa para dormir y a mí me daba pavor que alguien me viera sin ropa por mi mismo sobrepeso; por eso también evito ir a lugares como playas o albercas. Por otro lado pues ronco mucho y me daba mucha pena pues que supieran que ronco...

*Pareja.* Como todas las señoritas cuando iba a la escuela pues me fijaba en los muchachos, me gustaban muchos pero yo no les gustaba a ellos y pues nunca tuve una relación. Llegó el momento en que decidí enfocarme a otras cosas como mi desarrollo profesional, mi trabajo, mi madre y fue cuando decidí pues no casarme ni tener hijos...

*Escuela u ocupación.* En el trabajo pues nunca he tenido problemas porque siempre he sido muy dedicada, a veces cuando mi estado de salud se complica y tengo incapacidad pues el problema es que tengo que recuperar todo el tiempo que se perdió porque el trabajo se sigue acumulando y durante la escuela los compañeros que son un tanto inmaduros, pues siempre quisieron dejarme en ridículo por mi mismo sobrepeso, pero fue algo que compensé con mis buenas calificaciones, si ellos me ofendían por gorda yo los ofendía por burros y tontos...

### Participante número 3

*Comunidad.* Pues más que nada es que uno no es tan aceptado como uno quisiera, comúnmente siento que me estigmatizan mucho, nunca he tenido problemas para hacer amistades pero siento que muchas veces estas amistades sólo buscan un beneficio y no una verdadera amistad. De ahí en fuera pues yo me siento bien, creo que la gente cree que soy buena persona, me ven como amigable, como el chistoso, como alguien amable.

*Familia.* En la familia no hay problema, ellos pues me aceptan así, sí me dicen: «cuídate» pero hasta ahí. Tal vez porque somos muy unidos con mis hermanos y tratamos de estar bien.

*Pareja.* Con mi esposa sí tengo un poquito de problema, a veces siento que me ven más como el proveedor de la casa; es más, a veces siento que me ve más como un padre al que tiene que respetar y hacer lo que diga pero no como a una pareja o como hombre... en la intimidad pues a mí me da pena porque me cuesta acomodarme para no dejarle caer mi peso, y me da pena que me vea desnudo, prefiero tener la luz apagada, siento que no soy atractivo para ella. Lo creo así porque ella no es una persona a la que le guste tener mucho contacto de ese tipo, nunca se lo he comentado porque creo que tiene los suficientes motivos para no sentirse atraída por mí...

*Escuela u ocupación.* Como soy administrador de empresas en los lugares donde he trabajado pues la presentación cuenta mucho. El hecho de que yo tenga un peso exagerado siento que me ha limitado para alcanzar puestos más grandes, mis jefes no ven en mí las capacidades con las que cuento, sino más bien cómo me veo, esto lo digo porque compañeros de trabajo con menor grado de estudios, menor experiencia han adquirido ascensos que quizás yo me merecía, pero que por estar gordo no me dieron... es el problema que yo creo tener en el trabajo...

#### Participante número 4

*Comunidad.* Sí me ha afectado, sobre todo ahorita que ya me cuesta mucho moverme, prácticamente me he aislado

porque yo no puedo ni salir por no poder caminar... Pues antes de que empezara con mis problemas de rodilla pues nunca sentí que mi vida social se viera afectada por mi sobrepeso, hasta ahora ya veo que sí me trae muchos problemas... Cuando era estudiante pues sí me reservaba mucho, sobre todo porque estaba gordita, evitaba ciertos tipos de ropa y así disimular el peso, no me gustaba bailar porque sentía que todo mundo se reía de mí, me gustaban muchos amigos pero nunca dije nada por el temor a que se burlaran o que me despreciaran.

*Familia.* A pesar de que no somos muy unidos pues no me ha afectado, quizás yo sí he afectado a mis hijas, dándoles una mala alimentación, no porque fuera mi intención sino porque ignoraba que muchas cosas hacen daño...

*Pareja.* Mi esposo se fue precisamente porque ya no me quería por gorda; yo me descuidé mucho y subí mucho de peso, y él siempre me lo reprochó y era discusión tras discusión hasta que un día finalmente se fue...

*Escuela u ocupación.* A partir de que me operaron y mi estado de salud se complicó, pues yo empecé a tener muchas incapacidades, comenzaron los problemas con los directivos de la escuela, con las maestras, con los mismos padres de familia porque constantemente faltó al trabajo porque mi salud no me permite ir, no por floja.

*Tópico. Conductas relacionadas con el estado de ánimo (depresión, agresión, ansiedad, dependencia e impulsividad) y la ingesta de alimento*

*Lexías*

Participante número 1

Ya noté que cuando estoy preocupada por cualquier cosa busco la comida y no se diga cuando estuve deprimida, pues en esa etapa era comer y llorar, comer y llorar, solo así me tranquilizaba, y siempre he sido muy dulcera, muy golosa, la comida es algo que me hace sentir bien, después me arrepiento cuando me veo ante el espejo, y ahí empieza otra vez el problema, como y engordo y si engordo pues vuelvo a comer y es un cuento de nunca acabar, y sí, la comida me hace sentir bien...

Participante número 2

Pues yo siempre he comido mucho, nunca me conformo con un solo plato y me sirvo más, esté bien o esté mal... Yo he notado que como más en las noches cuando estoy sola y sin nada que hacer, mientras estoy ocupada o presionada. Por trabajo, por otra cosa, pues no me da hambre, pero en cuanto tengo un espacio libre es cuando le entro. Algo que también me pasa, que si ya comí pero alguien me invita algo, pues me lo como aunque no tenga hambre, a veces digo: «nada más lo pruebo», pero no puedo, no estoy tranquila hasta que me lo acabo; después en la noche me estoy arrepintiendo porque ya me dolió el estómago pero pues para qué si ya me lo comí...

### Participante número 3

Como le he comentado, como mucho pero sí, cuando tengo mucho trabajo necesito estar comiendo, y no paro... y no sé pero he pensado en mi problema desde que entré a tratamiento y creo que yo como mucho porque me enoja y me frustra que no se me reconozca mi trabajo y esfuerzo que debiera... creo que es enojo y también un poco de tristeza de que por más que lucho, pues no alcanzo lo que deseo; por ejemplo, creo que en el trabajo yo tengo que esforzarme más que otros compañeros para que se reconozcan lo que hago porque si hago lo mismo que ellos, entonces sí para mi jefe estoy flojeando y creo que descargo esa ira, esa frustración y tristeza pues comiendo...

### Participante número 4

Yo como a todas horas, y siempre, pero recuerdo que en cuanto mi marido se fue pues yo empecé a comer más que antes porque cuando se fue mi esposo comía sin límite, quizás porque él siempre me decía «ya no comas, mira cómo estás» y eso me detenía; entonces cuando se fue pues ya no hubo quien me dijera «ya no comas» y era comer sin límite... Pero sí, cuando estoy preocupada ya sea por mis hijas o el trabajo, que el dinero o mis dolencias pues sí he notado que comer pues me tranquiliza... Muchas veces he intentado ya no comer tanto pero se me presenta cualquier cosa y se me olvidan mis propósitos y a comer otra vez...

## DISCUSIÓN

Los pacientes que participaron en este estudio por ser candidatos a cirugía bariátrica cumplen con los criterios de la Organización Mundial de la Salud para ser considerados pacientes con obesidad extrema (IMC mayor a 40.0). Los cuatro casos se caracterizan por tener un estado de salud físico en etapa de crisis, su peso corporal ha provocado daños a la salud irreversibles, como lo indica el Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (2006), pues se observan graves repercusiones que se manifiestan en varios padecimientos: diabetes, hipertensión arterial y enfermedades degenerativas de las articulaciones. De esa manera, dos de los tres participantes del género femenino han presentado problemas en el aparato reproductor, que si bien no han derivado en cáncer, tal y como se ha reportado en la literatura, ha implicado la extracción de la matriz, lo cual deja más secuelas en el orden de lo psicológico que en el estado físico de la salud.

Al indicar los factores biológicos que intervienen en el desarrollo de la obesidad (Braier, 1988), se observó que los participantes tienen un historial familiar en el que existen antecedentes de obesidad y sobrepeso en familiares cercanos (padre, madre, hermanos, tíos de primer orden) e incluso se muestra que los hijos tienden a rebasar el peso normal. Ante ese panorama es posible pensar en un predisponente de carácter hereditario que contribuyó a que el peso del participante alcanzara niveles extremos, dada la correlación de obesidad entre padres e hijos. Existe además un historial de diabetes e hipertensión en la familia de cada uno, que sumado a la obesidad aumentó

el riesgo de padecer dichas enfermedades (Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación, 2006).

No obstante, aparte del factor hereditario en el sobrepeso, la obesidad o el mantenimiento del peso en rangos aceptables, cumple una función crucial el estilo de vida. Según la Organización Mundial de la Salud (López, Rodríguez y Munguía, 2003, como se citó en Balcázar, Gurrola, Bonilla, Colín y Esquivel, 2008) se basa en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales son determinados por factores socioculturales y características personales de los individuos, cuyos dominios comprenden conductas y preferencias asociadas con la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol o tabaco y otras drogas, responsabilidad de cuidado hacia la salud, actividades recreativas y laborales, relaciones interpersonales y prácticas sexuales.

Concerniente al aspecto cultural, se observan algunas creencias acerca de la alimentación. En principio, la obesidad infantil y el buen estado de salud; en el caso del participante número 1 se manifiesta de manera explícita una concepción de obesidad infantil como sinónimo de salud, al igual que en el tercer caso, en el que se asocian las grandes cantidades de comida como equivalente a buena alimentación, aspectos que teóricamente son equívocos pero permanecen vigentes en las familias. Lo cierto es que las creencias y una educación hacia la salud basada en un estilo de vida determinado, condujeron a los participantes a un proceso de «normalización» de la obesidad. Los cuatro participantes coinciden en que el alimento en abundancia sin importar la calidad es prioritario para el crecimiento sano de los niños. Si bien la obesidad en la infancia ha sido considerada un cre-

cimiento sano, es erróneo suponer que el problema se corregirá en la adolescencia.

Por otra parte, la cuestión económica de las familias es relevante, puesto que donde había alimento en abundancia se obligaba al participante a «comer bien», equivalente a comer mucho; donde escaseaba el alimento se procuraba dar prioridad a la alimentación y no desperdiciar, y se ingerían grandes porciones de alimento. Los participantes expresaron que aprendieron a comer mucho y de ese modo trataron de educar a sus hijos antes de ingresar al tratamiento. En ese sentido, los factores socioeconómicos, las creencias y la educación forman parte primordial en la etiología de la obesidad acorde con lo notificado en la literatura (Braier, 1998).

En los cuatro casos, el significado que cada individuo asigna a su obesidad puede describirse en dos tiempos: antes de ingresar al protocolo para tratamiento de la obesidad mórbida y a partir del inicio del tratamiento. En el primer momento no se concebía como un problema porque estaban tan naturalizados con ella que no la percibían de forma anormal, además integraba su historia de vida y se hallaba presente en los miembros de sus familias. Ciertas declaraciones como «no estaba muy gordito» o «no tenía mucho peso» son referencias en función del peso actual. Pese a que se constató en su discurso que desde etapas tempranas existían dificultades con el sobrepeso, no se valoraba como algo problemático.

Relativo a las mujeres sobresale un mayor aumento de peso en la pubertad y la adolescencia, condición que se explica por los cambios metabólicos hormonales propios de la fisiología de la mujer en esa etapa. De igual modo, se aprecia que el desarrollo de la obesidad en la vida de los

participantes ha sido constante. Aparte de los elementos hereditarios y el estilo de vida, la obesidad se vincula con etapas en las que surgieron eventos de conflicto emocional; por ejemplo, las crisis en las que se indica un aumento desmedido de peso (embarazos, divorcios, duelos, cambios abruptos en el estatus vital). Dichos eventos van acompañados por intentos fallidos para perder peso, lo que se convierte en un círculo vicioso al comer como una respuesta impulsiva e incontrolada ante depresión, ansiedad o cualquier otro estado emocional, para luego sentir ansiedad por la ingesta excesiva y vuelven a consumir alimentos en un esfuerzo por solucionar los problemas. En opinión de Silvestri y Stavile (2005) los conflictos internos más frecuentes en el paciente obeso tienen que ver con la ansiedad y la depresión, la impulsividad y una autoestima deteriorada (Díaz-Guzmán y Díaz-Guzmán, 2008).

En el caso de depresión o síntomas depresivos difícilmente es posible establecer si es una de las variables que propicia la obesidad o si ésta provoca depresión (Alvarado, Guzmán y González, 2005). En varios de los relatos se reflejan rasgos depresivos aparejados con la obesidad: «entre más gorda más me deprimía y entre más me deprimía pues me daban más ganas de comer, comer y llorar era lo único que quería...». Los detonantes correspondieron a distintas causas: a una de las participantes se le extirpa la matriz y luego pierde el trabajo; a otra se le extirpan los ovarios y fallece la madre; la última se divorcia, en consecuencia se deprime y su peso incrementa significativamente. Pareciera que la depresión favoreció el desarrollo de la obesidad; sin embargo, no debe soslayarse el historial de sobrepeso de la infancia. Aun cuando dos de los casos documentados contaban

con un diagnóstico psiquiátrico de depresión y uno de ellos ya ha exteriorizado ideas suicidas (Guisado–Macías y Vaz–Leal, 2002), sólo es viable confirmar que la depresión o síntomas depresivos están presentes en la historia de vida de los participantes paralelamente a la obesidad.

Los síntomas psicológicos se acentúan dada la percepción de la obesidad como causante de discriminación y rechazo social. Los participantes de la investigación expusieron que debido a su problema se aíslan de su entorno, prefieren recluírse en su casa y no exhibirse por el rechazo en el entorno laboral o en el área de pareja; en ciertas situaciones es la explicación que proporcionan para no buscar pareja o explicar sus dificultades.

Al momento de concluir la investigación, los participantes veían a la obesidad como un serio problema, intentando recuperar un peso normal por salud y no por consignas de belleza y estética. Pese a que sienten que han mejorado en varias áreas como personas, todavía persisten sentimientos de desvalorización, autoconcepto devaluado, inseguridad y miedo por no considerarse capaces de terminar con éxito el tratamiento. Asimismo les es complicado mantener un apego estricto a la dieta por sus episodios de ansiedad, tristeza, enojo o soledad.

## CONCLUSIONES

La obesidad mórbida es una enfermedad multifactorial que posee una etiología donde las esferas biológica, psicológica y social del paciente interaccionan entre sí. No se puede concebir a la obesidad como una enfermedad puramente biológica, psicológica o social, porque cada ámbito impacta en los otros, de ahí que sea

difícil separar lo psicológico y social de la obesidad de su base biológica o médica para su estudio, prevención y tratamiento.

En sí, la psicología de la salud es el punto de acuerdo con las enfermedades que tienen un referente médico y en las que el aspecto psicológico se involucra. Es relevante también rescatar el aspecto subjetivo y la experiencia personal de quien padece este tipo de afecciones. Al abordarse desde la investigación cualitativa se llega a conocer, comprender y generar programas de intervención y prevención. Ante un problema actual y de emergencia para el país influyen distintos profesionales de la salud, labor imprescindible que reside en el profesional de la salud mental.

## REFERENCIAS

- Alvarado, A.M., Guzmán, E. y González, M.T. (2005). Obesidad: ¿Baja Autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 10(002), 417–428.
- Balcázar–Nava, P., González Arratia–López Fuentes, N.I., Gurrola–Peña, G.M. y Moysén–Chimal, A. (2006). *Investigación cualitativa*. Mexico:Universidad Autónoma del Estado de México.
- Balcázar, P., Gurrola, G.M., Bonilla, M.P., Colín, H. G. y Esquivel, E.E. (2008). Estilo de vida en personas adultas con diabetes mellitus 2. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 06, 147–158.
- Bastos, A., González Boto, R., Molinero González, O. y Salguero del Valle, A. (2005) Obesidad, nutrición y actividad física. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5(18), 140–153. Recuperado de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>

- Braier, L. (1988). *Fisiopatología y clínica de la nutrición: obesidad, diabetes, hiperlipoproteidemias y aterosclerosis*. Buenos Aires: Medicina Panamericana.
- Consejo Europeo de Información sobre la Alimentación (2006). *Obesidad y exceso de peso. Documentos básicos*. Recuperado de <http://www.eufic.org/article/es/page/BARCHIVE/expid/basicos-obesidad-excesopeso/>
- Díaz-Guzmán, M.C. y Díaz-Guzmán, M.T. (2008). Obesidad y autoestima. *Enfermería Global*, 13, 1-11. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/16131/15541>
- Español-Armengol, N. y Miján-de la Torre, A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria en la obesidad. *Revista de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad*, 4(6), 1-11. Recuperado de <http://www.seedo.es/Actividades/RevistaSEEDO/RevistaSEEDOAno2006/tabid/216/Default.aspx>
- Federación Mexicana de Diabetes. *Diabetes tipo 2, Generalidades y factores de riesgo*. Recuperado de <http://www.fmdiabetes.org/v3/paginas/factores.php>
- Fundación Mexicana para la Salud (2002). *Obesidad: consenso*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Govea, V. y Vera, G.V. (2011). La versatilidad biográfica como tradición cualitativa de investigación. Biografía, autobiografía, historia oral e historia de vida. *Jornadas de Investigación de la Universidad la Zulia*. Recuperado de [http://servidor-opsu.tach.ula.ve/7jornadas\\_i\\_h/paginas/doc/JIHE-2011-PN36.pdf](http://servidor-opsu.tach.ula.ve/7jornadas_i_h/paginas/doc/JIHE-2011-PN36.pdf)
- Guisado-Macías, J. y Vaz-Leal, F.J. (2002). Características clínicas de los pacientes con obesidad mórbida. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna*, 29(2), 85-94. Recuperado de [http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002\\_2/ps-29-2-004.pdf](http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2002_2/ps-29-2-004.pdf)
- Hernán-Daza, C. (2002). La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud. *Colombia Médica*, 33(002), 72-80. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/283/28333205.pdf>

- Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). Sobrepeso y obesidad en México. *Comunicados de Prensa*, 192, 1-2. Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/comunicacion/Comunicados2009/julio.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Shamah-Levy, T., Villalpando-Hernández, S. y Rivera-Dommarco, J.A. (2007). *Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006*. Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://www.insp.mx>
- Silvestri, E. y Stavile, A.E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. *Universidad Favaloro, Posgrado en Obesidad a Distancia*. Recuperado de <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (1995). Obesidad: Clasificación. *Noticias de la SEEDO*. Recuperado de <http://www.seedo.es>



# Salud del adulto mayor: ansiedad en la presencia de hipertensión y diabetes



MARÍA ELENA VIDAÑA GAYTÁN

PATRICIA VÁZQUEZ RAMÍREZ

ALBERTO CASTRO VALLES

ANTONIO MUÑOZ BERNAL

HUGO ALMADA MIRELES

ALEJANDRA RODRÍGUEZ TADEO

ABRAHAM WALL MEDRANO

Universidad Autónoma de Ciudad Juárez

ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ CELIS RANGEL

Universidad Nacional Autónoma de México



## RESUMEN

Actualmente residen en México 8.5 millones de personas de 60 años o más. Su crecimiento poblacional generará un incremento de gastos para el sector salud debido a que padecen enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes. El objetivo de este análisis es evaluar la relación de la ansiedad con la presencia de hipertensión y diabetes en adultos mayores originarios de Chihuahua.

Se entrevistaron 2 mil 118 adultos mayores en cinco localidades del estado, dichas enfermedades fueron previamente diagnosticadas mediante el cuestionario derivado de «Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE)», elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005). Para medir la ansiedad se aplicó la escala *Golberg* (1988). Se obtuvieron frecuencias en las variables categóricas y se empleó la prueba de  $\chi^2$  para evaluar diferencias significativas. La significancia se consideró mayor al 95 por ciento y se valoró la consistencia interna. Los análisis se realizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 16.0.

Según los resultados, mil 387 mujeres (65 por ciento) y 735 hombres (35 por ciento) tienen un promedio de edad de  $72.4 \pm 8.1$  y  $74.7 \pm 8.0$ , respectivamente. El 20 por ciento vive en asilos y el resto en casa propia, con familiares o amigos. La hipertensión se manifiesta en un 50.7 por ciento de la población, siendo las mujeres las más afectadas ( $p < 0.05$ ); la diabetes en un 24.8 por ciento y se percibe sobre todo en los hombres ( $p < 0.05$ ); el 25.8 por ciento padecen ansiedad, lo cual ocurre en su mayoría en las mujeres. Los signos de ansiedad son 2.5 y 2.0 veces más frecuentes en hombres y asilados con hipertensión, res-

pectivamente, así como 1.5 y 1.6 veces más recurrentes en mujeres y no asilados con diabetes ( $p < 0.05$ ). Tales patologías intensifican la aparición de síntomas de ansiedad en la muestra.

*Palabras clave:* hipertensión, diabetes, ansiedad.

## INTRODUCCIÓN

La transición demográfica y epidemiológica asociada al aumento en la esperanza de vida a nivel mundial, ha cambiado la estructura en la pirámide poblacional. En México, entre 2005 y 2050 la población crecerá a casi 26 millones; más del 75 por ciento de ese incremento sucederá a partir del 2020 (Zúñiga y García, 2008). Esta alza deriva de la disminución en las tasas de natalidad y mortalidad, lo que trae como consecuencia una esperanza de vida actual de alrededor de 75 años a nivel nacional, y a partir de 2010 será de 74.2 para los hombres y 79.1 para las mujeres.

En el 2005, las personas mayores de 65 años significaban el 5.2 por ciento de toda la población en el estado, más de la mitad se ubicaban en sólo dos urbes: Ciudad Juárez (28.5 por ciento) y Chihuahua (24.7 por ciento). Sin embargo, el porcentaje en poblaciones pequeñas semeja al observado en países europeos, como es el caso de Belisario Domínguez, Gran Morelos, El Tule y San Francisco de Borja, donde la proporción es de 1–2 por cada diez habitantes. En ese año la entidad ocupaba el séptimo lugar en esperanza de vida en todo el país con casi un año más del alcanzado en el 2000. El crecimiento neto de la población

chihuahuense se ha mantenido en la última década, así como la tasa de inmigración-emigración.

El principal componente que justifica la esperanza de vida en el estado es la natalidad y la migración neta externa (Partida, 2006). Es de esperar que ese fenómeno genere un ascenso en trastornos mentales y enfermedades asociadas con la edad (hipertensión, diabetes y prevalencia de ansiedad). Es relevante efectuar un estudio que explicita el vínculo entre enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes e hipertensión con estados de salud mental, en específico la ansiedad en adultos mayores; ello permitiría el diseño de programas de atención integral para esa población vulnerable.

Distintas investigaciones epidemiológicas señalan al trastorno de ansiedad como un factor asociado con el envejecimiento y la importancia de redes sociales en el adulto mayor, demostrado en países desarrollados (Ángel y Ángel, 2006). Esto ha sido medianamente explorado en nuestro país y en la entidad. El análisis de Ornelas et al. (2008) en adultos mayores asilados en la ciudad, arrojó que el 68 por ciento reportó haberse sentido abandonado algunas veces o siempre, el 70 por ciento nunca haber salido solo del asilo, el 75 por ciento no haber recibido una llamada de familiares y el 55 por ciento no haber tenido visitas.

Según el estudio «Realidad Social del Adulto Mayor en el Estado de Chihuahua» (Rangel, 2008) el 40 por ciento de los adultos en Parral, Chihuahua, San Juanito, Creel, Casas Grandes y Ciudad Juárez no tiene acceso a servicios de salud y sufre de marginación y pobreza. Los principales problemas detectados en el grupo fueron: salud, violencia intrafamiliar, trabajo y educación. Tales son los

factores por los cuales padecen alteraciones en la autoestima y la autopercepción de su bienestar, modificaciones en las relaciones familiares (cambio de rutinas y contacto entre sus miembros), incluso la necesidad de cuidados especiales e institucionalización, mismos que ponen en riesgo su salud.

En México, las encuestas nacionales han reportado que la población presenta en su mayoría presión arterial elevada, diabetes, enfermedades del corazón, además, las cifras de sobrepeso y obesidad van en aumento. Las enfermedades coronarias eran la principal causa de muerte hasta el 2005, cuando fueron superadas por la diabetes. Las cifras de hipertensión arterial en los adultos mayores van de 35 hasta 50 por ciento (Organización Panamericana de la Salud, 2005; Shamah-Levy et al., 2008; Wong, Espinoza y Palloni, 2007). La frecuencia de diabetes es de 17.5 a 26 por ciento (Alemán-Mateo et al., 2008).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008), las enfermedades crónico-degenerativas son la mayor causa de discapacidad y muerte en todo el mundo, responsables del 57 por ciento de los 57 millones de muertes que se producen al año y del 46 por ciento de la carga global de las enfermedades en general. En América Latina, el país que posee más personas con ese padecimiento es México, a nivel mundial ocupa el cuarto lugar por prevalencia de diabetes (Pérez, Bautista y Bazaldúa, 2008).

Regularmente la ansiedad se manifiesta en los adultos mayores y ocasiona considerables y muy diversos daños (Christensen et al., 1999; González-Celis, 2009; Martínez-Mendoza, Martínez-Ordaz, Esquivel-Molina, Velasco-Rodríguez, 2007). En ese sentido, Flint (2005) advirtió que

dicho trastorno no recibe la misma atención que otros como la depresión y las demencias, ya que los síntomas de ansiedad no son motivo de consulta en salud mental y cuando ocurren son comórbidos con trastornos como la ansiedad; de igual modo, muchas de estas personas no cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno y por ello pasan inadvertidas.

González-Celis (2003) indicó que esa población muestra deterioros a nivel biológico, psicológico y social, principalmente pérdidas en la salud, las capacidades, el rendimiento cognitivo y la memoria en general en el funcionamiento psicológico. A nivel social, experimentan la carencia de trabajo, disminución de sus ingresos económicos y su red de apoyo social se debilita. Esta serie de pérdidas implica varias situaciones estresantes que deben enfrentarse, lo que a su vez originará la ansiedad que les impedirá adaptarse a esa nueva etapa de su vida.

La prevalencia de la enfermedad es variable conforme al país estudiado; por ejemplo, el Ministerio de protección social en Colombia estima que es del 19 por ciento, con una prevalencia de *ansiedad estado* de 18.28 por ciento y 14.42 por ciento para *ansiedad rasgo* (López, Gómez y Agudelo, 2009). En la comunidad de Huesca, España, los estudios refieren factores relacionados con síntomas de ansiedad al sexo femenino, bajos ingresos económicos, eventos vitales estresantes y una pobre red social; las prevalencias oscilan entre el 10 y el 24 por ciento (Ávila-Funes, Garant y Aguilar-Navarro, 2007; Brenes, Guralnik, Williamson, Fried y Penninx, 2005; Riedel-Heller, Busse y Angermeyer, 2006).

Diferentes asociaciones gerontológicas, geriátricas y psiquiátricas en América Latina, encontraron que de un

20 a un 70 por ciento de la población adulta mayor presenta ansiedad durante la hospitalización (Schuurman et al., 2005); no obstante, el Segundo Estudio Nacional de Salud en Colombia reportó un 2.9 por ciento (Escudero, Medina y Santacruz, 2008). Los resultados del estudio llevado a cabo en Ciudad Juárez, Chihuahua, por Wall, Kidder, Torres, Rodríguez y Urquidez (2008), arrojaron que el nivel de depresión y ansiedad en la población femenina era de casi 8.6, más que el de hombres y con mayor nivel de gravedad. Hallaron que entre mayor cantidad de enfermedades crónico-degenerativas (hipertensión-diabetes), las patologías comórbidas se asociaron más con la ansiedad y depresión.

## MÉTODO

Con el objetivo de evaluar el vínculo de la ansiedad con la hipertensión y la diabetes en la muestra mencionada, se efectuó un estudio observacional, descriptivo y transversal, a partir del cual se entrevistó a 2 mil 118 adultos  $\geq 60$  años. Se les aplicó un cuestionario derivado de «Salud, Bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE)» elaborado por la OPS (2005). Comprendía una evaluación del estado nutricional, evaluación del apetito, cuestionario de osteoporosis, valoración de la capacidad física, valoración del estado mental, antropometría y bioquímica, así como auto-reporte de enfermedades crónico degenerativas.

Se utilizó la escala *Golberg* elaborada por Goldberg, Bridges, Duncan-Jones y Grayson (1988) (ver anexo 1) para evaluar la ansiedad. Se seleccionaron las localidades de

Juárez, Chihuahua, Cuauhtémoc, Delicias y Belisario Domínguez, por su contribución y significancia en términos de cantidad de población adulta mayor en Chihuahua y su distribución geo-espacial (INEGI, 2006) (figura 1).

Para la recolección de datos se contó con el apoyo de programas municipales y estatales del Desarrollo Integral de la Familia (DIF), siete asilos de la ciudad de Chihuahua y seis de Ciudad Juárez. Los beneficiados por dichos programas fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio, previa autorización de los representantes en sus distintas localidades. En el caso de los asilos, previa autorización de los responsables de la institución y de los familiares, se signó consentimiento informado por parte de los adultos mayores.



Figura 1. Distribución geo-espacial del muestreo.

*Aspectos socio demográficos.* El cuestionario incluyó registro de datos: dirección, localidad, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, escolaridad, vivienda, tipo de servicio médico y la profesión anterior.

*Auto reporte de enfermedades crónicas.* Se pidió a los participantes que respondieran a las patologías diagnosticadas, como hipertensión arterial y diabetes.

*Síntomas de ansiedad.* Fueron identificados a través de la escala de ansiedad (Goldberg et al., 1988) (anexo 1), la cual fue sencilla y de alta especificidad, sensibilidad y capacidad discriminante entre ansiedad y depresión. Se le preguntó al paciente si había tenido alguno de los síntomas en las últimas dos semanas. Fueron incluidas nueve preguntas, cuatro de despistaje y cinco de cribaje o screening con respuesta dicotómica (sí/no); se interpretó como ansiedad cuando cinco aspectos fueron positivos. El instrumento está diseñado para detectar casos probables pero no para diagnosticarlos, por lo que no sustituye al juicio clínico (Tapia, 2006).

*Análisis estadísticos.* Se realizaron medidas de tendencia central, como frecuencias en las variables categóricas en estudio. Se aplicó la prueba de  $\chi^2$  para evaluar divergencias notables; también se determinó la media y desviación estándar de las variables continuas y la significancia se consideró cuando la probabilidad fue mayor al 95 por ciento. Se valoró la consistencia interna del cuestionario en alpha de Cronbach y todos los análisis se efectuaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 16.0 para Windows.

## RESULTADOS

Se evaluaron 2 mil 118 adultos mayores de 60 años de cinco localidades del estado, mil 383 fueron mujeres (65 por ciento) y 735 hombres (35 por ciento), con un promedio de edad de  $72.4 \pm 8.1$  y  $74.7 \pm 8.0$  respectivamente. Cabe mencio-

nar que se recolectaron datos de 411 adultos mayores (20 por ciento) que vivían en asilos de Chihuahua y Juárez, de ellos mil 783 eran no asilados, beneficiarios o no de algún programa municipal o estatal.

Se examinó el promedio de edad entre el grupo de asilados y no asilados con la intención de explicar los resultados posteriores y el efecto que ese factor tiene sobre los mismos; se halló que los adultos que viven en asilo tienen mayor edad ( $78.3 \pm 9.6$ ) que los no asilados ( $72.1 \pm 7.3$ ), con una diferencia significativa de 6.2 años ( $P=0.000$ ). Se encontró que 43.6 por ciento de los evaluados ha migrado de otros estados de la república, principalmente de Zacatecas, Coahuila y Durango; el 80 por ciento proviene de estados del norte y 15 por ciento de la zona centro (tabla 1).

Además, se identificó que el 20 por ciento no sabe leer ni escribir y sólo el 28 por ciento concluyó la educación primaria. Se destaca que el 22 por ciento no tiene acceso al servicio médico, y de los que cuentan con ese derecho constitucional están afiliados en primer lugar al Instituto Mexicano del Seguro Social (45.6 por ciento) y en segundo al Seguro Popular, que es beneficio de los programas de apoyo para tal grupo. Es necesario mencionar que sólo 40 por ciento de la población vive en pareja y las cifras de viudez son muy elevadas. Las mujeres reportaron que el trabajo doméstico fue su principal actividad anterior (42.7 por ciento) y la agricultura en los hombres (13.4 por ciento).

Tabla 1

*Características socio-demográficas de adultos mayores del estado de Chihuahua*

	n	%		n	%
Localidad		Años de estudio			
Belisario Domínguez	66	3.0	Lee/escribe	1562	80.3
Chihuahua	475	21.6	Sin estudios	350	19.6
Cuauhtémoc	87	4.0	1-5 años = primaria trunca	699	39.2
Delicias	137	6.2	6 años = primaria terminada	500	28.1
Juárez	1429	65.1	7 o más = secundaria o más	235	13.1
Grupo		Servicio médico			
Asilo (A)	411	18.3	Sin servicio	400	21.9
Independiente (F)	171	7.7	IMSS	852	45.6
Programa (DIF)	869	39.4	ISSSTE	81	4.4
Programa (VP)	743	33.6	Seguro popular	384	21.0
Sexo		Privado			
Mujeres	1437	65.5	Otro	102	5.6
Hombres	757	34.5	Estado civil		
Migración		Casado, unión libre			
Otros estados	872	43.6	Divorciado, soltero	384	19.5
Chihuahua	1129	56.4	Viudez	807	41.0
Zona de procedencia		Profesión anterior mujeres			
Norte	1608	80.4	Trabajo doméstico	494	68.0
Centro	312	15.6	Empleada	126	17.4
Sur	46	2.3	Otros	106	14.6
Cd. de México	29	1.4	Profesión anterior hombres		
Vivienda		Agricultura			
Asilo	354	18.3	Empleado	142	31.1
Con familiares o amigos	404	20.9	Construcción	78	17.1
Hogar propio	1176	60.8	Otros	92	20.1

Fuente: Estudio de los 1000: Salud y nutrición del adulto mayor chihuahuense.

La hipertensión se manifiesta en un 50.7 por ciento de la población, las más afectadas son las mujeres ( $p < 0.05$ ); el 24.8 por ciento padece diabetes, con mayor frecuencia en los hombres ( $p < 0.05$ ). El 25.8 por ciento de la población mostró síntomas de ansiedad, la cual ocurre sobre todo en las mujeres. La hipertensión y ansiedad se exhiben más en la población no asilada (tabla 2).

Tabla 2

*Frecuencia de hipertensión, diabetes y ansiedad en adultos mayores por género y vivienda*

Patología	Sexo				Vivienda			
	F	M	$\chi^2$	p	Asilo	No asilado	$\chi^2$	p
Hipertensión	57.0	38.7	55.2	0.000	36	54.1	29.7	0.000
Diabetes	68.9	74.1	9.0	0.005	25.7	25.1	0.01	0.914
Ansiedad	29.6	18.6	26.6	0.000	21.7	26.8	4.0	0.045

Fuente: Estudio de los 1000: Salud y nutrición del adulto mayor chihuahuense.

A la vez se analizó la relación de la ansiedad con la hipertensión y diabetes, dos de las enfermedades más comunes y devastadoras en esa población, debido a sus consecuencias en la salud y costosos tratamientos. En las mujeres que reportaron padecer hipertensión el 66.3 por ciento advierte signos de ansiedad, así como 56.7 por ciento de los hombres. Los síntomas de ansiedad están presentes en la población con dicha patología independientemente de donde viven, aunque es poco mayor en los no asilados (tabla 3). Con respecto a la diabetes, por lo general se observan esos síntomas en las mujeres y en adultos mayores no asilados. Los ancianos localizados en

instituciones geriátricas cuentan con profesionales de la salud o al menos con una enfermera que se encarga de proporcionar los medicamentos con horarios establecidos, también cuidan una alimentación adecuada para los diabéticos.

Tabla 3

*Relación de los síntomas de ansiedad con la hipertensión y diabetes en adultos mayores chihuahuenses*

Patología	Condición	Con Ansiedad	Sin ansiedad	$\chi^2$	<i>p</i>	OR	CI
Hipertensión	Femenino	66.3	54.3	14.8	0.000	1.6	1.2–2.1
	Masculino	56.7	37.1	18.9	0.000	2.5	1.6–3.9
	Asilados	51.3	33.0	7.5	0.006	2.0	1.2–3.4
	No asilados	66.4	51.8	29.5	0.000	1.9	1.5–2.5
Diabetes	Femenino	54.1	25.5	10.2	0.001	1.5	1.1–2.0
	Masculino	24.0	19.9	1.6	0.195		
	Asilados	27.5	23.6	0.4	0.527		
	No asilados	52.3	23.3	15.0	0.000	1.6	1.2–2.1

Fuente: Estudio de los 1000: Salud y nutrición del adulto mayor chihuahuense.

## CONCLUSIÓN

Los desafíos y oportunidades del envejecimiento en las políticas de atención a los ancianos en América Latina, señaladas por la Organización Panamericana de la Salud, destacan que es indispensable mejorar cualitativamente la información y la difusión generada por las investigaciones respecto

a aquellos que toman decisiones sobre las políticas públicas (OPS, 2007). La visión del actual estudio ofrece, en la intersección de la epidemiología, nutrición y psicología, una perspectiva interdisciplinaria. Investigaciones epidemiológicas en poblaciones de países desarrollados resaltan el papel de las enfermedades crónicas y las discapacidades funcionales en adultos mayores; sin embargo, en esta zona del país aún son limitadas las pesquisas en torno a dicha población.

Es relevante el incremento en la frecuencia de enfermedades como la hipertensión y la diabetes aunadas a la variable psicológica de la ansiedad, ya que representan un gasto en salud al individuo, al estado y la sociedad, además de la afectación en el rol familiar y social. La mitad de la población evaluada (50.7 por ciento) tiene hipertensión, lo que supera las cifras reportadas a nivel nacional por la Encuesta Nacional Enfermedades Crónicas (38 por ciento), Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (42.7 por ciento) y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (34.9 por ciento), obtenidas por la OPS (2005). Similar a lo observado en las encuestas, la hipertensión en los adultos chihuahuenses sucede más en las mujeres que en los hombres. Esas cifras son de auto-reporte, es decir, ya saben que la padecen; no obstante, es posible que muchos de ellos (en particular los que no poseen servicio médico) desconozcan su condición de salud, por lo cual las cifras pueden ser incluso mayores.

La diabetes, vista actualmente en México como la principal causa de muerte, es superior con relación a lo reportado, aunque no en la proporción de la hipertensión. Se encontró un auto-reporte de 23.8 por ciento donde las mujeres ocupan el primer lugar, ello supone que ponen más atención a su salud o que están en con-

diciones que las hacen más propensas a desarrollar esas enfermedades conforme envejecen, aspectos como el sobrepeso y la obesidad, principalmente de tipo central o abdominal y el sedentarismo.

Por su parte, la ansiedad es una afección emocional percibida en específico en las mujeres, grupo vulnerable (Escudero et al., 2008; Pérez, 2007). Según los análisis de tales investigadores, con quienes se concuerda en el pronóstico para la población del norte del país, esas enfermedades al mismo tiempo que reducen la calidad de vida se vinculan con áreas del funcionamiento humano: salud, estilos de afrontamiento, solución de problemas y estilos de vida saludable (González-Celis, 2009). Asimismo, la pérdida de seres queridos, relaciones sociales, laborales, de residencia y la disminución de ingresos económicos y convivencia entre las personas, afectan de forma decisiva en los trastornos afectivos, específicamente en el deseo de vivir del adulto mayor.

Con base en los resultados, entre más es la percepción y afección de enfermedades crónicas físicas mayor es el reconocimiento de la presencia de padecimientos afectivos como la ansiedad. Los hallazgos indicaron que la ansiedad se asocia en gran magnitud con esas dos enfermedades. Lo anterior supone un gasto económico y emocional muy fuerte que es preciso enfrentar en la etapa que debería ser de plenitud (Ávila-Fúnes et al., 2007).

La población mayor del estado ostenta cifras superiores de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes y ansiedad comparados con los datos nacionales reportados. Debido a la gravedad de esas condiciones en la calidad de vida, es esencial implementar programas multidisciplinarios para el abordaje integral de adultos

mayores; desarrollar estructuras de atención con alternativas en el área de nutrición, activación física, farmacológica, terapéutica y psicoterapéutica, iniciando a un nivel básico hasta la implementación de *Psicogerontología* como rasgo distintivo en el diseño de políticas públicas culturales y regionales para las nuevas generaciones de adultos mayores. Es imprescindible además la inversión de los estados y municipios en infraestructura adecuada a las condiciones de ese grupo, así como apoyo para realizar más investigación en el área gerontológica.

## REFERENCIAS

- Ángel, J.L. & Ángel, R.J. (2006). Minority group status and healthful aging: social structure still matters. *American Journal Public of Health*, 96(7), 1152–1159.
- Ávila–Funes, J.A., Garant, M.P. y Aguilar–Navarro, S. (2006). Relación entre los factores que determinan los síntomas depresivos y los hábitos alimentarios en adultos mayores de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(5), 321–330.
- Ávila–Funes, J.A., Melano–Carranza, E., Payette, H. y Amieva H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública de México*, 49(5), 367–375.
- Brenes G., Guralnik J., Williamson J., Fried, L. & Penninx, B. (2005). Correlates of anxiety symptoms in physically disabled older women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 15–22.
- Christensen, H., Jorm, A.F., Mackinnon, A.J., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Henderson, A.S. & Rodgers B. (1999). Age differences in depression and anxiety symptoms: a structural

- equation modeling análisis of data from a general population simple. *Psychological Medicine*, 29, 325–339.
- Escudero de Santacruz, C., Medina, E. y Santacruz, J.M., (2008). Un bosquejo de personas mayores con trastorno mental de larga duración. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriátría*, 22(2), 1132–1138.
- Flint, A. (2005). Anxiety and its disorders in late life. Moving the field forward. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 3–6.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan–Jones, P. & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653), 897–899.
- González–Celis, R.A. (2003). Los adultos mayores: un reto en la familia. En L.L. Eguiluz (Comp.), *Dinámica de la familia* (p. 127). México: Pax.
- González–Celis, R.A. (2009). Composición factorial del inventario de depresión de Beck en ancianos mexicanos. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1(1), 15–28.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2006). *Los adultos mayores en Chihuahua*. México.
- López, P.L., Gómez, M. y Agudelo, D.M. (2009). Prevalencia de ansiedad, ira y depresión en una muestra de población general en Colombia. Simposio 3A Depresión, ansiedad e ira: estudios en Colombia; VI Congreso iberoamericano de psicología clínica y de la salud. Santiago de Chile: Cyan impresores Ltda.
- Martínez–Mendoza, J.A., Martínez–Ordaz, V.A., Esquivel–Molina, C.G. y Velasco–Rodríguez, V.M. (2007). Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(1), 21–28.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. Atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra.

- Organización Panamericana de Salud (2005). *Condiciones de salud. Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en México*. Washington, D.C.: PAO. Recuperado de <http://publications.paho.org/product.php?productid=844>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Haciendo frente a los desafíos y las oportunidades del envejecimiento. El empoderamiento de las personas mayores*. Nueva York.
- Ornelas, C.M., Blanco, V.H., Peinado, P.J., Mondaca, F.F., Rodríguez, V.J.M., Blanco, V.R., Muñoz, B.F. y Chávez, G.A. (2008). Diagnóstico situacional del adulto mayor en estancias de residencia permanente de Chihuahua. LXVI Reunión anual de la Asociación Fronteriza Mexicano–Estadounidense de Salud (AFMES), Hermosillo.
- Partida B.V. (2006). *Situación demográfica nacional y estatal*. Recuperado de [http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/sdm06\\_01.pdf](http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm2006/sdm06_01.pdf)
- Pérez, E., Bautista, S. y Bazaldúa, A. (2008). *Susceptibilidad percibida de Diabetes Mellitus en adultos no diagnosticados*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-317-6>
- Rangel, P.B. (2008). *Realidad social del adulto mayor en el estado de Chihuahua, Ciudad Juárez*. Chihuahua: Impresiones Charlie.
- Riedel–Heller, S.G., Busse, A. & Angermeyer, M.C. (2006). The state of mental health in old–age across the «old» European Union—a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 388–401.
- Schuurman, J., Comijs, H.C., Beekman, A.T.F., de Beurs, E., Deeg, D.J.H. & Emmelkamp P.M.G. (2005). The outcome of anxiety disorders in older people at 6–year follow–up: results from the Longitudinal Aging Study Masterdam. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 420–428.
- Shamah–Levy, M.C., Cuevas–Nasu, L., Mundo–Rosas, V., Morales–Ruán, M.C., Cervantes–Turrubiates, L. y Villalpando

- Hernández (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México*, 5, 383–389.
- Tapia, S.A (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 352–357.
- Wall Medrano, A., Kidder Torres, S., Rodríguez Tadeo, A. y Urquidez Romero, R. (2008). Depresión, ansiedad y el estado nutricional del adulto mayor de Ciudad Juárez: hallazgos del «Estudio de los mil». *Avances*, 187.
- Wong, R., Espinoza, M. y Palloni A. (2007). Adultos mayores mexicanos en contexto socioeconómico amplio: salud y envejecimiento. *Salud Pública de México*, 49(Supl 4), S436–S447.
- Zúñiga, H. E. y García J. (2008). El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. *Horizontes*, 93–100.

## Anexo I

Escala de ansiedad del cuestionario de Goldberg	Puntaje
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?	
3. ¿Se ha sentido muy irritable?	
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	
Puntaje total: la ansiedad se contempla positiva cuando el puntaje es mayor a 5	
Interpretación	

Fuente: Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., Grayson, D. (1988), Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*, 297(6653): 897–899.



## Sobre los autores

*María Dolores García Sánchez.* Licenciada en Psicología (Universidad Veracruzana), maestra en Filosofía e Historia de las Ideas (Universidad Autónoma de Zacatecas, UAZ) y doctora en Psicología (Universidad Autónoma de Barcelona). Miembro del cuerpo académico «Niños, jóvenes y cognición social» UAZ-CA-94. Perfil PROMEP (Programa para el Mejoramiento del Profesorado). Labora de tiempo completo en la Unidad Académica de Psicología, UAZ.

*Rafael Armando Samaniego Garay.* Licenciado en Psicología (UAZ), maestro en Ciencias (Universidad Autónoma de Nuevo León, UANL). Responsable del Grupo Disciplinar de Psicología de la Salud e integrante del Cuerpo Académico de Epidemiología del Grupo Social Familia. Perfil PROMEP. Docente investigador en la Unidad Académica de Psicología y en el Área de Ciencias de la Salud, UAZ.

*Rebelín Echeverría Echeverría.* Licenciada en Psicología y maestra en Ciencias Antropológicas, opción en Antropología Social, (Universidad Autónoma de Yucatán, UADY). Perfil PROMEP. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Psicología.

*María Teresita Castillo León.* Licenciada en Psicología y maestra en Ciencias Antropológicas, opción en Antropología Social (UADY), doctora en Estudios Mesoamericanos (Universidad de Hamburgo). Perfil PROMEP.

*María José De Lille Quintal.* Licenciada en Psicología (UADY), maestra en Psicología de la Salud (Universidad Modelo). Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico de Psicología Educativa. Profesora de tiempo completo en la Facultad de Psicología.

*Georgina Lozano Razo.* Licenciada en Psicología, maestra en Psicología Social y doctora en Psicología (Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM). Perfil PROMEP y miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI). Integrante del Cuerpo Académico UAZ-CA-94, «Niños, jóvenes y cognición social». Docente investigadora de la Unidad Académica de Psicología, UAZ.

*Oliva Eréndira Luis Delgado.* Licenciada en Psicología (UNAM), maestra y doctora en Neurociencias (Universidad Louis Pasteur, Estrasburgo I, Francia). Líder del Cuerpo Académico UAZ-CA-94 «Niños, jóvenes y cognición social». Docente investigadora en la Unidad Académica de Psicología, UAZ.

*Javier Zavala Rayas.* Licenciado en Psicología, (Universidad Autónoma de San Luis Potosí, UASLP), maestro en Psicología Social (UNAM). Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico «Niños, jóvenes y cognición social». Profesor investigador de la Unidad Académica de Psicología y de la maestría en Ciencias de la Educación de la Unidad Académica de Docencia Superior, UAZ.

*Óscar Armando Esparza Del Villar.* Licenciado en Psicología, maestro en Psicología Clínica y doctor en Psicología de la Salud (Universidad de Texas). Perfil PROMEP y forma parte del SNI. Integrante del Cuerpo Académico UACJ-79 «Psicología Experimental y Clínica de la Salud». Profesor investigador de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez (UACJ).

*Irene Concepción Carrillo Saucedo.* Licenciada en Psicología y maestra en Psicología Clínica (UACJ). Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico UACJ-79 «Psicología Experimental y Clínica de la Salud». En la actualidad estudia un doctorado en la Universidad de Texas, El Paso.

*Juan Quiñones Soto.* Licenciado en Psicología, maestro en Psicología Clínica y doctor en Psicología Forense. Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico UACJ-79 «Psicología Experimental y Clínica de la Salud».

*Gloria Velia Reyna Barajas.* Licenciada en Psicología, maestra en Ciencias de la Salud con especialidad en Salud Pública (UAZ). Perfil PROMEP. Docente investigadora de la UAZ. Estudia el Doctorado en Psicología, Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

*Norma Alicia Ruvalcaba Romero.* Maestra y doctora en la Universidad de Málaga, España. Perfil PROMEP y miembro del SNI. Profesora investigadora del Departamento de Clínicas De Salud Mental (Universidad Autónoma de Guadalajara, UAG).

*Julia Gallegos Guajardo.* Doctora en filosofía, docente del Departamento de Psicología e investigadora del Centro de Tratamiento e Investigación de la Ansiedad (CETIA) de la Universidad de Monterrey (UDEM). Pertenece al SNI. Directora del Centro Mexicano de Inteligencia Emocional y Social (CIES).

*Sara Lidia Pérez Ruvalcaba.* Maestra en Psicología General Experimental. Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico UCOL-69 «Psicología de la Salud», representante de la Universidad de Colima en la Red Nacional de Psicólogos de la Sociedad Mexicana de Psicología A.C. Responsable internacional de la Red «Estrés y su manejo con realidad virtual en el ámbito educativo (RVYE3)», Universidad de Colima (UCOL). Estudia el doctorado en Psicopatología en niños, adultos y ancianos.

*Claudia Leticia Yáñez Velasco.* Doctora en Psicoterapia. Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico UCOL-69 «Psicología de la Salud». Docente investigadora y directora de la Facultad de Psicología, UCOL.

*Evely Irma Rodríguez Morril.* Doctora en Psicoterapia. Perfil PROMEP. Integrante del Cuerpo Académico UCOL-69 «Psicología de la Salud». Docente investigadora de la UCOL.

*María Elena Vidaña Gaytán.* Licenciada en Psicología, maestra en Terapia Familiar Sistémica y doctora en Psicoterapia Humanista. Profesora investigadora de tiempo completo del Programa de Psicología, UACJ. Líder del Cuerpo Académico en formación CAEC-UACJ-35 «Psicología Clínica y de la Salud».

*Cristina González.* Doctora en Psicología. Profesora de Psicología Clínica, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

*José Moral de la Rubia.* Licenciado en Psicología (Universidad Pontificia de Comillas, Madrid). Especialista en Psicología Clínica (Programa de tres años de Psicólogo Interno Residente, Madrid). Doctor en Psicología (Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares, Madrid). Perfil PROMEP y miembro del SNI, nivel I. Integrante del Cuerpo Académico consolidado de Psicología Social y de la Salud. Profesor investigador de la Facultad de Psicología (UANL).

*Mónica Teresa González Ramírez.* Licenciada en Psicología (UANL), maestra en Ciencias con opción en Psicología de la Salud y doctora (Universidad Nacional de Educación a Distancia, España). Forma parte del SNI, nivel I. Integrante del Cuerpo Académico consolidado en Psicología Social y de la Salud.

*René Landero Hernández.* Doctor por la UANL. Miembro del SNI, nivel II. Integrante de la Academia Mexicana de Ciencias. Líder del Cuerpo Académico consolidado en Psicología Social y de la Salud (UANL).

*Isaí González Cuadros.* Licenciado en Psicología y Enfermero general (Universidad Autónoma del Estado de Mé-

xico, UAEM). Docente de Nivel Medio Superior y Superior para el Sector de Educación Privada y Docente Especialista en Nivel Básico para la Secretaría de Educación Pública en el Estado de México.

*Patricia Balcázar Nava.* Licenciada en Psicología y maestra en Psicología Clínica (UAEM). Doctora en Investigación Psicológica (Universidad Iberoamericana, UIA). Pertenece al Cuerpo Académico «Clínica y Familia». Profesora de tiempo completo de la UAEM.

*Gloria Margarita Gurrola Peña.* Licenciada en Psicología Clínica (Escuela Libre de Psicología), maestra en Psicología Clínica (Universidad de las Américas, Puebla) y doctora en Investigación Psicológica (UIA). Líder del Cuerpo Académico «Clínica y Familia». Profesora de tiempo completo de la UAEM.

*Patricia Vázquez Ramírez.* Licenciada en Psicología, maestra en Psicología Clínica y Counseling (Webster University). Miembro del Cuerpo Académico CAEC-UACJ-35 «Psicología Clínica y de la Salud». Profesora investigadora de tiempo completo del Programa de Psicología.

*Alberto Castro Valles.* Licenciado en Psicología, maestro en Ciencias Sociales y Estudios Culturales, doctor en Ciencias Sociales con especialidad en Política Educativa. Miembro del Cuerpo Académico CAEC-UACJ-35 «Psicología Clínica y de la Salud». Profesor investigador de tiempo completo del Programa de Psicología.

*Antonio Muñoz Bernal.* Licenciado en Ciencias de la Comunicación, maestro en Terapia Familiar Sistémica. Profesor investigador de tiempo completo del Programa de Psicología.

*Hugo Almada Mireles.* Maestro en Terapia Gestalt. Miembro del Cuerpo Académico CAEC-UACJ-35 «Psicología Clíni-

ca y de la Salud». Profesor investigador de tiempo completo del Programa de Psicología.

*Alejandra Rodríguez Tadeo.* Licenciada en Nutrición (UACJ), maestra en Ciencias con especialidad en Nutrición Humana, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. Miembro del Cuerpo Académico UACJ-58 «Salud comunitaria». Docente investigadora de la Licenciatura en Nutrición.

*Abraham Wall Medrano.* Químico Farmacéutico Biólogo (UAG), doctor en Ciencias con especialidad en Nutrición Humana, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo. Líder del Cuerpo Académico UACJ-58 «Salud comunitaria». Profesor investigador de la Licenciatura en Nutrición y Maestría en Ciencias Químico-Biológicas, Instituto de Ciencias Biomédicas, UACJ.

*Ana Luisa Mónica González Celis Rangel.* Licenciada en Psicología, maestra en Modificación de Conducta y doctora en Psicología (UNAM). Docente en la Facultad de Estudios Superiores, Iztacala, UNAM.



